

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

Autoatenção: interfaces de cuidado por famílias rurais da
região Sul

Manuelle Arias Piriz

Pelotas, 2013

MANUELLE ARIAS PIRIZ

**AUTOATENÇÃO: INTERFACES DE CUIDADO POR FAMÍLIAS RURAIS DA
REGIÃO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rita Maria Heck – Universidade Federal de Pelotas

Coorientadora: Dra. Crislaine Alves Barcellos de Lima – Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 2013

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

P668a Piriz, Manuelle Arias

Autoatensão : interfaces de cuidado por famílias rurais da região sul / Manuelle Arias Piriz ; Rita Maria Heck, orientadora ; Crislaine Alves Barcellos de Lima, coorientadora. — Pelotas, 2013.

126 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2013.

1. Enfermagem. 2. Cultura. 3. Família. 4. Atenção à saúde. 5. Saúde da população rural. I. Heck, Rita Maria, orient. II. Lima, Crislaine Alves Barcellos de, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Manuelle Arias Piriz

Autoatenção: interfaces de cuidado por famílias rurais da região Sul

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 06/12/2013

Banca examinadora:

.....
Prof^a. Dr^a. Rita Maria Heck (Orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

.....
Prof^a. Dr^a. Eda Schwartz PhD (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

.....
Prof^a. Dr^a. Esther Jean Matheson Langdon PhD (Titular)
Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Prof^a. Dr^a Luciane Prado Kantorski (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

.....
Dr^a. Márcia Vaz Ribeiro (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

A realização deste trabalho foi possível graças a várias colaborações; portanto, agradeço a todos que me apoiaram e tornaram-no realidade.

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada é possível.

Agradeço à minha família, por todo apoio, amor e dedicação, em especial à minha mãe Marilza e meu pai Marco Antônio, meu agradecimento eterno a vocês que me ensinaram a ser quem eu sou e a sempre dar o melhor de mim; sem vocês, nada disso seria realizado. Amo vocês!

Ao meu companheiro Marcos, pelo carinho, amizade e apoio ao longo da construção do trabalho. Obrigada pela compreensão, paciência e ajuda, tanto nos momentos bons como nos mais difíceis.

Aos meus tios, Fátima e Paulo, meu avô Manoel, meu padrasto Luis Antônio e meu sogro Paulo Roberto que, apesar da distância, apoiaram-me e acompanharam ao longo da minha trajetória. Obrigada!

À minha prima e amiga Paula e seu namorado Ricardo, pelos momentos de descontração durante a construção do trabalho!

À orientadora Rita Maria Heck, pelo acompanhamento ao longo do trabalho, pelos ensinamentos, sugestões e ajuda e por me fazer, a cada dia, gostar mais do mundo da pesquisa científica, por ser um exemplo de enfermeira e pesquisadora.

À coorientadora Crislaine Alves Lima, pelo incentivo, apoio e auxílio na elaboração do trabalho e coleta de dados.

A todos os colegas do Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas, minha segunda família, pelo auxílio no decorrer da pesquisa, em especial às colegas Ana Carolina Lopes, Silvana Ceolin, Teila Ceolin, Maraísa Born e Nívea Shayane Vargas, que aceitaram o desafio de me auxiliar na coleta de dados, deslocando-se comigo ao interior do município.

À colega Andrieli Zdanski pelo apoio em todos os momentos do estudo e pela importante ajuda durante a coleta de dados. E às colegas e amigas do Projeto, Marjoriê Mendieta e Natália Vargas, pelo incentivo.

À amiga Simone Reis, pela amizade, incentivo e cumplicidade durante todas as etapas do mestrado em Enfermagem.

Agradeço, com todo o carinho, às mulheres agricultoras, sujeitos da pesquisa, pela receptividade, carinho e confiança com que nos receberam. Estas famílias oportunizaram este trabalho e tornaram-no possível!

Agradeço também à Coordenadora do Grupo de Mulheres Esperança e a todas as mulheres que participaram deste. Obrigada pelo carinho e por permitirem que eu fizesse parte deste grupo tão especial durante os meses do estudo.

A todos os professores da pós-graduação, pelos ensinamentos nesta caminhada, e a minha turma de mestrado, pelos momentos compartilhados.

Aos professores que participaram da Banca deste estudo, Eda Schwartz, Esther Jean Langdon, Luciane Kantorski e Márcia Ribeiro, os quais acrescentaram grandes considerações ao trabalho, enriquecendo-o.

Enfim, a todos que acreditaram neste trabalho e tornaram-no possível.

Ninguém vence sozinho, portanto:

Muito Obrigada!

*Recolhi no quintal; Folhas frutos para todo o mal
Entre as mãos fiz abençoar
Alecrim, gerivá, hortelã, butiá
Zepelim eu quero voar...*

*Para quem não amar
Mande logo benzer
Erva santa para curar*

(Marcos Gottinari – artista local).

Resumo

PIRIZ, Manuelle Arias. **Autoatenção: interfaces de cuidado por famílias rurais da região Sul**. 2013. 126f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

A autoatenção em saúde pode ser entendida amplamente como todas as práticas culturais que ajudam a assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e dos grupos sociais. Em sua perspectiva restrita, esta compreende todas as práticas que as famílias utilizam para prevenir, diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar ou curar os processos que afetam sua saúde. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi conhecer as práticas de autoatenção realizadas pelas famílias rurais da região Sul do RS, compreendendo o contexto sociocultural e de cuidado à saúde vivenciados. Para tanto foi realizado um estudo qualitativo, exploratório, embasado no referencial antropológico da autoatenção e na antropologia interpretativa. O local de estudo foi o domicílio dos informantes na área rural da cidade de Pelotas, na região Sul do Rio Grande do Sul. Os sujeitos participantes do estudo foram quatro famílias de agricultoras, totalizando sete informantes que vivem nesta localidade e selecionadas em um grupo de mulheres por meio da metodologia de indicação de informantes "snowball sampling". Os dados foram coletados entre maio e julho de 2013 e utilizou-se o método de ver-ouvir-escrever para pesquisas em ciências sociais. Além disso, realizar pesquisas que abordam as características culturais sugere a adoção de uma série de instrumentos de pesquisa, sendo eles: a entrevista semiestruturada gravada; a observação participante e a construção do genograma e ecomapa familiar. As plantas medicinais citadas foram fotografadas e os locais das entrevistas georreferenciados por meio de Global Positioning System (GPS) de navegação. Para a análise dos dados utilizou-se a proposta operativa, emergindo algumas categorias que deram sentido aos resultados. A pesquisa demonstra que ao entrarmos em contato com o cotidiano das famílias rurais da região Sul do RS, evidencia-se que as principais práticas de autoatenção realizadas são: a ação familiar; a alimentação; as práticas religiosas; a participação em grupos sociais e a utilização de plantas medicinais, as quais são consideradas os primeiros socorros caseiros, com mais de 91 citações. As famílias do estudo possuem práticas de autoatenção que iniciam com os cuidados dentro do ambiente familiar e comunitário buscando autonomia em relação ao cuidado em saúde, recorrendo em casos mais graves ao sistema formal de atenção. Ao desvelarmos estas vivências, experiências, e formas de cuidado nesta comunidade rural, observamos que a autoatenção é caracterizada por fortes vínculos de amizade, solidariedade e cuidado, em que as famílias de agricultoras utilizam vários recursos de atenção em saúde. Estas características típicas potencializam a reflexão em nível de ensino, pesquisa e políticas públicas voltadas às necessidades locais.

Palavras-Chave: cultura; família; atenção à saúde; enfermagem; saúde da população rural.

Abstract

PIRIZ, Manuelle Arias. **Self-attention: care interfaces by rural families from southern region.** 2013. 126f. Dissertation (Mastering) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

The self-attention in health can be understood broadly like all cultural practices which help to ensure the biosocial reproduction of subjects and social groups. In its restricted view, this comprehends all practices that families use to prevent, diagnose, explain, answer, control, relieve or cure the process which affect its health. In this context, the objective of this study was to know the self-attention practice performed by rural families from southern region of RS, comprising the sociocultural context and the care to health experienced. To this, it was performed a qualitative study, exploratory, with basis in an anthropological referential of self-attention and interpretative anthropology. The local of study was the members' home in the countryside of the town of Pelotas, southern region of Rio Grande do Sul. The members who participated of the study were from four families of farmers, totalizing seven members who live in this locality and were selected in a group of women through the methodology of indication of informants "snowball sampling". Data collection occurred between May to July of 2013 and it was used the method "see-listen-write" to researches in social sciences. Furthermore, perform researches which embrace cultural characteristics suggests the adoption of a series of research tools, being them: recorded semi structured interview; the participant observation and the construction of the familiar genogram and ecomap. The cited medicinal plants were photographed and the local of interviews were georeferenced through Global Positioning System (GPS). To analysis of data, it was used the operative proposal, emerging some categories that gave some meaning to results. The research demonstrates that when we come in contact to the everyday life of families who live in the countryside of the southern region of RS, it is evidenced that the main self-attention practices performed are: familiar action, food intake, religious practices, participation in social groups and the using of medicinal plants, which are considered the first home aid, with more than 91 citations. The families of the study have self-attention practices that begin at home and at their community, searching autonomy in relation to the care in health, calling in cases more serious to the formal system of attention. When we unveil this experiences and livings, and manners of care in this rural community, we observed that the self-attention is characterized for strong linkages of friendship, solidarity and caring, in which families of farmers use several resources of attention in health. These typical characteristics potentiate the reflection in a level of education, research and public politics focused on local needs.

Key-words: culture; family; health care; nursing; rural health.

Lista de Figuras

Figura 1	Modelos de atenção em saúde segundo Eduardo Menéndez. Pelotas, RS, 2013.....	40
Figura 2	Representação do Bioma Pampa brasileiro e a localização da cidade de Pelotas. Pelotas, RS, 2013.....	43
Figura 3	Local do estudo e a representação da distância até a cidade de Pelotas. Pelotas, RS, 2013.....	43
Figura 4	Representação geográfica das famílias do estudo. Pelotas, RS, 2013.....	69
Figura 5	Genograma da família 1. Pelotas, RS, 2013.....	81
Figura 6	Ecomapa dos vínculos existentes entre a família 1 e a comunidade. Pelotas, RS, 2013.....	81
Figura 7	Genograma da família 2. Pelotas, RS, 2013.....	86
Figura 8	Ecomapa dos vínculos existentes entre a família 2 e a comunidade. Pelotas, RS, 2013.....	86
Figura 9	Genograma da família 3. Pelotas, RS, 2013.....	90
Figura 10	Ecomapa dos vínculos existentes entre a família 3 e a comunidade. Pelotas, RS, 2013.....	90
Figura 11	Genograma da família 4. Pelotas, RS, 2013.....	95
Figura 12	Ecomapa dos vínculos existentes entre a família 4 e a comunidade. Pelotas, RS, 2013.....	95
Figura 13	Rede de atenção à saúde utilizada pelas famílias do estudo. Pelotas, RS, 2013.....	105

Lista de quadros

Quadro 1	Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.....	49
Quadro 2	Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto.....	49
Quadro 3	Quadro de pomadas confeccionadas pelo grupo de mulheres agricultoras. Pelotas, RS, 2013.....	76
Quadro 4	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção em saúde da família 1. Pelotas, RS, 2013.....	82
Quadro 5	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção em saúde da família 2. Pelotas, RS, 2013.....	87
Quadro 6	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção em saúde da família 3. Pelotas, RS, 2013.....	91
Quadro 7	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção em saúde da família 4. Pelotas, RS, 2013.....	96

Lista de abreviaturas e siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARPASUL	Associação Regional de Produtores Agroecologistas da Região Sul
CAM	Complementar and alternative medicine
CAF-SUL	Cooperativa dos Apicultores e Fruticultores da Zona Sul
CAPES	Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
Embrapa	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado do Rio Grande do Sul
GPS	Sistema de Posicionamento Global
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Projeto de Pesquisa.....	13
1 Introdução.....	13
1.1 Justificativa.....	17
1.2 Objetivos.....	20
1.2.1 Objetivo Geral.....	20
1.2.2 Objetivos Específicos.....	20
2 Revisão bibliográfica de literatura.....	21
2.1 O cuidado em saúde e sua perspectiva histórica.....	21
2.2 As famílias rurais e as práticas de cuidado em saúde.....	24
2.3 A enfermagem e às práticas populares de cuidado: biomedicina e valorização cultural.....	30
3 Referencial teórico.....	34
3.1 Reflexões sobre a cultura permeando o cuidado popular e a autoatenção à saúde.....	34
4 Metodologia.....	42
4.1 Caracterização do estudo.....	42
4.2 Local de estudo.....	43
4.3 Sujeitos do estudo.....	44
4.4 Critérios de seleção dos sujeitos.....	44
4.5 Aspectos Éticos.....	44
4.6 Procedimento de Coleta de Dados.....	45
4.7 Análise dos dados.....	47
4.8 Divulgação dos resultados.....	48
5 Cronograma.....	48
6 Recursos do projeto.....	49
Referências.....	50
Apêndices.....	59
Anexos.....	63
7. Relatório do Trabalho de Campo.....	67
8. Artigo com os principais resultados da pesquisa - <i>Autoatenção em saúde rural: perspectivas de cuidado por mulheres agricultoras</i>	108

1 Introdução

Culturalmente, nas diferentes sociedades, os indivíduos utilizam vários recursos para resolver os problemas físicos e emocionais. Além das práticas formais, fazem uso de preparações caseiras ou medicamentos, consultam amigos e parentes, ou então pessoas que consideram especialistas no cuidado em saúde (HELMANN, 2009). Neste contexto, o processo saúde, enfermidade, atenção torna-se universal, ocorrendo em todas as sociedades e em todos os conjuntos sociais que as integram (MENÉNDEZ, 1994a).

Ao contemplarmos os cuidados realizados à saúde como um sistema cultural, nota-se que cada sociedade possui conceitos sobre o que é ser doente ou saudável, e também maneiras de classificar os agravos que acometem as pessoas, utilizando um sistema de cura baseado nas diversas práticas culturais (LANGDON; WIJK, 2010). Com esta compreensão, Menéndez (2003) afirma que as sociedades atuais possuem estas diferentes práticas de cuidado, diagnóstico e cura. Assim, elaboram um sistema de atenção à saúde, pautado nas condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas, que teriam dado lugar a formas antagônicas. Com isso, evidenciam-se diferenças entre a biomedicina e as demais formas de atenção, trazendo à tona a perspectiva da autoatenção em saúde.

Neste contexto, a autoatenção surge como um cuidado que valoriza as ações coletivas de qualidade de vida no contexto da família, grupo de amigos, na comunidade, no âmbito religioso e com profissionais de cura, a exemplo dos curandeiros (MENÉNDEZ, 2003). Estas práticas de autoatenção podem ser percebidas amplamente como todas as práticas culturais que ajudam a assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e do grupo, sendo ligadas aos processos socioculturais que contribuem para a sua continuação, tais como: o uso de recursos corporais e ambientais, ritos, regras de casamento, parentesco e outras práticas de sociabilidade (MENÉNDEZ, 2003).

Em uma perspectiva mais restrita, pode ser concebida como todas as atividades realizadas pelas pessoas no sentido de prevenir, diagnosticar, perceber, atender, curar ou solucionar os males que afetam a sua saúde. A partir desta perspectiva, podemos incluir não apenas os cuidados e prevenção de doenças, mas as atividades de preparação e distribuição de alimentos, produtos de limpeza, o ambiente imediato e do corpo, a coleta e utilização de água, etc. Assim, a definição restrita refere-se a representações e práticas intencionalmente aplicadas ao processo saúde, enfermidade, atenção (MENÉNDEZ, 2005).

Pensando nisso, nos dias atuais, evidenciar os modos de cuidar, suas múltiplas facetas, seu registro e divulgação tornam-se elementos fundamentais para a problematização e busca de novos caminhos na prática das profissões da área da saúde, em especial da enfermagem. Sendo um dos grandes desafios, na atualidade, aliar a sua prática com a das pessoas e seus cuidados, buscando na alteridade, sincronia nas ações (BUDÓ; SAUPE, 2005). Numa perspectiva mais ampla, levar em conta estas diferentes práticas socioculturais, permite aos profissionais de saúde compreender a maneira de pensar e agir dos indivíduos frente aos seus problemas de saúde. Neste sentido, é importante facilitar a comunicação, para possibilitar um cuidado coerente que favoreça a promoção da saúde e a formulação de políticas e programas voltados às reais necessidades destas populações (ROSA et al., 2009).

Nesta perspectiva, o foco deste estudo passa a ser as famílias rurais, considerando que estas possuem um sistema de atenção à saúde, pautado nas características históricas e culturais. Neste ambiente, a família é considerada um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, delineando um modelo explicativo de saúde-doença e, por meio deste, tem uma dinâmica de funcionamento, tratando a saúde e prevenindo os agravos de seus membros (ZILLMER et al., 2009).

O trabalho com famílias, em especial no ambiente rural, leva à importância de se focar o cotidiano, para que possa existir uma promoção de vida saudável, entendendo-se este como “a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia-a-dia, através de suas interações, que vai delineando seu processo de viver, num momento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital” (NITSCHKE, 2007, p.24).

Nas últimas décadas, o governo brasileiro traça estratégias políticas, tencionando uma nova perspectiva de cuidado à saúde mais integral e acolhedora

aos usuários do Sistema Único de Saúde, enfatizando a importância do território e aspectos culturais. Nesse processo, diferencia-se a atenção à saúde indígena e grupos vulneráveis, inicialmente não contemplando a especificidade dos habitantes da zona rural.

Entretanto, a partir da declaração de Alma Ata, em 1978, por meio da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, os países envolvidos ficaram cientes da necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde ou desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

A partir daí, vários programas foram sendo introduzidos no sistema de saúde brasileiro, sendo que, no ano de 2006, buscando estimular a introdução das práticas populares de cuidado no sistema de saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, foi implementada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006a). E atualmente, no ano de 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo e Floresta, buscando reconhecer as especificidades das pessoas. Considerando a importância de valorizar as práticas e conhecimentos tradicionais, e reconhecendo a dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas (BRASIL, 2013).

Porém, apesar do esforço em criar programas e políticas públicas de qualidade, o que se nota atualmente, é que ainda existe um distanciamento entre o modelo oficial de atenção e as práticas realizadas pela população. Com isso, cabe ressaltar que, se o sistema de saúde deseja promover a saúde da população, articulando-se com as práticas populares, é preciso inicialmente identificar, descrever e analisar estas formas de atenção que os grupos manejam para atender aos padecimentos que os afetam. E isto não significa reduzir a identificação das doenças e tratamentos apenas ao que reconhecem as pessoas, mas sim tomar isto como um ponto de partida para realizar a atenção à saúde, utilizando-se daquilo que reconhecem e utilizam (MENÉNDEZ, 2003).

Com isso, as comunidades rurais fornecem grandes potencialidades para as pesquisas que envolvem os cuidados culturais de saúde. Nesta perspectiva, segundo Schwartz (2002), para que se conheça o ser humano “cultural rural”, é importante conhecer sua história, compreender suas questões no processo saúde-

doença, conhecer sua dinâmica e relacionamento familiar, para, enfim, conhecer um novo ser humano/família rural e suas novas necessidades, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de vida dessa população e para a formulação de novas políticas públicas de saúde.

Estudos como o de Carreira e Alvim (2002) mostram que, nestas comunidades, as práticas de cuidado manifestam-se principalmente na realização do trabalho, no modo de alimentar-se, nas crenças religiosas, no ambiente em que vivem, no processo de adoecer, enfim, as práticas de cuidado fazem parte de seu dia-a-dia e do seu modo de viver.

A apreensão destas singularidades de cuidado torna-se possível, ao aproximarmos a enfermagem com a antropologia (HECK, 2002). Para tanto, a visão de cultura emerge, considerando que indivíduos pertencentes a determinado grupo social compartilham símbolos, valores e preocupações, caracterizadas como “tradição”. Entretanto, o enfoque deve ser na práxis e na interação dos atores sociais, os quais produzem cultura a todo o momento (LANGDON, 1996).

Aproximando-nos da antropologia da saúde, neste estudo partiremos da ideia de que todas as pessoas apresentam comportamentos e pensamentos singulares ao experienciarem a doença, assim como noções particulares sobre saúde e tratamentos. Tais particularidades não advêm das diferenças biológicas, mas, sim, de suas diferenças socioculturais, isto é, a práxis e a interação das pessoas produzem o cuidado em saúde, conforme nos apontam Langdon e Wiik (2010).

Neste contexto, estudos que buscam compreender as práticas de autoatenção no contexto familiar rural, levando em consideração suas características culturais, ainda são incipientes no Brasil. Pensando nisso, surge a necessidade de se estudar como as pessoas do círculo familiar, residentes em área rural, organizam-se para viver, relacionar-se com a comunidade e realizar o cuidado em saúde na forma de autoatenção, fomentando discussões para articular o setor oficial de saúde com o popular e trazer contribuições para a enfermagem.

A intenção é que, com este estudo, seja possível aproximar-se e compreender um cuidado que emerge ao dialogar sobre as práticas de autoatenção, trazendo informações que substanciem e qualifiquem um saber sensível e integral, detalhando o cuidado familiar e as suas relações com a estrutura do sistema oficial de saúde.

1.1 Justificativa

Nos dias atuais, ainda é grande a utilização de práticas da medicina tradicional¹ no cuidado à saúde, seja em ambientes urbanos ou rurais, e isto vem sendo demonstrado por meio de diversos estudos realizados no Brasil, para resgatar valores de cuidado das populações (JACOBY et al., 2002; SILVA; DREVECK; ZENI, 2009; OLIVEIRA; BARROS; MOITA-NETO, 2010; BADKE et al., 2011; CEOLIN et al., 2011).

Entretanto, apesar de movimentos em favor do reconhecimento dessas práticas, ao longo da história da assistência médica brasileira, os serviços de saúde têm se valido, essencialmente, da terapia alopática para o tratamento de sua clientela. Esse modelo assistencialista, subsidiado pelo paradigma mecanicista, aborda os seres humanos como máquinas constituídas por peças separadas, tratando a doença como um funcionamento inadequado dos mecanismos biológicos, e atribuindo aos profissionais de saúde a responsabilidade pela intervenção e conserto do problema (BARBOSA et al., 2004).

Assim, no atual sistema de atenção à saúde, nota-se que se realizam leituras a partir da doença e não do doente, enfocando um modelo de codificação dos agravos e procedimentos a serem realizados. Isto pode ser percebido em estudos realizados no país, nos quais o enfoque é a doença, e não a perspectiva do cuidado ao ser humano.

Desta forma, é fato que a biomedicina é pouco sensível e eficaz para uma variedade de queixas, vivências, sensações e sintomas envolvidos nos adoecimentos, que não são úteis para o estabelecimento de diagnósticos

¹ Medicina tradicional é aquela segundo a OPAS-OMS, que abrange o conhecimento técnico e procedimentos baseado nas teorias, crenças e nas experiências de diferentes culturas, sejam ou não explicáveis pela ciência, usados para a manutenção da saúde, como também para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças físicas e mentais. Em alguns países utilizam-se indistintamente os termos medicina complementar, medicina alternativa ou medicina não-convencional, e medicina tradicional (OMS, 2000).

biomédicos (TESSER, 2009). O modelo biomédico vigente no sistema de saúde não consegue mais dar conta da crescente necessidade da população por um cuidado humano e integral, demonstrando significativas limitações ou incapacidades deste modelo para atender os indivíduos. Isto pode ocorrer porque, muitas vezes, os responsáveis pelo cuidado não se responsabilizam pela globalidade do tratamento e nem por suas consequências (TESSER; LUZ, 2008).

Considerando a importância de a enfermagem reconhecer as características do território em que atua, é relevante que esta se alie às formas populares de atenção à saúde em comunidades rurais, de forma a entender o cuidado e os caminhos que o usuário recorre na forma de autoatenção. O enfermeiro, compreendendo esta perspectiva, pode mediar as relações, auxiliando o sujeito na promoção da saúde e autonomia do cuidado. Assim, este trabalho justifica-se pela urgente necessidade de articulação de saberes por parte da enfermagem e demais áreas da saúde, acerca das práticas populares de autoatenção empregadas pela população rural, considerando que as pessoas e comunidades, culturalmente, constroem soluções para os seus problemas de saúde.

A perspectiva da autoatenção, proposta por Menéndez (2003), guia-nos até a compreensão destes aspectos e singularidades de cuidado, perpassando por características históricas, culturais, ambientais e familiares das comunidades rurais. Assim, também podemos associar as práticas realizadas ao conceito de cultura, proposto por Geertz (2011), como uma construção cotidiana dos indivíduos ao interagirem com a comunidade em seu dia-a-dia.

Com esta abordagem, a pesquisa quer colocar no cenário da discussão do cuidado de enfermagem a importância de se valorizar os microprocessos humanos de vida e saúde, a partir da perspectiva antropológica. Além disso, é preciso direcionar o olhar dos profissionais de saúde para a riqueza de ações complementares de cuidado que acontecem no território rural e que necessitam de empoderamento no contexto da atenção básica, para que tenhamos um Sistema Único de Saúde (SUS) que privilegie a autonomia dos seres humanos, e a interação com o ambiente na perspectiva da integralidade do cuidado.

Desta forma, tendo como base a necessidade de entender como o cuidado é prestado em meio rural, na forma de autoatenção à saúde, elaboraram-se os seguintes **pressupostos teóricos**, produzidos a partir da vivência da realidade da pesquisadora e construídos a partir de conhecimento científico acumulado:

Os participantes do estudo possuem uma trajetória cultural de autoatenção que inclui cuidados no âmbito familiar e a utilização de plantas medicinais;

Apesar de utilizarem o sistema oficial de saúde, quando necessário, evidencia-se uma autonomia e agência dos atores no cuidado à sua saúde e de suas famílias.

Neste contexto, elaborou-se a seguinte questão norteadora da pesquisa:

“Quais as práticas de autoatenção realizadas pelas famílias rurais da região Sul do Rio Grande do Sul?”

1.2 Objetivos

Geral

Conhecer as práticas de autoatenção realizadas pelas famílias rurais da região Sul do RS.

Específicos

Identificar o contexto social, cultural, ambiental e familiar das famílias rurais da região investigada;

Investigar as principais crenças, significados e práxis utilizadas no cuidado em saúde pelas famílias rurais da região Sul.

2. Revisão Bibliográfica de Literatura

Com a intenção de fundamentar teoricamente a presente pesquisa e caracterizar o objeto de estudo buscou-se, na literatura, compreender a temática por meio de três temas principais: *O cuidado em saúde e sua perspectiva histórica; as famílias rurais e as práticas de cuidado em saúde; a enfermagem e as práticas populares de cuidado: biomedicina e valorização cultural.*

2.1 O cuidado em saúde e sua perspectiva histórica

No contexto dos cuidados em saúde, primeiramente os termos (cuidar/cuidado) merecem uma explicação etimológica. Estas palavras são originárias do latim *cogitare-cogitatus* que, em português, podem ser entendidas como cogitar, imaginar, pensar, tratar de, dar atenção, ter cuidado com a saúde e cura (FERREIRA, 1999). As palavras cuidar/cuidado relacionam-se também ao termo “terapêutico”, derivado do grego *therapéuo* que significa “eu cuido” (VOLICH, 2000).

Segundo Boff (2005), o cuidado é “uma constituição ontológica sempre subjacente” a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz; “cuidado subministra preliminarmente o solo em que toda interpretação do ser humano se move”. Assim, o cuidado pode ser visto como o fundamento para qualquer interpretação que dermos ao ser humano. Se não tomarmos o cuidado por base, não conseguiremos compreender o ser humano. Ele funda um novo *ethos*, no sentido originário da palavra *ethos* na filosofia grega: a forma como organizamos nossa casa e o mundo em que habitamos, com os seres humanos e com a natureza. O mesmo autor Boff (2001) descreve ainda a filologia da palavra ‘cuidado’, envolvendo os sentidos de “cura”, enquanto atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada.

Para Pinheiro (2008), o cuidado pode ser entendido como um modo de agir que se produz como experiência de um modo específico de vida e que é delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, traduzidos em práticas e ações de indivíduos sobre outros em uma dada sociedade. Assim, o ato do cuidado resulta na prática de cuidar que, ao ser exercida por uma pessoa, reveste-se de novos sentidos, imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro.

Desta forma, o cuidado é uma prática que sempre esteve presente em todas as sociedades. Em uma perspectiva histórica, os bandos humanos primitivos eram nômades e cuidavam-se, apenas buscando a sobrevivência. Porém, as fragilidades dos indivíduos expostas ao ambiente hostil, juntamente com a precariedade dos objetos de defesa, fizeram com que a socialização do homem despertasse, transformando suas necessidades individuais em coletivas. Daí parecem ter resultado a organização das relações tribais e a concepção específica da experiência coletiva (VAGHETTI et al., 2007).

Historiadores e antropólogos afirmam que o instinto materno de proteção foi a primeira forma de manifestação do cuidado humano (DONAHUE, 2011). Igualmente, pode-se afirmar que o cuidado, nessa época, estava ligado à economia de subsistência, imerso em um sistema de trocas, dependendo da solidariedade, dos relacionamentos e da interdependência de homens e mulheres em um reconhecimento mútuo do trabalho (COLIÉRE, 1986).

Outra perspectiva é que, desde a Grécia Antiga, identifica-se que a prática do cuidar vem sendo exercida no interior das famílias, e sua realização demandava um saber prático adquirido no fazer cotidiano, passando, assim, de geração a geração. Nesta época, a gestão do cuidado era uma tarefa feminina. Quem cuidava da casa, dos filhos, dos escravos e dos doentes eram as mulheres (PINHEIRO, 2008).

Posteriormente, os feiticeiros, pajés e sacerdotes passaram a tratar os problemas de saúde da população, uma vez que eram reconhecidos por possuírem um dom especial, não existindo, portanto, uma clara divisão do trabalho na saúde, já que uma mesma pessoa era responsável pelo diagnóstico, terapêutica e tratamento das doenças, podendo ser ajudado por um aprendiz. As doenças e sua terapêutica eram explicadas pelo pensamento místico com toques mágicos que dominavam essa época (VAGHETTI et al., 2007).

Todos os estudiosos concordam e são unânimes em afirmar que o primeiro terapeuta existente teria sido um agricultor ou um pajé, que utilizava tradicionalmente rituais ou chás, linimentos, inalações e fumigações para alívio de males internos dos semelhantes ou tratamento de ferimentos adquiridos na caça cotidiana ou em tempos de guerra (VALE, 2002).

No período da Idade Média, diversos agentes ficavam responsáveis pelas atividades de assistência à saúde. Além da família, esta atuação ocorria por meio de grupos especializados em determinadas áreas, com a divisão do trabalho, conforme ramos do conhecimento. Assim, algumas práticas ficavam a cargo de religiosos e outras eram realizadas por leigos (VAGHETTI et al., 2007).

Com o surgimento e consolidação do Cristianismo, a Igreja Católica passou a ter importante poder social e político nas classes sociais existentes. E as ordens religiosas foram impelidas ao cuidar, sendo que as crenças cristãs serviram não apenas como motivos para atitudes e comportamentos de cuidado, mas também ofertaram oportunidades fora do ambiente familiar, àqueles que, devido às tradições societárias, haviam sido impedidos de prestar o cuidado. Neste contexto, o cuidado passou a ser entendido como ato de caridade e modelo vocacional religioso (VAGHETTI et al., 2007).

Com o passar dos anos, e após a Revolução Industrial, no século XVIII, a ciência passou a ter grande responsabilidade em manter a força industrial nas fábricas, e através da consolidação do Positivismo, no final do século XIX, deu ênfase a estudos experimentais, sendo a saúde considerada sob a ótica biológica de ausência de doença, instalando-se, assim, o modelo biomédico para o cuidado à saúde (ALVIM et al., 2006).

Com isso, ao longo do tempo, verifica-se a criação de tecnologias cada vez mais sofisticadas, seguras e eficientes nos cuidados à saúde humana. Além disso, o processo de viver apresenta-se com mais desafios e impasses. Assim, nas últimas décadas, tornou-se muito importante cuidar a saúde como uma forma de garantir a mão-de-obra produtiva, evitando condições crônicas e morte prematura da população (BRASIL, 2006b).

Neste sentido, ao analisar o processo saúde-adoecimento, evidencia-se que a saúde atualmente é um resultado dos modos de organização da produção, trabalho e sociedade, em certo momento histórico. E o modelo biomédico atuante já não consegue modificar os condicionantes e determinantes mais amplos desse

processo, operando um modelo de atenção marcado pela centralidade dos sintomas. No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significa pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo e integral (BRASIL, 2006b).

Para Pinheiro (2008), cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o 'direito de ser'. Neste contexto, as pessoas buscam meios de manter o equilíbrio do corpo e da mente e que, ao se concretizar em práticas de cuidado, estão permeadas por valores e crenças nos contextos em que vivem e transitam. Pensando nisso, torna-se importante aos profissionais de saúde compreender o ser humano em sua totalidade e conhecer as práticas de cuidado que os permeiam (ZILLMER, 2009).

Quando nos referimos ao meio rural, o cuidado à saúde pode se manifestar em diversas atividades realizadas pelas famílias em seu dia-a-dia. Autores identificaram em sua pesquisa várias formas de expressão de cuidado à saúde, tais como na realização do trabalho, no modo de alimentar-se, nas crenças religiosas, no ambiente em que vivem, no processo de adoecer, enfim, no seu modo de viver (CARREIRA; ALVIM, 2002).

Neste contexto, é preciso aproximar-se da população em sua totalidade, complexidade e modelos de atenção próprios, de forma a conduzir-se a um novo modelo, centrado no que utilizam os conjuntos sociais para promover e produzir os cuidados em saúde.

2.2 As famílias rurais e as práticas de cuidado em saúde

Ao contemplarmos as famílias rurais, as quais são o foco deste estudo, cabe aqui contextualizar suas particularidades e sua interface com a saúde e a doença. Assim, ao longo da história da evolução humana, várias foram as tentativas para definir a família. Neste contexto, Lévi-Strauss (1966) caracteriza a família como um grupo social que se constitui por, pelo menos, três características principais: sua origem no casamento; constituir-se por marido, esposa e filhos originados desta união, podendo incluir-se parentes; e a união de seus membros por laços legais, que se traduzem em direitos e obrigações, e uma quantidade de sentimentos psicoafetivos.

Por outro lado, podemos caracterizar a família como pessoas que possuem relações próximas, seja por familiaridade ou parentesco, identificadas como monoparentais, nucleares, expandidas e ampliadas e passíveis de sofrer influências do meio em que estão inseridas. Estas também são possuidoras de uma rede, que pode ser conhecida por ambiente social afetivo da família (WOORTMANN,1995; SCHWARTZ et al, 2009).

As famílias, socialmente, podem ser compreendidas como um espaço indispensável que garante a sobrevivência dos seus membros, e também o desenvolvimento, a proteção integral, o bem-estar, a educação, o repasse de valores culturais, constituindo-se em unidades complexas de natureza diversa, unidades estas caracterizadas pelas interrelações entre seus membros (FERRARI; KALOUSTIAN, 2002).

Nesta perspectiva, podemos entender a família como um sistema no qual os valores, crenças, conhecimentos e práticas são conjugados, constituindo um modelo explicativo de saúde e doença e, por meio deste, irá se desenvolver a dinâmica de funcionamento familiar, tratando a saúde e prevenindo as doenças de seus membros. Assim, para cuidar de famílias no contexto rural, torna-se imperativo que se conheçam o seu espaço, estrutura, dinâmica, ou seja, suas peculiaridades como crenças, valores, religião, etnia e hábitos de saúde (ZILLMER et al., 2009).

Pensando nisso, surge a reflexão de que, em ambiente rural, historicamente, a família diferencia-se da urbana em determinados aspectos. Um exemplo disso é o cuidado com os filhos, sendo este desenvolvido pela mulher desde o nascimento, sem a ajuda central e direta do homem. Os filhos vão à escola, mas também trabalham na lavoura desde jovens. As crianças dão comida aos animais e, normalmente, imitam nos brinquedos o trabalho dos pais, enquanto que os idosos contribuem principalmente nas tarefas domésticas. Para tanto, o dia-a-dia da família rural exige que se levantem muito cedo, para que cada um desempenhe suas tarefas diárias (SALAMONI; ACEVEDO; ESTRELA, 1996).

Neste contexto específico, questões como a etnia, gênero, temperamento fazem parte das características individuais biopsicologicamente determinadas que, atuando nas relações interpessoais, podem ser propulsoras ou não de desenvolvimento humano neste ambiente (SCHWARTZ, 2002). Salientando que os trabalhadores rurais iniciam na família sua organização, onde existe uma configuração de características de um sistema particular, e que esta célula da

sociedade, ao redor do tempo, tem sido o berço do cuidar humano (SCHWARTZ, 2002).

Historicamente, o mundo da família rural tem por condição própria o trabalho produtivo como fonte de renda e o de cuidado, no qual se inclui o compromisso compartilhado entre seus membros e no cuidado a terra. Este compromisso grupal, como prática de cuidado compartilhada, está vinculado às dimensões culturais e de estrutura social (GIRARDON-PERLINI, 2009; WÜNSCH, 2011).

Para Ceolin et al. (2011), o contexto de grupo familiar abrange um saber próprio repassado entre as gerações, com particularidades restritas àquele grupo. Cada comunidade possui características específicas que acabam por diferenciar sua cultura de outra e como realizam o cuidado à saúde. Assim, a família torna-se responsável por supervisionar o estado de saúde, tomar decisões quanto aos caminhos que se deve seguir nos casos de queixas ou mal-estar, além de acompanhar e avaliar constantemente a saúde e a doença de seus membros (ZILMER; SCHWARTZ; MUNIZ, 2012).

Ao destacar o papel da família no cuidado à saúde, Helman (2009) corrobora, afirmando que quando alguém adoece, a família, muitas vezes, é a primeira a envolver-se no processo de cuidado e nela se dá a maior parte dos tratamentos de saúde. Nesta perspectiva, cada comunidade possui características que correspondem a uma diversidade e complexidade de fatores que pertencem às condições de vida e saúde locais e, com elas, possuem um relacionamento. Com isso, a inter-relação saúde e doença torna-se dinâmica e constante (SAN'TANA et al., 2010).

No que tange a atenção às famílias, a Enfermagem de Família surgiu há alguns anos, como uma forma de se distanciar em parte do modelo hegemônico de atenção, e cuja perspectiva de cuidado tem a família como foco. Este, por si só, já se constitui em um dos desafios aos enfermeiros, uma vez que cuidar de famílias implica, também, em estar atento aos elementos inerentes ao ciclo vital familiar, às relações dos membros entre si e da família com a sociedade (MANFRINI; BOEHS, 2005).

No entanto, existem ainda poucas metodologias utilizadas para a prática da enfermagem que promovem e reconhecem o cuidado cultural familiar ou o cuidado cotidiano da família (DELGADO, 2001). Desse modo, faz-se necessário que a

Enfermagem busque caminhos para cuidar das famílias, fazendo-as participantes do processo de cuidar e promovendo a autonomia de seus membros.

Quando nos referimos ao contexto rural, a situação é semelhante; assim, o cuidar destas famílias é um grande desafio percebido por enfermeiras que atendem em áreas rurais, e isto se dá pelo fato de encararem variadas estruturas, culturas, crenças e valores, que exigem a articulação de saberes com famílias de diferentes gerações e dinâmicas complexas (FERNANDES; BOEHS, 2011).

O cuidado às famílias rurais exige da enfermagem, além da compreensão de suas singularidades e formas de estruturar-se, um cuidado em saúde que seja extensivo, considerando os aspectos sociais, políticos e geográficos que permeiam o viver rural (WUNSCH, 2011). Schwartz (2002) corrobora, afirmando que será possível ampliar o quadro traçado por meio das observações, com a identificação dos elementos do mesossistema rural (família, escola, comunidade), acrescentando dados importantes às discussões que envolvem projetos remediadores e preventivos junto a essa população rural. O mesmo pode ser dito com relação ao conhecimento dos aspectos socioculturais do exossistema e do macrossistema. Portanto, conhecer o viver, adoecer e cuidar, para os profissionais que lidam com as questões rurais, é crucial, a fim de planejar e avaliar programas de natureza política, sanitária ou agrária.

Neste contexto, ao contemplarmos as características do ambiente rural brasileiro, a população estimada no ano de 1998 representava 19% da população total, sendo que 15 milhões de agricultores – 37% das famílias rurais – viviam abaixo da linha da pobreza, e 11% deles, somente da aposentadoria rural (BRASIL, 2004). Kassouf (2005), ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares – PNAD de 1998 -, verificou que, naquela época, a saúde da população do campo era avaliada como mais precária, se a comparássemos com a da população urbana.

O mesmo estudo ainda constatou que, na população na faixa etária de 40 a 60 anos, estimada em mais de 31 milhões de habitantes, 8,5% dos habitantes da área rural avaliavam seu estado de saúde como ruim e muito ruim, e 36,8% como regular, o restante o considerava bom e muito bom (KASSOUF, 2005). Isto evidencia que era grande a porcentagem de pessoas insatisfeitas com o seu estado de saúde.

Passados vários anos, a perspectiva atual nos revela que cerca de 29,9 milhões de pessoas residem em localidades rurais atualmente, em aproximadamente 8,1 milhões de domicílios (BRASIL, 2012a). E, ao contrário do que poderíamos esperar, não houve melhoras em relação à saúde destas comunidades. Sendo assim, as condições de saúde dessas populações, segundo os resultados de diversos estudos, reafirmam uma situação mais precária destas pessoas, se comparada com a da população urbana (BRASIL, 2013).

No panorama histórico, um dos problemas enfrentados neste ambiente, é a dificuldade de acesso, que muitas vezes é prejudicado mediante diversas circunstâncias, sejam elas pessoais ou de caráter logístico, como horário, tempo, distância geográfica, entre outros. Em estudo atual realizado, esta dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária foi um dos principais problemas citados por moradores da zona rural (SILVA, 2011).

Travassos e Viacava (2007) confirmam o exposto, dizendo que, de modo geral, observa-se um menor acesso aos serviços em meio rural e, conseqüentemente, menor utilização, seja em decorrência da menor disponibilidade, das grandes distâncias ou da dificuldade de transporte. Diante disso, a medicina caseira e tradicional é mais acessível, a exemplo das plantas medicinais que estão disponibilizadas no próprio ambiente natural ou cultivo e que não requerem elevados custos e investimentos.

Kleinman (1980) corrobora, dizendo que é dentro da família que os cuidados em saúde iniciam, por meio do autotratamento individual ou familiar, sendo o local da primeira intervenção terapêutica recorrida pela maioria das pessoas. Desta forma, as famílias pertencentes ao ambiente rural utilizam diferentes práticas para o cuidado em saúde, seja em decorrência das desigualdades de acesso ou pela vontade de controlar seu próprio corpo, garantindo sua autonomia nos cuidados de saúde.

Nesta perspectiva, estudos etnobotânicos² e culturais vêm sendo realizados ao redor do mundo, de forma a registrar estes saberes e resguardá-los para as futuras gerações. Estas comunidades têm usado principalmente os recursos da medicina tradicional, como as plantas medicinais, como uma importante ferramenta

² Estudo etnobotânico é aquele que tem por finalidade estudar a relação entre o homem e as plantas, investigando o saber-fazer da população, com a utilização dos recursos vegetais (RODRIGUES, 2007).

terapêutica, o que permite sua quase autosuficiência em relação aos cuidados com a saúde (PINTO; AMOROZO; FURLAN, 2006).

Nestes estudos, prevalece o conhecimento transmitido oralmente, entre gerações familiares e para a comunidade (JACOBY et al., 2002; MEDEIROS; FONSECA; ANDREATA, 2006; SANTOS; AMOROSO; MING, 2008). Dessa forma, uma grande variedade de utilizações das plantas é descrita em diversas pesquisas em ambiente rural, bem como muitas espécies citadas. Nota-se que, na maioria das vezes, o conhecimento está alicerçado em pessoas mais idosas, especialmente as mulheres (ARNOUS; SANTOS; BEINNER, 2005; PASA; SOARES; NETO, 2005; RODRIGUES; GUEDES, 2006).

Seguindo o raciocínio, embasando-se no que foi exposto, Chalita (2005) nos remete à reflexão de que o processo mais determinante, atualmente, na agricultura e sociedades rurais é a necessidade de que uma dinâmica democrática seja estabelecida, a qual assegure a produção de benefícios sociais e econômicos, bem como de saúde a estas populações. Ao mesmo tempo em que dê justificativas permanentes e provas de segurança, valorizando sua cultura e características.

Dessa forma, mesmo com a realização de estudos de resgate etnobotânicos sobre os cuidados à saúde, com plantas medicinais e, apesar da importância da agricultura familiar, que produz 80% da alimentação no Brasil e dos desafiantes objetivos da agroecologia, a saúde rural tem sido pouco explorada em pesquisas, o que salienta a importância de novos estudos com estas populações (AZEVEDO; PELICIONI, 2012).

No Brasil, no que diz respeito às pesquisas da enfermagem, relacionadas à saúde das famílias rurais, existem ainda poucos autores buscando esta temática, os que mais se destacam são Heck (2000) que trata do suicídio em uma comunidade rural, e Budó (2000) que estudou a enfermagem em comunidades rurais. Schwartz (2002) estudou o viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil. Mais recentemente, Wünsch (2011), em sua dissertação, também abordou o cuidado em saúde em famílias de assentamentos rurais no sul do RS, apresentando um olhar da enfermagem. Já Zilmer et al. (2012) remete-nos às famílias rurais, na perspectiva das vivências em relação ao câncer.

Pensando nisto, é preciso intensificar as pesquisas que abordam a saúde das famílias rurais, pois compreender as práticas adotadas pela população em sua autoatenção fica mais fácil, quando entendemos seu contexto sociocultural. Assim,

como as necessidades de saúde são dinâmica, social e historicamente construídas, estas exigem também que os serviços e a gestão em saúde desenvolvam estratégias capazes de escutar, retraduzir e trabalhar necessidades reais de saúde de cada população (SILVA JUNIOR; ALVES, 2012).

Considerando o exposto, recentemente, o Ministério da Saúde brasileiro busca estratégias para melhorar o atendimento ao processo saúde-doença das populações do campo. Com isso, no ano de 2013, foi implementada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta (PNSIPCF), que tem como objetivo melhorar o nível de saúde destas populações, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades das pessoas. Assim, uma das diretrizes desta política versa sobre a importância de valorizar as práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas (BRASIL, 2013).

Neste contexto, torna-se importante que se entendam as práticas populares de autoatenção adotadas pela população rural, compreendendo também que estas práticas trazem grandes benefícios a estas populações há muitos anos, caracterizando-se como um bem cultural e que necessita ser levado em consideração na implementação de políticas e serviços de saúde rurais.

2.3 A enfermagem e as práticas populares de cuidado: biomedicina e valorização cultural.

As práticas de autoatenção utilizadas pela população rural precisam ser valorizadas e resgatadas pelos profissionais do sistema oficial de saúde, visando uma articulação de saberes. Porém, o que se observa é que muitas vezes os aspectos socioculturais vêm sendo negligenciados e considerados irrelevantes para intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009), e isto precisa ser modificado com um novo olhar, inclusive da enfermagem para com a saúde, a doença e a cultura.

Para os profissionais de enfermagem contemporâneos, a doença e a necessidade estão relacionadas a explicações e interpretações vinculadas a um grupo muito particular, que são os profissionais do sistema oficial de saúde. Há, no entanto, outras práticas na sociedade e outras variadas interpretações do que é a saúde e a doença (HECK, 2002). Desta forma, é necessário entender que, ao lidar com o cotidiano das práticas em saúde, inserimo-nos no contexto do usuário, o qual

apresenta uma pluralidade de cuidados realizados (TEIXEIRA; NOGUEIRA, 2005). Dentre estes cuidados, encontram-se as práticas de autoatenção.

Nesta perspectiva, Menéndez (2003) afirma que é necessário entender que, quando falamos de modelos de atenção à saúde, seguindo uma perspectiva antropológica, referimo-nos não somente às atividades do modelo biomédico, e sim a todas aquelas que, por alguma razão, têm a ver com a atenção às doenças em termos intencionais. Essas atividades, em um sentido restrito de autoatenção, caracterizam-se pela intencionalidade dos atores sociais frente aos processos de saúde e doença.

Tesser e Barros (2008) corroboram, dizendo que, em geral, este tipo de assistência busca meios terapêuticos simples, mais baratos e com igual ou maior eficácia nas situações gerais e comuns de adoecimento; a construção da autonomia do paciente; e a afirmação de um saber ou prática que tenha como categoria central a saúde e não a doença.

Porém, historicamente, na área da saúde, quando se faz referência à “cultura popular”, vêm à tona características amplamente rotuladas pela sociedade, como nos afirma Bosi (1992): como um “fóssil correspondente a estados de primitivismo, atraso e subdesenvolvimento”. Assim, as práticas populares de saúde muitas vezes são submetidas a esta concepção, e entendidas pela sociedade como atraso e ignorância, contrastando com as práticas médicas, consideradas da mais pura cientificidade e legitimidade (OLIVEIRA; MORAES, 2010).

De certa forma, isto também é reflexo de uma “cultura popular”, que encharcada pelo modelo biomédico de atenção, negligencia as antigas formas de cuidado. Demonstrando claramente as influências do modelo hegemônico na cultura atual da população mundial (OLIVEIRA; MORAES, 2010).

A biomedicina racionaliza a doença, a partir de uma ideia e interpretação análogas às leis que os positivistas acreditam existir na natureza, não levando em consideração a especificidade do que a pessoa doente sente no seu cotidiano (HECK, 2002). Para Boltanski (1989), ao pesquisar diferentes representações do corpo, de acordo com a classe social, a biomedicina é uma forma estática de ver a doença, que desconsidera a história, relações de poder e também os significados que esta pessoa construiu como parte do seu corpo, que não pode ser isolado no contexto.

Por isso, torna-se cada vez mais necessário o resgate e a valorização dos saberes populares, e a clara identificação da cultura como elemento de extrema importância na evolução dos cuidados médicos atuais. Segundo Barbosa et al. (2004), o binômio saúde-doença está condicionado à organização dos grupos sociais e participa do processo cultural que os envolve, influenciando suas concepções individuais e coletivas. Ou seja, ao se tratar de experiências vivenciadas dentro do processo saúde-doença, é impossível desapropriar os sujeitos das concepções e representações arraigadas ao saber cultural.

Assim, a sociedade contemporânea possui uma multiplicidade de alternativas para lidar com o adoecimento, sendo possível recorrer à biomedicina em suas mais variadas formas, utilizando-se de todo o seu aparato tecnológico. Mesmo esta sendo uma maneira hegemônica de cuidar das doenças, não se podem excluir outras respostas possíveis, disponíveis na nossa cultura, e aqui se encaixam as terapias alternativas, como as terapias florais, homeopatia, medicina oriental, fitoterapia e também a religião (NAKAMURA; MARTINS; SANTOS 2009, p.6).

Neste ínterim, a doença, na atualidade, pode ser entendida como biocultural, situando-se na interseção da biologia com a cultura. A mesma não pode ser vista como um episódio, e sim um processo que perpassa pelas etapas de reconhecimento dos sintomas, diagnóstico, escolha do tratamento, avaliação do processo e resultados e, por fim, o processo terapêutico, o qual corresponde a uma sequência de decisões e negociações entre pessoas e grupos, com variadas interpretações sobre causas e escolha dos tratamentos (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009, p.44).

Desta forma, o modelo mecanicista da racionalidade científica que prevalece até os dias atuais, torna difícil ou até mesmo impossibilita o reconhecimento de outras verdades pelos profissionais, ou seja, outras teorias e conceitos com objetivos diferentes do modelo biomédico de atenção à saúde (LUZ, 1988).

Aliando-se a esta perspectiva, é preciso contextualizar a importância de uma abordagem sociocultural do processo saúde-doença. Isto seria possível com uma aproximação da enfermagem com a antropologia. Neste contexto, a antropologia da saúde vê como ímpar o que um determinado grupo social associa com saúde e doença, o que nos leva a considerar tanto a experiência dos sadios como a dos doentes, contemplando o sistema de saúde como um todo. Este enfoque, por sua vez, é diferente daquele exercido pela biomedicina, onde apenas o biológico é o

parâmetro determinante, como se estivesse dissociado do restante da realidade do ser humano (HECK, 2002).

Langdon (1996) reforça esta afirmação, com a perspectiva de que a antropologia da saúde vê a doença como parte de processos simbólicos, não como uma entidade vivenciada e percebida universalmente, ou seja, a doença é um processo de experiência, sua manifestação e características, bem como as formas de tratamento vão depender de fatores culturais, sociais e psicológicos.

Neste sentido, os profissionais do sistema de saúde precisam compreender a característica emergente da cultura, e o enfoque deve ser o ator social consciente, subjetivo e passível de interpretação. Assim, as crenças e valores são considerados produtos de ações humanas concretas, que justificam atitudes, e que só poderão ser percebidas se sairmos da visão institucional de análise dos indivíduos e grupos sociais (HECK, 2002).

Assim, diversos fatores levam os profissionais da área da saúde, em especial o enfermeiro, a tentar uma aproximação com a realidade dos usuários, procurando, em uma relação de troca, alternativas para atender às necessidades desta população (SANTOS; VIANNA; GAMBÁ, 2007).

Confirmando o exposto, para Boehs (2007), atualmente, os profissionais do sistema de saúde oficial, também estão “sendo obrigados” a conviverem e se aproximarem de outros modelos ou sistemas de cuidado, entre eles, o familiar e o popular, buscando uma maior aproximação da lógica do cliente/usuário e de uma interface entre o profissional e o cliente, já que não há como o profissional deixar de trazer à tona em seu exercício profissional ou deixar de considerar esta intrincada rede de símbolos e significados que está encarnada na “lógica” do sistema de cuidado popular.

Desta forma, o que se percebe, de forma geral, é que as mudanças em curso têm fomentado os profissionais de saúde a buscarem outros referenciais além dos biológicos. Porém, os estudos da enfermagem que se aproximam da antropologia e da perspectiva cultural de cuidado, apesar de crescentes, ainda existem em pequeno número no Brasil.

Um exemplo a ser citado é Cunha et al. (2009) que reflete sobre a perspectiva antropológica no contexto da enfermagem, e afirma que é necessário ressignificar sua práxis, projetando-a para uma relação sujeito-sujeito, isto é, uma

relação de convivência e interação, na qual experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos que remetem a uma realidade original.

Já para Melleiro e Gualda (2006), ao trabalharem este tema, a abordagem antropológica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem, vem permitindo aos profissionais que atuam nessas instituições, uma compreensão mais abrangente do fenômeno saúde-doença e, conseqüentemente, propiciando o efetivo atendimento das necessidades e expectativas dos usuários.

Ainda podemos citar Moura, Chamilco e Silva (2005), que trazem à tona a perspectiva da enfermagem transcultural, a qual objetiva prover uma forma de cuidar que seja sensível e tenha origem nas necessidades do indivíduo, sua família e grupos culturais. Afirmando que estes devem ser estudados em profundidade, para possibilitar um tipo de cuidado culturalmente congruente com as necessidades da população.

Desse modo, vislumbram-se novos paradigmas de cuidado que balizem a concepção científica com olhar holístico, tendo o ser humano como centro de preocupações, ao relacionar-se com o contexto social no qual se encontra inserido, bem como respeitar sua diversidade cultural (CUNHA et al., 2009).

Neste sentido, enfermeiros e profissionais de saúde precisam direcionar suas práticas, a fim de ofertar um cuidado mais humano e integral aos usuários dos sistemas de saúde, compreendendo que as práticas populares de atenção possuem característica transcultural³. E, aliando-se à antropologia da saúde, levar em conta cada ser humano individualmente, junto com o seu contexto biopsicosociocultural.

3. Referencial teórico

3.1 Reflexões sobre a cultura, permeando o cuidado popular e a autoatenção à saúde.

O presente estudo tem como referencial teórico a antropologia interpretativa, visando aproximar os cuidados populares com a enfermagem e com o setor saúde. Desta forma, o referencial adotado é da vertente antropológica, a qual trabalha com os valores, crenças, ações da pessoa no processo de cuidado com o corpo e as relações com os demais atores sociais.

³Transcultural quer dizer que se estende por todas as culturas humanas (THE FREE DICTIONARY...2012).

Nesta perspectiva, buscou-se compreender o conceito de cultura, a partir de Cliford Geertz, buscando entendê-la como uma construção histórica e cotidiana dos indivíduos. E, complementando o pensamento, Eduardo Menéndez aponta as características da autoatenção e os modelos de atenção à saúde existentes nas sociedades.

Nesta conjuntura, afirma-se que foram muitas as perspectivas teóricas ou metodológicas que nortearam o olhar da antropologia ao longo dos anos, para relacionar saúde e cultura. Por mais que fossem diferentes em sua orientação e objeto de pesquisa, estes distintos vieses contribuíram para o que chamamos atualmente de antropologia da saúde. Esta concepção, construída ao longo do século XX, começou a partir da relativização da biomedicina, a qual pode ser compreendida como um sistema cultural, e cuja preocupação centra-se na “dinâmica da doença e o processo terapêutico” (LANGDON, 1995, p.95).

Nesta compreensão, Kleinman (1980) assinala que, para além do constructo biomédico de doença como um princípio biológico, sua compreensão está pautada em um processo que é experienciado e elaborado por meio de eventos socioculturais, por isso entende que, para discutir o cuidado, é fundamental aproximá-lo da cultura, enfatizando que os sistemas de cuidado à saúde são culturalmente e socialmente construídos. Estes sistemas de cuidado são formas de reproduzir a realidade social que imprimem significado às interações existentes entre pessoas (SILVA, 2008; KLEINMANN, 1980).

Este sistema cultural de saúde, por sua vez, diz respeito à saúde em sua dimensão simbólica, incluindo conhecimentos, percepções, cognições, que são utilizadas para definir, classificar e perceber a doença. Cada sociedade possui conceitos próprios do que é ser doente ou saudável e também classificações acerca dos agravos de seus membros, bem como um sistema de cura baseado muitas vezes nos tratamentos da medicina tradicional popular (LANGDON; WIIK, 2010).

Heck (2002) complementa, dizendo que todo grupo social possui uma identidade, possui uma cultura, que se constrói cotidianamente, inserida nos significados vigentes e de acordo com a sua interpretação da realidade e visão de mundo. Desta forma, para entender e valorizar as práticas culturais de cuidado, contemplamos o que afirma Geertz, o qual conceitua a cultura como um sistema de símbolos que são compartilhados, e desta forma as pessoas a usam para perceber, entender, interpretar e organizar o mundo que as rodeia (GEERTZ, 2011).

Neste contexto, Geertz foi um filósofo e antropólogo que, em sua vida científica, construiu um modelo de análise denominada *análise interpretativa ou hermenêutica*, para a compreensão da cultura, com a visão de que esta se constrói pela interação dos grupos sociais (BOEHS, 2001).

Para o autor, a cultura é construída pelos sujeitos ao interagirem no cotidiano, surgindo assim valores, formas de cuidado, trocas de saberes, crenças e normas que fazem parte da práxis (GEERTZ, 2011). A função da cultura é a de atribuir significado ao mundo e torná-lo compreensível. O papel dos antropólogos é tentar interpretar a orientação dinâmica e também simbólica de cada cultura (GEERTZ, 1989).

Desta forma, para que a Antropologia Interpretativa seja entendida, Geertz relata que é preciso realizar uma leitura das sociedades, na forma de textos ou análogas, tendo em mente em todos os momentos do estudo, que o que está sendo interpretado é constantemente cheio de significados. Neste sentido, realizar pesquisas que abordem a cultura é como tentar ler um manuscrito estranho, desbotado, repleto de elipses, incoerências, suspeitosas emendas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais comuns do som, mas sim com exemplos transitórios de comportamento modelado. E desta forma, é preciso ler o discurso social por cima dos ombros de quem o escreve (GEERTZ, 1978).

O que deve ser feito é a anotação da curva de determinado discurso, ou seja, as falas e relatos dos indivíduos e torná-los uma forma pesquisável. Assim, o pesquisador tem a missão de anotar este discurso social. E ao fazer isso, transforma um acontecimento que poderia ser uma simples recordação do passado, em um relato, que existe e pode ser consultado novamente. E é neste sentido que a cultura pode ser vista como um texto (GEERTZ, 1978).

Geertz ainda afirma que o papel da antropologia objetiva uma hierarquia significativa de estruturas, nas quais as piscadelas, os tiques nervosos, as imitações são percebidos e interpretados, e sem os quais eles de fato não existiriam. Trata-se de estruturas superpostas de inferências por meio das quais os antropólogos precisam procurar seu caminho continuamente. “É o alargamento do discurso humano: não é tornar-se nativo, mas conversar com eles” (GEERTZ, 1989, p.24).

Quanto à cultura propriamente dita, Geertz afirma que:

O conceito de cultura que eu defendo é essencialmente semiótico. Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias

de significado que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo estas coisas e sua análise, portanto, não como uma ciência interpretativa, à procura do significado (GEERTZ, 1978, p.15).

Para o autor, a cultura não é um poder, algo ao qual possam ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais e assim, não pode ser vista como um padrão de comportamento, costumes, tradições, instituições e processos, e sim como um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos com densidade. Trata-se de um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras e instruções, pois é um produto de ações entre as pessoas, dinâmicas e mutantes. A cultura é pública e também uma condição essencial da vida humana, sendo a principal base para sua especificidade (GEERTZ, 1989).

Langdon e Wiik (2010) corroboram, afirmando que, fundamentalmente, a cultura organiza o mundo de cada grupo social, segundo a sua lógica própria. Trata-se de experiência integradora, total e totalizante, de pertencimento e, conseqüentemente, formadora e mantenedora de grupos sociais que compartilham, comunicam e replicam suas formas, instituições e os seus princípios e valores culturais.

Nesta perspectiva, as famílias rurais manifestam diferentes formas de vivenciar o processo saúde-doença e também o cuidado que realizam nas situações de adoecimento, com o uso de recursos humanos e naturais, entre estes, as plantas medicinais. Estas práticas estruturam, integram e mantêm estes grupos, sendo que estes conhecimentos são compartilhados por meio da comunicação e replicados de geração em geração, caracterizando-se como valores culturais.

As famílias abordadas neste estudo vivem em um ambiente caracterizado por fortes influências culturais e históricas em seu modo de vida, que é o meio rural. A utilização de práticas da medicina popular em sua autoatenção é resultado de uma forte bagagem cultural, trazida pelos próprios colonizadores e imigrantes que ali chegaram e estruturaram um modo de viver e cuidar da sua saúde. Em outra perspectiva, estas práticas são reflexos das interações humanas que ocorrem de pessoa a pessoa nestas comunidades, sendo que, nestes contatos, as informações se transmitem.

Isto vai de encontro ao que afirmam Langdon e Wiik (2010), ou seja, cada grupo interage com determinado ambiente físico, e é a sua cultura que vai definir como sobreviver neste local. Assim, ao compreendermos a cultura de um povo,

Geertz (1989) orienta o pesquisador sobre a necessidade de estar inserido no local de pesquisa, passando pela corrente de experiências dos informantes, na tentativa de identificar como as pessoas vivem e o que pensam, procurando compreender o significado das palavras ditas, os comportamentos e o que tudo isto representa na vida do sujeito e no meio onde está inserido.

Nesta compreensão, é fundamental descrever minuciosamente as características culturais do local a ser estudado, de modo que estas não sejam interpretadas a partir da perspectiva do pesquisador, mas sim compreendidas a partir das formas de vida e convívio do grupo social. É preciso olhar as dimensões simbólicas das ações: a arte, religião, ideologia, lei, ciência, moralidade, senso comum, não precisando, por isso, afastar-se dos dilemas existenciais da vida em favor de algum domínio empírico de formas sem emoção, mas sim mergulhar no meio delas. A vocação da antropologia interpretativa não é responder às nossas questões mais profundas, mas colocar à disposição dos pesquisadores, as respostas que os outros deram e incluí-las no registro daquilo que o homem falou (GEERTZ, 1989).

Continuando o raciocínio, e considerando a proposta deste estudo de investigar as práticas de autoatenção, aliadas à perspectiva cultural de cuidado à saúde, cabe aqui compreender a autoatenção na perspectiva do autor Eduardo Menéndez, que é argentino, com mestrado em saúde pública e doutorado em antropologia social. Em suas principais publicações, aborda as práticas populares de cuidado à saúde e a perspectiva da autoatenção, conceituando-a. Suas pesquisas no México e na Guatemala preocuparam-se com as relações de subalternidade e hegemonia entre as práxis médicas, e o processo de desqualificação dos terapeutas locais em detrimento de uma ideia de eficácia (MENÉNDEZ, 1981).

Para o autor, as práticas de autoatenção podem ser definidas em uma perspectiva ampla e restrita. Amplamente, podemos percebê-las como todas as práticas que asseguram a reprodução biossocial das pessoas e do grupo. Essas atividades estão ligadas aos processos socioculturais que contribuem para sua continuação, tais como: os usos de recursos corporais e ambientais, ritos, regras de casamento, parentesco e outras práticas de sociabilidade. Na sua perspectiva restrita, encontramos as práticas empregadas intencionalmente ao processo saúde, enfermidade, atenção, buscando a prevenção, diagnóstico, acompanhamento, tratamento e cura das doenças (MENÉNDEZ, 2003).

Para Menéndez (2005), as diferentes formas de atenção que existem atualmente em uma sociedade têm a ver com as condições religiosas, étnicas, econômico/políticas, técnicas e científicas que deram lugar ao desenvolvimento de formas antagônicas, ou ao menos fortemente diferenciadas entre a biomedicina e a maioria das outras formas de atenção.

Neste contexto, o compartilhamento de comidas em festividades e reuniões comunitárias de socialização representa uma prática de autoatenção popularmente aceita pelos sujeitos de determinado grupo social. Os significados e atitudes que os sujeitos incorporam em suas vidas, raramente são aceitos ou reconhecidos pela biomedicina como estratégias e práticas de autoatenção, sendo passíveis de críticas (MENÉNDEZ, 2003).

Neste sentido, a autoatenção pode ser definida como as práticas que compreendem as representações e práxis que a população utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional dos curadores profissionais.

No entanto, as práticas populares de autoatenção podem apropriar-se das práticas biomédicas e as reinterpretar segundo suas necessidades. Um exemplo a ser analisado é o da automedicação, que é o resultado da interação entre os profissionais de saúde e as pessoas com alguma doença. A biomedicina, neste sentido, deve procurar articular sua prática com as práticas populares, buscando reconhecê-las como efetivas e/ou necessárias (MENÉNDEZ, 2003).

Isto seria possível através da aproximação dos conhecimentos e práticas populares do sistema oficial de saúde, pois segundo Menéndez (1994b), as práticas e representações populares deveriam ser o eixo no qual são estruturados todos os sistemas locais de saúde.

O autor reconhece que, em qualquer contexto, existem diversos modelos de atenção. Entre eles, encontramos os serviços da biomedicina (primários e especializados), dos curadores populares, das medicinas paralelas ou alternativas, e dos grupos de autoajuda, como vemos representado na figura 1. As pessoas articulam esses diferentes modelos para resolver seus problemas de saúde (MENÉNDEZ, 2003;2005).

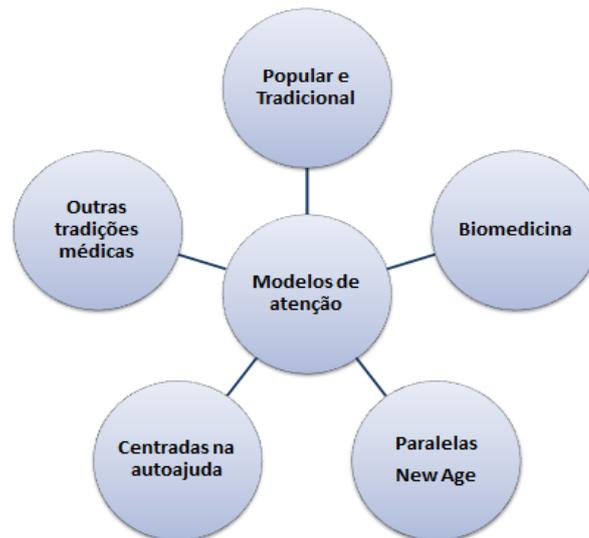


Figura 1. Modelos de atenção à saúde segundo Eduardo Menéndez. Elaborado pela autora e adaptado de Menéndez (2003).

Assim, as formas de atenção existentes compreendem: a) a biomédica: que se refere aos médicos e demais profissionais do primeiro nível de atenção e do nível de especialidades dos padecimentos físicos e mentais que a biomedicina reconhece, estas se expressam por meio de instituições oficiais ou privadas; b) do tipo “popular” e “tradicional”, expressadas também por meio de curadores especializados como curandeiros, espiritualistas, bruxos, xamãs. Aqui se inclui o papel curativo de alguns santos ou imagens religiosas, tanto cristãs como de outros cultos; c) alternativas paralelas ou *new age*, que incluem curandeiros da nova era, bioenergéticos, novas religiões curativas do tipo comunitário; d) outras tradições médicas como acupuntura, medicina ayurveda, etc.; e) centradas na autoajuda, como os alcoólicos anônimos, grupos de diabéticos ou grupo de pais de crianças com síndrome de Down (MENÉNDEZ, 2003).

Esta classificação das formas de atenção poderá ampliar-se ou modificar-se, e não supõe que as consideremos como formas estáticas cada uma em si mesma, dado que assumimos um processo dinâmico entre as atividades advindas de diferentes formas de atenção, isto é, as mesmas não funcionam sempre exclusivamente, mas também através de relações entre duas ou mais formas de atenção (MENÉNDEZ, 2005).

Complementando o exposto, Langdon e Wiik (2010) afirmam que as doenças e as preocupações relacionadas à saúde humana, são universais na vida do homem e encontram-se presentes em todas as sociedades. Cada grupo irá organizar-se de forma coletiva, por meio de pensamentos, meios materiais ou

elementos culturais para desenvolver técnicas de compreensão e enfrentamento das doenças e infortúnios. Assim, toda e cada sociedade irá desenvolver conhecimentos, práticas e também instituições, que podemos chamar de *sistemas de atenção à saúde*.

Neste íterim, cabe lembrar que a autoatenção será a primeira atividade que o microgrupo realiza a respeito das doenças detectadas, e essa atividade não inclui inicialmente nenhum profissional do sistema oficial; sendo assim, será consultado, inicialmente, algum membro de espaços familiares e sociais imediatos. E é a partir do que acontece na autoatenção e na evolução da doença, assim como em função das condições sociais e culturais já assinaladas, que o sujeito e seu microgrupo decidem consultar ou não os profissionais do sistema oficial (MENÉNDEZ, 2003).

Assim, cabe ressaltar que em uma sociedade complexa como a brasileira, coexistem vários sistemas de atenção à saúde, sistemas estes que representam a grande diversidade cultural que a constitui. E embora o sistema médico estatal brasileiro esteja baseado na biomedicina, que fornece assistência por meio do Sistema Único de Saúde, as populações, muitas vezes, recorrem a variados outros sistemas, como a medicina popular ou sistemas médico-religiosos. Desta forma, pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural, ajuda-nos a entender estes comportamentos múltiplos (LANGDON; WIIK, 2010).

A enfermagem, inserida no contexto rural, deve ser considerada como uma ciência prática do cuidado, que não é restrita à aplicação técnica do conhecimento. Assim, os cuidados em saúde envolvem uma complexa rede de interações, abarcando variadas formas de conhecimento, valores, crenças e significados que moldam as práticas de saúde em um contexto sociocultural. Nesta perspectiva, torna-se fundamental que o profissional de enfermagem reconheça a importância e complexidade das práticas de cuidado em saúde, sobretudo aquelas exercidas fora do sistema formal, como nas famílias, vizinhos, comunidade e também aquelas regidas por outras lógicas, como as práticas de benzedeiros, parteiras ou rezadeiras (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009).

Com isso, no momento em que este estudo propõe-se a investigar as práticas de cuidado adotadas pela população rural, corroboram-se as ideias de Geertz (1989, 2011), ao entendermos estas práticas associadas às ações cotidianas destas comunidades, que se constroem com a interação entre as pessoas, e também vamos ao encontro das afirmações de Menéndez, ao investigarmos as

formas adotadas pelos microgrupos, para atender a sua saúde, elucidando pontos emergentes desta autoatenção, bem como intencionamos contrastar e estranhar alguns valores da enfermagem na atualidade.

4. Metodologia

4.1 Caracterização do estudo

Para atingir os objetivos do presente estudo, será realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória (MINAYO, 2010; TRIVIÑOS, 2008), com vistas ao resgate das práticas de autoatenção em um município que faz parte do bioma pampa brasileiro, no sul do Rio Grande do Sul.

A pesquisa é um subprojeto do projeto intitulado “*Autoatenção e uso de plantas medicinais no bioma Pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural*” que está sendo realizado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Embrapa Clima Temperado.

Neste sentido, o estudo qualitativo será norteado pelo referencial antropológico, tendo em vista a abordagem da autoatenção do cuidado em saúde (MENÉNDEZ, 2003). A pesquisa qualitativa tem como foco de estudo o processo vivenciado pelos sujeitos. Assim, as investigações qualitativas crescem em número, como outro modo de produção de conhecimento capaz de responder à necessidade de compreender em profundidade alguns fenômenos da prática de enfermagem, suprimindo vazios deixados pela pesquisa positivista e seus métodos de coleta e análise de dados, sendo uma referência para investigar contextos e realidades distintas (QUEIROZ et al., 2007).

Segundo Menéndez (2005), metodologicamente, para focar nas práticas de autoatenção, é preciso que a pesquisa inicie não com as pessoas consideradas especialistas, mas sim no âmbito das práticas articuladas pelo grupo familiar no seu cotidiano, para com isso seguir o sentido do fluxo das ações nas redes sociais de apoio e cuidados estabelecidos pelas ações e decisões das pessoas nesse nível de atenção. Assim, a partir deles, especialmente a partir da trajetória do paciente, poderemos identificar todas ou a maioria das formas de cuidado envolvidas em um contexto particular.

4.2 Local de estudo

O estudo ocorrerá no domicílio dos informantes, na área rural do município de Pelotas, que faz parte do bioma Pampa brasileiro, como demonstrado na figura 2.

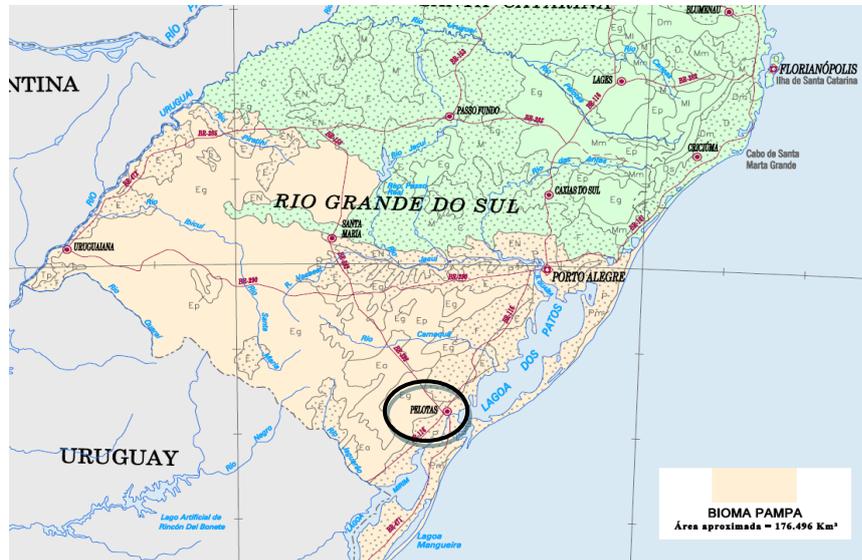


Figura 2 – Representação do Bioma Pampa brasileiro e a localização da cidade de Pelotas.

Fonte: IBGE (2004).

A cidade de Pelotas possui uma população total de 328.275 mil habitantes, sendo que, destes, 22.082 residem na zona rural (IBGE, 2010). A zona rural de Pelotas apresenta maior número de imigração em famílias alemãs, seguidas das famílias italianas, francesas e ainda austríacas, portuguesas e canárias, o que a faz tornar-se uma fonte de culturas coloniais (TEIXEIRA, 2004). A representação da distância até o local da pesquisa encontra-se na figura 3.

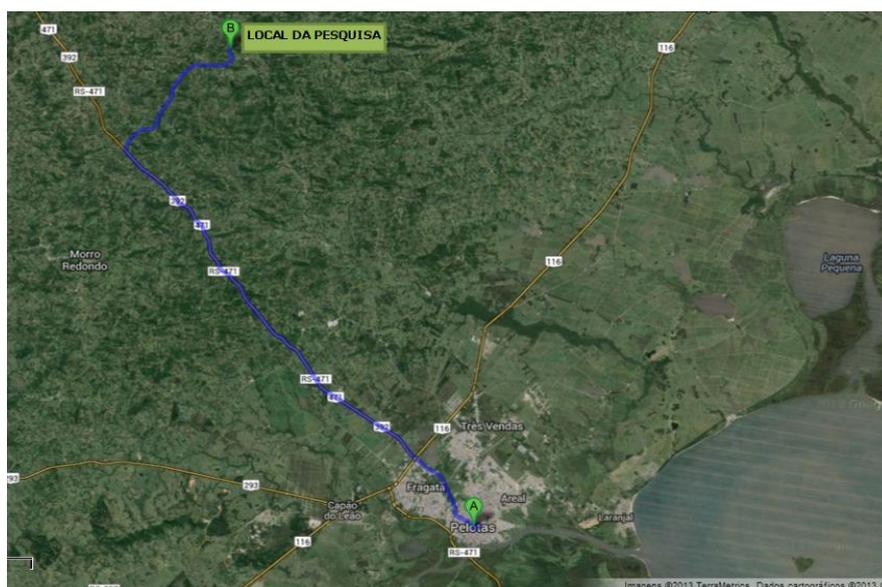


Figura 3 – Local do estudo e a representação da distância até a cidade de Pelotas. Fonte: Google Maps.

4.3 Sujeitos do estudo

Serão abordadas de uma a quatro famílias de agricultoras, as quais residem em meio rural e que serão selecionadas por meio da participação em um grupo de mulheres que ocorre na comunidade rural. Os informantes serão identificados, utilizando-se as letras iniciais do seu nome, seguidas da idade, como, por exemplo, I. M., 79, e as famílias serão identificadas com a letra “F” e o número em ordem crescente, como F1, F2.

4.4 Critérios de seleção das famílias abordadas

- Possuir membros com mais de 18 anos;
- Residir em meio rural, em local de fácil acesso terrestre;
- Saber se comunicar em língua portuguesa.

4.5 Aspectos éticos

O projeto “*Autoatenção e uso de plantas medicinais no bioma Pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural*”, do qual este estudo faz parte, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da UFPel, obtendo aprovação sob o número de protocolo 096/2012 (Anexo A).

Nesta pesquisa, será garantido o sigilo e anonimato dos sujeitos, os quais constam no código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, capítulo III, artigos 89⁴, 90 e 91, das responsabilidades e deveres, e também artigos 94 e 98⁵, das proibições (COFEN, 2007).

Sendo assim, será assegurada a vontade das famílias de agricultores desistirem em qualquer momento da pesquisa, bem como o livre acesso aos dados coletados, sem que isso cause qualquer prejuízo à sua pessoa, conforme consta no Anexo B.

⁴Capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que consistem as responsabilidades e deveres: Art. 89° - Atender às normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90° - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa. Art. 91° - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos resultados.

⁵No que consistem as proibições: Art. 94° - Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 98°- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

A pesquisa foi feita com base na Resolução 196/96⁶, de competência do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que emana diretrizes sobre pesquisa com seres humanos, assegurando a proteção dos grupos vulneráveis e autonomia dos sujeitos (BRASIL, 1996), atendendo, também, aos princípios da nova Resolução de pesquisa com seres humanos 466/2012 (BRASIL, 2012b).

Os participantes da pesquisa assinarão o Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) em duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra será entregue ao participante. A utilização dos dados do presente estudo foi autorizada pela coordenadora do referido projeto, através de carta de autorização, conforme Anexo C.

4.6 Procedimento de coleta de dados

O ponto de partida será a Feira Agroecológica de Pelotas, da Associação Regional de Produtores Agroecologistas da Região Sul (Arpasul), onde se identificará a localidade de estudo. Será privilegiado o critério das coletividades, ou seja, serão abordadas famílias de agricultoras que residam próximas umas das outras, a fim de compreender as práticas desenvolvidas pelo grupo, o qual compartilha situações, preocupações e práxis.

Assim, para chegar às famílias que farão parte deste estudo, será utilizada a metodologia de indicação de informantes “Snowball sampling”, ou seja, um informante indicará o outro até que as participantes sejam selecionadas (GOODMAN, 1999). Depois de selecionadas, será realizado contato para informar sobre a pesquisa e questionar sobre o seu interesse em participar. Neste primeiro encontro, a conversa terá por finalidade estabelecer um vínculo inicial com as agricultoras, bem como apresentar a pesquisadora ao campo.

Para realizar a coleta dos dados de campo, seguiremos o que indica Oliveira (2006) para a realização de pesquisas em ciências sociais, Olhar – Ouvir – Escrever. Para o autor, o *olhar* e sua domesticação teórica é talvez a primeira experiência do pesquisador em campo. Assim, o observador bem preparado poderá interpretar o que vê baseado em seus conhecimentos. Porém, o olhar por si só, não é suficiente. Como alcançar, apenas pelo olhar, o significado das relações sociais e as nomenclaturas de parentesco, por exemplo.

⁶Resolução nº 196/96 é regulamentada na pesquisa envolvendo seres humanos, fundamentando-se no respeito à dignidade humana, exigindo que toda a pesquisa deve ser processada após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que, por si e ou seus representantes legais, manifestem a sua ausência na pesquisa.

Nesta perspectiva, o *ouvir* também possui significado para o cientista social, complementando a ação do olhar, e participando das mesmas condições deste último, e neste aspecto somente poderia ser obtida a matéria-prima para o entendimento antropológico, através da entrevista. Esta entrevista, porém, não deve possuir caráter autoritário, buscando respostas pontuais. É preciso criar uma relação dialógica, transformando o informante em interlocutor. Desta forma, um eventual confronto se transforma em um encontro.

Por fim, se o olhar e o ouvir podem ser considerados como atos cognitivos, mais preliminares no trabalho de campo, é seguramente no ato de *escrever*, portanto na configuração final do produto do trabalho, que a questão do conhecimento torna-se tanto ou mais crítica. Este ato de escrever, fora da situação de campo, que cumpre sua mais alta função cognitiva (OLIVEIRA, 2006).

Considerando o exposto, o presente estudo implica na adoção de um conjunto de instrumentos de pesquisa, sendo eles: a entrevista semiestruturada gravada (Apêndice A) (POLIT; HUNGLER, 2004), observação participante (GIL, 2010) e construção do Genograma e Ecomapa familiar de acordo com Wright e Leahey (2009), bem como a elaboração de diário de campo.

Desta forma, caso aceitem participar do estudo, será agendado o próximo encontro, que terá por finalidade realizar a entrevista semiestruturada para registrar informações sobre as práticas de autoatenção realizadas pelas agricultoras e suas famílias nas situações de adoecimento, tendo sempre em vista a criação de uma relação dialógica com os entrevistados.

Neste dia, também começarão a ser elaborados o genograma e ecomapa das famílias, como um recurso para compreender como esta família se estrutura e quais as suas relações com o meio no qual está inserida. Assim, o genograma consiste em uma representação gráfica de informações sobre a família e, à medida que vai sendo construído, evidencia sua dinâmica e a relação entre seus membros. Os homens são representados por quadrados e as mulheres por círculos, e existem vários códigos padronizados para sua construção. O ecomapa, por sua vez, representa uma visão geral sobre a família e suas relações entre si, como membros e com o mundo, sejam elas positivas ou conflituosas (WRIGHT; LEAHEY, 2009). Os genogramas e ecomapas serão elaborados graficamente no programa SmartDraw 2014.

Os encontros serão realizados conforme a necessidade da obtenção de dados, e até que se obtenha o conhecimento suficiente acerca do contexto sociocultural e das práxis e saberes. A coleta de dados, em todos os encontros, envolverá a técnica de observação participante (GIL, 2010), que permitirá à pesquisadora compreender o contexto social e cultural da região e das famílias pesquisadas; esta técnica também possibilitará a observação das práticas de atenção à saúde e plantas medicinais utilizadas.

Desta forma, após cada encontro, um diário de campo será utilizado para registrar todas as percepções e informações importantes observadas pela pesquisadora. Para as plantas medicinais utilizadas, será realizado registro fotográfico no ambiente de ocorrência natural ou cultivo, georreferenciamento por meio de Global Positioning System (GPS) de navegação e resgate do conhecimento com o nome popular, uso, indicação, cuidados no preparo e dose por meio do Apêndice B. Com a autorização da família do agricultor, serão coletados ramos em fase reprodutiva, para preparação de exsiccatas⁷, as quais serão utilizadas para identificação botânica. Os dados serão coletados nos meses de maio a julho do ano de 2013.

4.7 Análise dos dados

Com a finalidade de analisar os dados, será utilizada a proposta operativa de Minayo (2010), preocupando-se não somente com a análise da essência do texto, mas também de como se constroem socialmente as discussões sobre as diferentes faces do objeto em estudo.

Esta proposta caracteriza-se por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representando o encontro com os fatos empíricos. A fase interpretativa apresenta duas etapas: a ordenação e a classificação dos dados; esta última inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados (MINAYO, 2010).

⁷ Exsiccatas são amostras de plantas desidratadas, coletadas, tratadas, preparadas e conservadas conforme técnicas específicas. As coleções de exsiccatas formam os herbários e são fundamentais para a identificação taxonômica das plantas (MARTINS-DA-SILVA, 2011).

1) Ordenação dos dados

Esta primeira parte da análise consistirá em um contato tanto com as entrevistas quanto com os diários de campo envolvidos na pesquisa. Essa etapa inclui uma sequência de atividades que consistirão na transcrição das gravações, o que permitirá uma leitura preliminar do material transcrito; em seguida, através de uma leitura geral, os relatos serão organizados e classificados.

2) Classificação dos dados

Nesta etapa, será realizada a leitura exaustiva e horizontal dos textos, o que exigirá uma leitura minuciosa de cada entrevista e de cada diário elaborado, no qual serão registradas todas as primeiras impressões, representações, conhecimentos e expectativas. Com a leitura cuidadosa do material, serão formados núcleos de sentido que possibilitarão a próxima etapa da análise.

3) Análise final dos dados

Nesta fase, o objeto deverá atravessar todo o processo de análise, num constante movimento circular que vai do empírico para o teórico e vice-versa, por meio do relatório final do trabalho.

As plantas citadas pelos sujeitos do estudo serão descritas, utilizando-se tabelas. Os dados ficarão guardados por cinco anos, somente em meio digital, em pendrive, utilizado para este fim específico, e em local escolhido pela pesquisadora. Após este período, os mesmos serão deletados.

4.8 Divulgação dos resultados

Os resultados provenientes deste estudo serão divulgados, mediante a elaboração de artigo científico, que será apresentado, juntamente com o relatório para a conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Também, por meio de eventos científicos e apresentação ao núcleo de pesquisa em saúde rural e sustentabilidade da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Os dados serão devolvidos à comunidade, por meio de conversa realizada com o grupo de mulheres agricultoras, onde os resultados da pesquisa serão apresentados e discutidos.

5. Cronograma

O quadro a seguir descreve o planejamento das ações durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.

Quadro 1 - Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Atividades desenvolvidas	2012		2013	
	1º semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre
Definição do tema	X			
Revisão de literatura	X	X	X	X
Definição da metodologia e instrumentos de coleta de dados		X		
Elaboração do projeto de pesquisa		X	X	
Qualificação do projeto			X	
Coleta de dados			X	
Digitação e análise dos dados			X	X
Apresentação da dissertação/artigo				X

6. Recursos do projeto

6.1 Recursos Humanos

- Revisor de Português;
- Tradutor (Inglês);
- Tradutor (Espanhol).

6.2 Recursos Materiais

Quadro 2 - Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto

Material	Quantidade	Custo Unitário (R\$)	Custo total (R\$)
Folhas de ofício. Pacote de papel A4 com 500 folhas	04	16,00	64,00
Lápis preto	06	1,00	6,00
Caneta esferográfica azul	06	2,00	12,00
Borracha	03	0,80	2,40
Cartucho toner para impressora	05	25,00	125,00
Encadernação	20	5,00	100,00
Gravador de voz digital	02	100,00	200,00
Câmera fotográfica digital	01	1000,00	1000,00
GPS de navegação modelo GarmimEtrex Vista	02	150,00	300,00

Despesas com deslocamento – gasolina	500 litros	3,00	1500,00
Despesas com alimentação	06 refeições	15,00	90,00
Notebook	01	2000,00	2000,00
Pen Drive 16gb	01	30,00	30,00
Revisão de resumo em português	01	50,00	50,00
Tradução de resumo para espanhol	01	50,00	50,00
Tradução de resumo para inglês	01	50,00	50,00
Revisão de texto em português	01	200,00	200,00
Prancheta para anotações	02	10,00	20,00
Bloco de notas	02	3,00	6,00
CD gravável	06	1,00	6,00
Prensa de madeira	01	30,00	30,00
Despesa com publicação de artigo científico em periódico A2	01	800,00	800,00
Total de despesas			R\$ 6741,40*

(*) Custeado pela autora e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em parceria com a Embrapa Clima Temperado.

Referências

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A.; CABRAL, I. E.; FILHO, A. J. A. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.3, p.316-323, 2006.

ARNOUS, A. H.; SANTOS, A. S.; BEINNER, R. P. C. Plantas medicinais de uso caseiro – conhecimento popular interesse por cultivo comunitário. **Revista Espaço para a Saúde**, v.6, n.2, p.1-6, 2005.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F. Agroecologia e promoção da saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.31, n.4, p.290-295, 2012.

BADKE, M. R.; BUDÓ, M.L.D.; SILVA, F.M.; RESSEL, L.B. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.15, n.1, p.132-139, 2011.

BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; BRASIL, V. V.; BEZERRA, A. L. Q. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.12, p.38-43, 2004.

BOEHS, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. 2001, 261f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BOEHS, A.E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A.M.; HEIDEMANN, I.B.S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.2, p.307-314, 2007.

BOFF, L. **O cuidado essencial**: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, v. 1, n.1, 2005. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>>. Acesso em: 20 mar 2013.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – Compaixão pela terra. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2001.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOSI, A. **Cultura brasileira e culturas brasileiras**. In: Bosi A. *Dialética da colonização*. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1992. p. 308-45.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 196/96** sobre: pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. **Portaria 2.607 de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de saneamento rural**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/12** – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 52p.

BUDÓ M.L.D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. 2000. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BUDÓ, M.L.D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.2, p.177-185, 2005.

CARREIRA, L.; ALVIM, N.A.T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, v.24, n.3, p.791-801, 2002.

CEOLIN, T.; HECK, R.M.; BARBIERI, R.L.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R.M.; PILLON C.N. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.1, p.47-54, 2011.

CHALITA, M.A.N. Desenvolvimento rural, agricultura e natureza: novas questões de pesquisa. **Agricultura São Paulo**, v.52, n.1, p.97-113, 2005.

COLLIÈRE, M.F. Invisible care and invisible women as health care-providers. **International Journal of Nursing Studies**, v.23, n.2, p.95-112, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) [homepage na Internet]. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158> >. Acesso em: 13 ago. 2012.

CUNHA, R.B.; PEREIRA, L.S.; GONÇALVES, A.S.R.; SANTOS, E.K.A.; RADUNZ, V.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.18, n.1, p.170-176, 2009.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. 3p.

DELGADO, J. El cuidado cotidiano y la salud de la familia. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 1, p.21-25, 2001.

DONAHUE, M.P. **Nursing – The Finest Art**. 3. ed. Maryland Heights (EUA): Mosby Elsevier, 2011.

FERNANDES, G.C.M.; BOEHS, A.E. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.20, n.4, p.803-811, 2011.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. **A importância da família**. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org). Família brasileira, a base de tudo. 5. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF UNICEF, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GEERTZ, C. **“Ethos, Visão de mundo, e a análise de símbolos sagrados”**. In, A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. 323p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRARDON-PERLINI, N.M.O. **Cuidando para manter o mundo da família amparado**: a experiência da família rural frente ao câncer. 2009. 217f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

GOODMAN, L. A. Snowball Sampling. **Annals of Mathematical Statistics**. ISECETSIAM, Universidad de Córdoba, Espana, v.32, n.1, p.148-170, 1999.

HECK, R.M. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães**: um estudo interdisciplinar para a enfermagem. 2000. 305f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 408p.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Mapa dos Biomas do Brasil**. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/21052004biomas.shtml>>. Acesso em: 1 ago. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades [homepage na internet]. Censo de 2010**. Disponível em:<<http://am.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

JACOBY, C.; COLTRO, E. M.; SLOMA, D. C.; MÜLLER, J.; DIAS, L. A.; LUFT, M.; BERUSKI, P. Plantas medicinais utilizadas pela comunidade rural de Guamirim, Município de Irati, PR. **Revista Ciências Exatas e Naturais**, v.4, n.1, p.79-89, 2002.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v.43, n.1, p.29-44, 2005.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the Borderland Between anthropology, medicine and psychiatry.** California: Regents; 1980, p.427.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência:** a construção da doença e seu desafio para prática médica. Palestra oferecida na Conferência 30 anos de Xingu, Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1995. Disponível em: < http://am.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.Htm>. Acesso em: 28 set. 2012.

LANGDON, E.J. **A doença como experiência:** a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Antropologia em primeira mão. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da UFSC. Florianópolis, 1996.

LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.18, n.3, p.173-181, 2010.

LANGDON , E.J. **Medicina tradicional:** reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. Etnobiologia e Saúde de Povos Indígenas, p.1-16, 2011.

LÉVI-STRAUSS, C. **A Família.** In: SHAPIRO, H. L. (Org.). Homem e cultura e sociedade. Brasil-Portugal: Editora Fundo de Cultura, 1966. p. 309-32.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social:** razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 151p.

MANFRINI, G.C.; BOEHS, A.E. Cuidando de famílias rurais na perspectiva do desenvolvimento da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.4, n.3, p.213-223, 2005.

MARTINS-DA-SILVA, R. C. V. **Identificação de espécimes botânicos.** 31p. Disponível em: <http://www.joinville.udesc.br/sbs/professores/arlindo/materiais/identifica__odeesp_ci_mesbot_nicos.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2013.

MEDEIROS, M. F. T; FONSECA, V. S.; ANDREATA, R. H. P. Plantas medicinais e seus usos pelos sitiantes da Reserva Rio das Pedras, Mangaratiba, RJ, Brasil. **Acta botânica brasileira**, v.18, n.2, p.391-399, 2004.

MELLEIRO, M.M.; GUALDA, D.M.R. A abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n.1, p.82-88, 2006.

MENÉNDEZ, E.L. **Poder, estratificación y salud:** análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. México: Ediciones de la Casa Chata, 1981.

MENÉNDEZ, E. L. La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?”. **Alteridades**, v. 4, n. 7, p.71-83, 1994a.

MENÉNDEZ, E.S. Práticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. **Publicar**, v.3, n. 4, p.7-32, 1994b.

MENENDEZ, 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. 407p.

MOURA, M.A.V.; CHAMILCO, R.A.S.I.; SILVA, L.R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.9, n.3, p.434-440, 2005.

NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J.F.Q. **Antropologia para enfermagem**. São Paulo: Ed. Manole, 2009. 144p.

NITSCHKE, R.G. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.6, supl.1, p.24-26, 2007.

OLIVEIRA, F.C.S.; BARROS, R.F.M.; MOITA-NETO, J.M. Plantas medicinais utilizadas em comunidades rurais de Oeiras, semiárido piauiense. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.12, n.3, p.282-301, 2010.

OLIVEIRA, M.W.; MORAES, J.V. Práticas populares de saúde e a saúde da mulher. **Revista APS**, v. 13, n. 4, p. 412-420, 2010.

OLIVEIRA, R.C. **O trabalho do Antropólogo**. 2ª ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp, 2006. 220p.

PASA, M. C.; SOARES, J. J.; NETO, G. G. Estudo etnobotânico na comunidade de Conceição-Açu (alto da bacia do rio Aricá Açu, MT, Brasil). **Acta botânica brasileira**, v.19, n.2, p.195-207, 2005.

PINHEIRO, R. **Cuidado em Saúde**. In: PEREIRA, I.B. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

PINTO, E. P. P.; AMOROZO, M. C. M.; FURLAN, A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica – Itacaré, BA, Brasil. **Acta botânica brasílica**, v.20, n.4, p.751-762, 2006.

POLIT D.; HUNGLER B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIROZ, D.T.; VALL, J.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.2, p.276-283, 2007.

RODRIGUES, A. C. C.; GUEDES, M. L. S. Utilização de plantas medicinais no Povoado Sapucaia, Cruz das Almas – Bahia. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.8, n.2, p.1-7, 2006.

RODRIGUES, J.C.S. Estudo etnobotânico das plantas aromáticas e medicinais. In: FIGUEIREDO, A.C.; BARROSO, J.G.; PEDRO, L.G. **Potencialidades e aplicações das plantas aromáticas e medicinais**. Curso Teórico-prático. 3ª ed. Lisboa: Edição da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, 2007. p.168-174.

ROSA, L.M.; SILVA, A.M.F.; PEREIRA, R.S.M.R.; SANTOS, S.M.A.; MEIRELLES, B.H.S. Família, cultura e práticas de saúde: um estudo bibliométrico. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.17, n.4, p.516-520, 2009.

SALAMONI, G.; ACEVEDO, H. S. L. C.; ESTRELA, L. C. **Valores culturais da família de origem pomerana no Rio Grande do Sul**: Pelotas e São Lourenço do Sul. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 1996. 76p.

SANT'ANNA, C. F.; CEZAR-VAZ, M. R.; CARDOSO, L. S.; ERDMANN, A. L.; SOARES, J.F.S. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.1, p.92-99, 2010.

SANTOS, J. F. L.; AMOROZO, M. C. M; MING, L. C. Uso popular de plantas medicinais na comunidade rural da Vargem Grande, município de Natividade da Serra, SP. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.10, n.3, p.67-81, 2008.

SANTOS, M. J.; VIANNA, L. A. C.; GAMBIA, M. A. Avaliação da eficácia da pomada de própolis em portadores de feridas crônicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 199-204, 2007.

SCHWARTZ, E. **O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil**: uma perspectiva ecológica. 2002. 220f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; MEINCKE, S.M.K.; HECK, R.M.; KANTORSKI, L.P.; GALLO, C.M.C. Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8 (suplem.), p. 117-124, 2009.

SILVA JUNIOR, A.G.; ALVES, C.A. **Modelos Assistenciais em Saúde**: desafios e perspectivas. 2012. 7p. Disponível em: < <http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/rismaterialdidatico63.pdf> >. Acesso em: 20 dez. 2012.

- SILVA, D.P. **Acessibilidade e acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das equipes de saúde da família do município de Pintópolis – MG: uma proposta de intervenção.** (Monografia). 2011. 47f. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais.
- SILVA, G. **Negociações em Pauta:** Práticas de Auto-atenção, Conhecimento e Poder no Contexto Atikum. In: IV Encontro Nacional da Anppas 4,5 e 6 de junho de 2008. Brasília – DF – Brasil. 21p. Disponível em <http://www.anppas.org.br/encontro4/cd/ARQUIVOS/GT14-761-440-20080430091034.pdf>. Acesso em: 2012 ago. 21.
- SILVA, M.D.; DREVECK, S.; ZENI, A.L.B. Estudo etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pela população rural no entorno do Parque Nacional da Serra do Itajaí – Indaial. **Revista Saúde e Ambiente**, v.10, n.2, p.54-64, 2009.
- TEIXEIRA, E. R.; NOGUEIRA, J. F. O uso popular das ervas terapêuticas no cuidado com o corpo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.26, n.2, p.231-241, 2005.
- TEIXEIRA, R.C. Zona Rural de Pelotas: Desenvolvimento para o Turismo. **Caderno Virtual de Turismo**, v.4, n.3, p.1-13, 2004.
- TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1732-1742, 2009.
- TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.914-920, 2008.
- TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.195-206, 2008.
- THE FREE DICTIONARY. **Transcultural**. Disponível em: < <http://www.thefreedictionary.com/Transcultural+nursing> >. Acesso em: 2012 nov. 29.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2490-2502, 2007.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.
- VAGHETTI, H.H.; PADILHA, M.I.C.S.; CARRARO, T.E.; PIRES, D.E.P.; SANTOS, V.E.P. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **Revista da Escola de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.2, p.267-275, 2007.
- VALE, N. B. A farmacobotânica, ainda tem lugar na moderna anestesiologia? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 52, n. 3, p. 368-380, 2002.

VOLICH, R. M. O cuidar e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. **O Mundo da Saúde**, v. 24, n. 4, p.237-245, 2000.

WOORTMANN, E. F. **Herdeiros, parentes e compadres**. São Paulo, Brasília: HUCITEC, 1995.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: Um Guia Para Avaliação e Intervenção na Família**. São Paulo. 4ª ed.: Roca, 2009.

WÜNSCH, S. **Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem**. 2011. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria.

ZILMER, J. C. V.; SCHWARTZ, E.; CEOLIN, T.; HECK, R. M. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.3, n.3, p.319-324, 2009.

ZILMER, J.G.V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R.M. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.46, n.6, p.1371-1378, 2012.

Apêndices

Apêndice A

Instrumento para a coleta de dados – entrevista semiestruturada

	<p>Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária</p>	
<p>Autoatenção e uso de plantas medicinais: perspectivas do cuidado de enfermagem rural</p>		
<p>Entrevista qualitativa etnobotânica para os participantes da pesquisa</p>		
<p>Esta entrevista será mantida em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo das plantas medicinais e autoatenção em saúde.</p>		
<p>Nome pelo qual é conhecido na comunidade:</p>		
<p>Comunidade/Localidade:</p>		
<p>Lat: _____ Long.: _____</p>		
<p>Idade:</p>		
<p>Descendência:</p>		
<p>Religião:</p>		
<p>Principais atividades que realiza:</p>		
<p>Data da entrevista:</p>		
<p>Entrevistador:</p>		
<p>Questões gerais e de reconhecimento do contexto dos informantes</p>		
<p>Comente como é o cuidado em saúde aqui na sua família? Quem realiza o cuidado?</p>		
<p>Questões acerca da trajetória da autoatenção</p>		
<p>No último ano, quais foram os problemas de saúde que você ou sua família teve? (Se não teve no último ano, relatar quando teve).</p>		
<p>1º problema _____</p>		
<p>Qual a decisão que você tomou? (Quais os cuidados realizados? Alimentação? Usou chás, plantas? Usou remédios da farmácia? Consulta médica? Reza?).</p>		
<p>2º problema _____</p>		
<p>Qual a decisão que você tomou?</p>		
<p>Questões sobre as plantas medicinais utilizadas</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. O/a senhor(a) tem conhecimento de alguma planta para o cuidado à saúde? Quais plantas você utiliza e recomenda. 2. Com quem você aprendeu sobre as plantas medicinais? 3. Qual o papel das plantas medicinais em sua família? (cuidado – remédio – promover saúde – cura) 		

Questões acerca do sistema de saúde

4. Quais os locais onde procuram ajuda quando estão doentes ou em sofrimento?

Questões para complementar o genograma e ecomapa

5. Quais pessoas fazem parte desta família?

6. Assinale no genograma as pessoas que realizam o cuidado em saúde neste grupo familiar.

7. Em que espaços (comunidade, vizinhos, posto de saúde) lhe é proporcionado alguma informação sobre os cuidados à saúde? Comente

Anexos

Anexo A**Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N ° 096/2012
Dr^a. Rita Maria Heck

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

Após a análise do seu projeto por este comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, conforme Parecer n° 076/2012, informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **“Autoatenção e uso de plantas medicinais no bioma pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural”** foi **APROVADO**.

Protocolo interno N ° 043/2012

Pelotas, 04/12/2012


Prof.ª Dr.ª Marliu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPe
COREN-RS 21885

Anexo B

Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: *Autoatenção e uso de plantas medicinais no bioma pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural*

Coordenadora: Dra. Rita Maria Heck (fone: 53-39211523; e-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br).

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo de investigar a autoatenção e uso das plantas medicinais no bioma pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural e gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- do uso do gravador durante as entrevistas
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado.
- do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término do trabalho;
- da publicação do trabalho.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa sobre autoatenção e uso das plantas medicinais no bioma pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem, respondendo a: entrevista, que consiste de perguntas a respeito das plantas utilizadas, indicações. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Ciente, concordo em participar desta pesquisa.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do(s) participante(s) da pesquisa: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Anexo C

Carta de autorização da coordenadora do projeto para a utilização dos dados

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Projeto: Autoatenção e uso de plantas medicinais no Bioma Pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural.

Pelotas, 26 de Março de 2013

Declaro para os devidos fins que **Manuelle Arias Piriz**, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, participa ativamente de todas as etapas do projeto intitulado: Autoatenção e uso de plantas medicinais no Bioma Pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural, sob minha coordenação. Assim sendo, está autorizada a utilizar parte dos dados que serão coletados para a elaboração de sua dissertação, intitulada: ***Autoatenção: interfaces de cuidado por famílias rurais da região sul***, sob minha orientação. Ressalto que este trabalho de dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação dos resultados em parceria com a coordenadora do referido projeto.

Prof^ª. Dr^ª. Rita Maria Heck

Coordenadora geral da pesquisa: Autoatenção e uso de plantas medicinais no Bioma Pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural.

7 Relatório do Trabalho de Campo

O presente relatório busca caracterizar os passos percorridos na fase de coleta de dados deste subprojeto, o qual foi aprovado no exame de qualificação no dia 28 de março de 2013, e faz parte do projeto intitulado “*Autoatenção e uso de plantas medicinais no bioma pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural*”. Desta forma, é um dos requisitos para a conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

O estudo foi realizado em uma comunidade rural, que é um dos distritos do município de Pelotas, localizado a 50 km da zona urbana. Os dados foram coletados pela pesquisadora, entre os meses de maio e julho de 2013, por meio de visitas realizadas às residências das famílias e também com a participação em um grupo de mulheres, o que ocorre periodicamente na comunidade. O deslocamento até o local de pesquisa foi realizado com veículo particular da pesquisadora, e a coleta de dados contou com o auxílio de bolsistas do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas”.

O início da coleta de dados foi a partir da Feira da Associação Regional de Produtores Agroecologistas da Região Sul (Arpasul), sendo que, em uma visita realizada à feira, identificou-se o local de pesquisa. A primeira visita ocorreu no dia 27 de maio de 2013, com a participação no grupo de mulheres Esperança. A última visita à localidade ocorreu no dia 22 de julho de 2013, também com a participação no grupo.

Neste período de tempo, foram realizados encontros com quatro famílias de agricultoras selecionadas por meio da participação no grupo de mulheres, sendo que cada informante indicou a outra. Desta forma, foram realizadas quatro visitas às residências das informantes, ou seja, um encontro com cada família e três visitas para participação no grupo de mulheres, totalizando sete encontros. As visitas

tinham duração média de quatro horas e eram agendadas previamente por contato telefônico.

Ao chegar à residência, a pesquisadora inicialmente realizou uma conversa com as famílias e demais senhoras participantes, explicando o estudo. Logo após, realizou a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e procedeu à entrevista semiestruturada gravada, finalizando esta com a construção do genograma e ecomapa da família.

Ao fim das entrevistas, realizou-se uma visita à horta de plantas medicinais das famílias, aos pomares, quintais e ao redor das residências para registrar e fotografar as plantas medicinais utilizadas. Em todos os momentos, a observação foi realizada, e esta permitiu a identificação dos principais pontos deste relatório. Para fins de identificação, algumas plantas foram coletadas com a autorização da família e, então, colocadas em jornal e prensadas, confeccionando-se assim, algumas exsicatas.

A região escolhida para esta pesquisa foi a zona rural de Pelotas, no extremo sul do Rio Grande do Sul. O município atualmente possui 1.610,084 km² de extensão e divide-se em nove regiões administrativas, chamadas de distritos, sendo eles: Sede (no qual está situada a cidade); Z3; Cerrito Alegre; Triunfo; Cascata; Santa Silvana; Quilombo; Rincão da Cruz e Monte Bonito (situados na zona rural). Os nomes dos distritos citados têm origem das antigas e importantes colônias que se destacam no interior do município (BETEMPS; VIEIRA, 2008; IBGE, 2010).

A zona rural do município formou-se por meio da colonização de estrangeiros como os povos germânicos, seguidos dos italianos, portugueses, espanhóis e franceses, sendo que, desde o ano de 1812, existem registros destes primeiros imigrantes. Porém, é com a instalação da cidade de Pelotas, em 1845, que as riquezas e as modernidades trazidas pelo charque⁸ passaram a atrair mais os imigrantes (BETEMPS; VIEIRA, 2008). Quanto à parte agrícola, a zona rural do município caracteriza-se pela produção de pêssego e arroz, alastrando-se para a área de produção de fumo e pela pecuária (IBGE, 2010).

O distrito escolhido para esta pesquisa localiza-se na região de colônia, no município de Pelotas, sendo um lugar bastante representativo do assentamento de

⁸Charque: Carne salgada e enxugada ao sol, em mantas; o mesmo que carne do ceará, ceará, carne de sol, carne do sul, carne-seca, carne-velha (MICHAELIS, 2013).

imigrantes italianos da região Sul do Rio Grande do Sul. Os habitantes desta localidade, após algumas transformações econômico-produtivas, impostas pela economia global, ao fim do século XX, foram impulsionados a buscarem outras formas de renda como o turismo rural, venda de produtos agroecológicos e artesanais, para a manutenção das famílias no campo (PANIS, 2009).

O distrito em questão, segundo Panis (2008), produziu historicamente uma paisagem social repleta de intervenções culturais, que podem ser vistas ainda nos dias de hoje, seja nas técnicas, costumes, crenças ou arquitetura da vida cotidiana das famílias. Esse legado foi construído através das gerações, e resiste à transformação do tempo, merecendo ser transmitido às gerações futuras.

Desta forma, por meio da observação realizada durante as visitas à comunidade, foi possível identificar o contexto sociocultural vivenciado pelas famílias do estudo, o qual é caracterizado a seguir. A figura 4 nos mostra a representação das casas de cada família visitada.



Figura 4. Representação geográfica da localização das famílias do estudo na zona rural do município de Pelotas, RS, Brasil. Fonte: Google Earth (disponível na internet).

Com isso, saindo do meio urbano e deslocando-se ao interior, percorre-se uma distância de, aproximadamente, 50 quilômetros. Ao longo da estrada, observa-se que as residências ficam próximas umas das outras, cerca de um quilômetro, não havendo grandes faixas de terra desabitadas, sendo que as demarcações territoriais são feitas com cercas de alambrado. As casas, em sua maioria, são de alvenaria, possuem um tamanho médio com, aproximadamente, seis peças, possuindo também árvores frutíferas como laranjeiras, bergamoteiras e pessegueiros. As

hortas estão presentes em quase todas as casas, estas sempre cercadas e muito bem cuidadas, contendo hortaliças, alface, cenoura, beterraba, mostarda, temperos e diversas plantas medicinais.

Nos terrenos das casas, é comum avistar animais de estimação, como cachorros, gatos e a criação de galinhas, que andam soltos pelos quintais. A vegetação principal nesta área é o bioma pampa, caracterizado aqui por grandes elevações de terra e cerros altos, com clima úmido e com predominância de espécies vegetais, como as gramíneas, herbáceas e algumas árvores exóticas (eucaliptos e acácias) (STUMPF; BARBIERI; HEIDEN, 2009).

Conforme observado pela pesquisadora, os agricultores familiares somam a maior parte da população, e possuem descendência italiana, alemã, pomerana, portuguesa e espanhola, formando uma peculiar característica que denominam de brasileiros. A principal atividade agrícola é a produção de fumo e a venda de pêsego para empresas locais, inclusive para uma cooperativa de agricultores e a agricultura de subsistência. Nota-se também, ao longo do trajeto até a localidade, a presença de importantes paisagens naturais e turísticas que agregam renda à comunidade. Este é um dos distritos mais ricos em atrativos naturais, pois é nele que se encontram a Cachoeira do Arco-Íris, a do Gottinari, a do Camelato, a do Imigrante e a Corredeira do Pegoraro, apresentando os mais belos patrimônios naturais situados dentro de propriedades rurais (TEIXEIRA, 2004).

As famílias visitadas possuem sua renda principalmente da produção e venda de pêsego para estas empresas, as quais compram os produtos in natura para elaboração de compotas e doces. Assim, ao percorrer a comunidade, logo se avistam várias plantações de pessegueiros que, nesta época do ano, encontram-se floridos e com poucas folhas. A atividade principal desempenhada pelos agricultores, neste período, é a manutenção dos pomares e poda dos pessegueiros. Além disso, o cuidado às colmeias de abelha também se mostra muito presente, pois várias senhoras comentavam que estavam “melando abelha” (extraíndo o mel e própolis das colmeias).

Além da produção de pêsego, algumas famílias fazem plantio de grãos como milho e feijão. Também plantam batata, abóbora, cenoura, beterraba e hortaliças, mas apenas para consumo próprio. Uma das agricultoras verbalizou que, quando a produção de milho e feijão é muito boa, eles vendem para obter uma renda extra. Esta agricultura familiar praticada encontra-se em um momento de

transição para a não utilização de agrotóxicos na produção, seja do pêssigo ou dos vegetais e hortaliças. Existe uma organização familiar na execução do trabalho, que se dá através da divisão de tarefas por idade e por sexo. A mulher exerce o papel principal de cuidadora, mãe e dona de casa, mas também participa das atividades de plantio, colheita e armazenamento de grãos. Embora auxilie seu marido nas atividades da lavoura, em todas as casas visitadas, esta refere atuar principalmente no cuidado da casa e preparo das refeições. A mulher fica responsável, na maioria dos casos, pela horta da família e pelo cuidado dos animais, como galinhas e porcos.

Uma percepção é que, em todas as visitas realizadas, quem recebia a pesquisadora eram as mulheres da casa, mãe, filha ou avó, e as demais mulheres das outras famílias visitadas, sempre estavam presentes nos encontros. Isto se manteve constante em todas as visitas, de forma que as agricultoras organizavam sua dinâmica naquele dia, para que o homem da casa estivesse fora, trabalhando ou na cidade.

Esta predominância feminina nas entrevistas demonstra o que alguns estudos comprovam (LIMA, 2012; CEOLIN et al., 2011; BADKE et al., 2011), de que a mulher é a responsável pelos cuidados à saúde dos demais membros da família, de forma que, como esta pesquisa investigava os conhecimentos sobre o cuidado em saúde e a utilização de preparações caseiras, as mulheres organizavam-se para responder às entrevistas, sem a participação masculina.

Observou-se também que as casas possuem hortas grandes e cercadas que são mantidas pelas mulheres ou integrantes mais idosos das famílias, com muitas variedades de vegetais e, junto a estes, sempre se encontram plantas medicinais que, segundo as entrevistadas, são plantadas ali, outras crescem por conta própria, e sempre são cuidadas e preservadas. Na fala de uma das agricultoras, percebeu-se a importância dada a estas plantas, sendo que a agricultora afirmou que, quando estão roçando a propriedade, se por acaso avistam alguma planta em meio ao pasto, esta é sempre preservada. Além disso, em todas as residências, encontram-se plantas ornamentais e medicinais cultivadas em potes e vasos, as quais são classificadas como nobres, isto é, importantes no cuidado da saúde, exigindo cuidados especiais e próximas à entrada da casa.

A religião também se mostrou muito presente nas visitas realizadas às propriedades, com predominância da religião católica em três famílias, e apenas

uma família evangélica. As imagens de santos em quadros e esculturas distribuíam-se pelas peças das casas, predominando no ambiente da cozinha, local onde há maior convivência da família. Em todos os momentos, percebeu-se a religião como uma das formas de cuidado, pois as mulheres participam ativamente das atividades da igreja, sejam encontros, grupos de terço, grupos de oração, caminhadas, ações beneficentes, e isto tudo as mantém bem espiritualmente. Outra observação é que a religião é uma prática cotidiana e que acompanha a vida; antes de cada refeição, participamos de uma oração em agradecimento, o que nos aproxima mais uma vez da prática religiosa.

Uma das principais atividades religiosas praticadas por todas as senhoras era o grupo de terço, que ocorria toda segunda-feira à noite, em casas alternadas. Assim, reuniam-se várias mulheres e também os homens e crianças das famílias para rezarem o terço e ler passagens bíblicas, caracterizando-se como uma pequena celebração da palavra, que proporciona interação social e familiar.

No que diz respeito à alimentação, as famílias referem-se à importância de produzir os próprios alimentos, enfatizando a necessidade de uma agricultura familiar agroecológica, sem nenhum tipo de agrotóxico, o que contribui efetivamente para a manutenção da saúde das famílias rurais visitadas. Além disso, os hábitos alimentares observados mostram-se intercalados, os pratos mais festivos possuem carne (suína ou bovina), saladas de alface e tomate, repolho, arroz, galinhadas e sucos naturais de limão e laranja. Já a alimentação cotidiana é realizada com arroz, feijão, sopas de legumes, macarrão, mandioca, couve e batata principalmente. Os cafés da tarde contam com uma variedade de alimentos, como cucas⁹, salame caseiro, geleias de morango, pêssego, abóbora e chuchu, bolachas variadas, pastéis fritos e bolos caseiros.

Desta forma, a alimentação realizada mostra-se muito característica da influência cultural italiana e alemã, que as famílias possuem, além de já existirem hábitos influenciados pela interação entre as diferentes etnias. Neste mesmo contexto, a partilha do alimento também demonstra uma das formas de cuidado observadas, pois em todos os encontros, antes de ir embora, todos que participaram

⁹ Cuca é o nome pelo qual se identifica o alimento doce, parecido com um bolo e feito com farinha de trigo combinando uma massa fina, frutas e farofa crocante. Este alimento é bastante característico das culturas alemã e italiana.

da visita deveriam tomar o café da tarde, sendo que a mesa era composta por vários pratos compartilhados pelas participantes.

Em outra perspectiva, a comunidade rural visitada passa por momentos de transição de um rural tradicional para um rural moderno, aberto às tecnologias de uma vida mais cômoda. Assim, todas as casas visitadas possuem rádio e mais de uma televisão, sendo que observamos, em uma das casas, que havia televisão na sala, no quarto do casal e na cozinha. Em outra residência, a filha fazia uso de internet via rádio em seu notebook. Outra percepção, é a presença de celulares e telefone residencial em todas as casas, pelos quais as senhoras comunicam-se a todo o momento. Também existem micro-ondas e fornos elétricos. Uma observação realizada pela pesquisadora é que o pão caseiro, sempre presente nos cafés da tarde em todas as casas, é feito, na maioria das vezes, em máquinas panificadoras elétricas.

Outra observação é o acesso à comunidade, que outrora difícil, hoje conta com linhas de ônibus que percorrem todo o trajeto até o final desta localidade, em horários acessíveis e mais de uma vez ao dia. Porém, apesar da facilidade do transporte coletivo, as estradas mostram-se ainda mal conservadas, com muitos desníveis, o que dificulta o acesso com veículos menores. Uma das alternativas dos moradores locais é a utilização de motocicletas.

Todas as entrevistadas são participantes de um grupo de mulheres que se reúne no local, há vários anos e, desta forma, toda a dinâmica destas na comunidade tem relação com a participação neste grupo. Assim, para que fosse possível compreender este contexto vivido pelas agricultoras, julgou-se necessária uma inserção no grupo de mulheres, com a participação mensal da pesquisadora durante três meses.

O GRUPO DE MULHERES ESPERANÇA

O primeiro contato com as famílias do estudo foi a partir do Grupo de Mulheres Esperança, indicado por meio da Feira Agroecológica de Pelotas. Este grupo de agricultoras começou em 1988, após participarem de uma atividade de capacitação que abordava o cuidado com plantas medicinais, desenvolvida por religiosas da igreja católica de Pelotas.

Segundo a coordenadora do grupo, este é antigo e já acontece há mais de 20 anos. Começou com visitas entre algumas mulheres, que depois passaram a se

encontrar e decidiram se unir em prol da luta pelos direitos sociais da classe feminina. Começaram a se reunir, participar de movimentos (Movimento das Mulheres Camponesas). E então se firmou o grupo com uma gestão de reuniões mensais, firmando independência e autonomia.

Assim, uma vez a cada mês, 15 mulheres se reúnem para atividades de artesanato, fazer pomadas, tinturas, sabonetes, tricô, crochê, desinfetantes, conversar sobre saúde e fazer exercícios físicos. E, ao fim de cada encontro, é lida a ata daquele dia, elaborada pela “tesoureira” do grupo, que também cuida da parte financeira.

O grupo possui algumas atividades que realiza para arrecadar fundos, como rifas, bingos, a venda dos produtos que fazem na feira ecológica, entre outros, tudo controlado e organizado pela tesoureira e registrado no livro de atas. Conforme relatado, este dinheiro será utilizado para atividades recreativas destas mulheres, como passeios, almoços ou para a compra do material necessário às próximas atividades.

Para chegar até o local onde se reúne o grupo, percorre-se uma distância de mais ou menos 27 km de asfalto e, então, mais 23 km de estrada não pavimentada, com muitos desníveis, até a chegada à comunidade. Na metade do caminho, a Unidade de Saúde da Família, referência para esta comunidade, está à beira da estrada, com paredes brancas e verdes desbotadas e algumas construções à volta e, segundo as senhoras do grupo, o serviço não dispõe de médicos há vários meses.

Chegando ao destino, avista-se a Comunidade Nossa Senhora de Lourdes, cujo salão é utilizado para as atividades do grupo de mulheres. Como percepção do ambiente, observa-se um local muito limpo e organizado, com a grama ao redor aparada, sem resíduos e materiais descartados pelo chão, e por dentro sem poeira ou sujidades no piso. O prédio onde se realiza o grupo é amarelo e possui uma torre de igreja alta no centro; ao lado esquerdo, uma escola e, ao lado direito, uma propriedade com pavões, galinhas, um porco e árvores frutíferas (bergamoteiras e laranjeiras).

No salão, observa-se uma estrutura de alvenaria, com paredes de cor amarela por dentro e, por fora, com piso cerâmico na cor marrom, com uma grande porta de metal no centro e algumas janelas de persianas. Ao fundo, uma cozinha equipada com fogão, mesa, geladeira, prateleiras forradas com tecido TNT azul, pia

e armário, onde alguns senhores, que fazem o transporte escolar das crianças, preparam suas refeições e jogam cartas à tarde, enquanto aguardam para levar as crianças de volta.

O teto é feito de armação de madeiras e telhas aparentes, sem forro, e logo à esquerda de quem entra, existe uma grande mesa de madeira, com bancos compridos, onde as senhoras sentam-se para atividades. Por ocasião da reunião, percebemos que o ambiente se transforma: a mesa é forrada com uma toalha colorida, com frutas desenhadas, é colocado um vaso no centro, com flores naturais que trazem dos seus jardins, mostrando a vivacidade daquele grupo de senhoras. No segundo andar, existe uma grande churrasqueira comprida para festas e eventos e outra pequena cozinha, com despensa e um pequeno depósito, com preparados de plantas medicinais, e também o lugar onde as mulheres preparam os alimentos do grupo.

A primeira visita ao grupo foi realizada no final do mês de maio, em uma segunda-feira, durante todo o dia, e tinha por finalidade conhecer o funcionamento deste, suas participantes e realizar a seleção das famílias que participariam do estudo. Desta forma, chegando ao salão, uma das senhoras varria o chão no segundo andar, outra limpava o banheiro com o desinfetante que elas mesmas produziam, a outra arrumava a mesa do salão e, assim, a pesquisadora foi se apresentando e introduzindo-se na atividade.

Prosseguindo a atividade, sentou-se ao redor da mesa e realizou-se o primeiro momento, que foi uma conversa sobre as pomadas, elixires e xaropes confeccionados pelo grupo. A coordenadora mostrou um livro, que todas possuem, chamado “Plantando Saúde pelos caminhos do Rio Grande do Sul”, organizado pelo Movimento de Mulheres Camponesas (MMC). Ele continha vários textos sobre saúde, medicina popular, plantas medicinais, e as formas de preparar seus compostos. Ao final do livro, a seguinte descrição que a coordenadora do grupo exhibe:

Hino das Bruxinhas

É nas matas e nas florestas

Que a bruxinha encontra

A erva para curar

É o amor quem revela a arte

De usar a erva e a transformar

É em grupo, com as companheiras
Que a bruxinha aprende
O jeito de curar

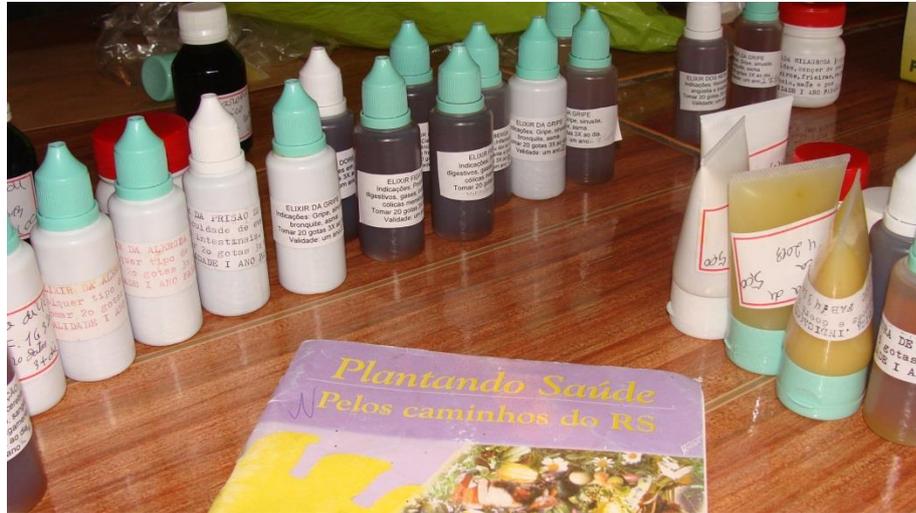


Foto tirada pela pesquisadora em uma das participações no grupo. Fonte: Registros fotográficos do diário de campo – 24 de julho de 2013.

O grupo produz algumas pomadas que são comercializadas na feira Agroecológica e trazem retorno financeiro para suas atividades, as quais estão descritas no quadro a seguir.

Quadro 3 - Descrição das pomadas confeccionadas pelo grupo de mulheres agricultoras. Pelotas, RS, 2013.

Pomada	Indicações	Ingredientes
Pomada Pele	Antibacteriana e creme vaginal.	Feita com vaselina, cera de abelha e as planta Macaé e Fedegoso.
Pomada Alergia	Para qualquer tipo de alergias.	Feita com vaselina líquida, cera de abelha e flores de calêndula.
Pomada de Arnica	Para contusões, batidas, e dores.	Feita com vaselina líquida, cera de abelha e tintura de Arnica.
Pomada Milagrosa	Possui várias indicações, feridas; câncer de pele; frieiras e rachaduras.	Feita com vaselina, Breu, cera de abelha, bálsamo alemão, confrei e sabugueiro.
Pomada Calminex	Para dores musculares, batidas, massagens, para relaxar, torceduras.	Feita com vaselina líquida, cânfora em pó, tintura de própolis.

As mulheres também preparam alguns elixires, como o elixir dos “nervos”; da bexiga; menopausa; da mulher; digestivo; elixir das dores e figatil; no estudo de

Lima (2012), encontra-se descrita a composição destes elixires. Também produzem um preparado de ervas na forma de xarope, denominada de “Xarope de Angico”. Segundo elas, as pomadas que fazem são muito boas e funcionam. Em determinado momento, enquanto a coordenadora do grupo mostrava as pomadas para a pesquisadora, uma das senhoras referiu estar sentindo uma alergia no pescoço nos últimos dias, apresentando vermelhidão e coceira. Logo, a coordenadora do grupo lhe entregou um dos potes de pomada e mandou passar no local, dizendo que, com a pomada, a alergia iria desaparecer. Esta relação de cuidado e troca de conhecimentos ficou muito evidente em diversos momentos nas visitas.

Na continuidade da reunião, as senhoras organizaram para fazer um dos tipos de pomada, abriram o livro com a receita e distribuíram tarefas: conferir a lista de ingredientes, reuni-los, lavar os potes, dissolver os ingredientes sólidos e envasar a pomada. Enquanto isso, outras duas mulheres preparavam o almoço no andar superior.

Na sequência desta atividade, teve um momento de conversa descontraída, acompanhada do chimarrão, bebida típica do estado do RS, feita com água quente e erva mate. A coordenadora explicou que o grupo foi uma forma de as mulheres despertarem e começarem a melhor gerenciar suas vidas, além de uma forma de cuidar da saúde e do bem-estar psicológico.

O almoço teve como cardápio galinhada (galinha com arroz e temperos), saladas de alface, repolho e tomate e suco de limão. Após a refeição, desceu-se novamente para o salão, e então começaram as atividades de tricô e crochê, sendo que as mais experientes ensinavam quem não sabia fazer e, quem ia aprendendo, seguia realizando a tarefa, devendo terminá-la em casa e trazer no próximo encontro, no final do mês de junho.

Durante este período, começou-se a seleção dos informantes para esta pesquisa, com a metodologia de indicação de informantes; então, a partir da primeira informante, chegou-se à segunda e, assim, prosseguiu-se, até obter quatro famílias selecionadas. Se houvesse necessidade, mais famílias seriam indicadas posteriormente.

Após a conversa com as mulheres indicadas, combinou-se o primeiro encontro para coleta de dados e foram marcadas as datas e horários. Em seguida, os objetivos do projeto foram apresentados às senhoras e também a metodologia a

ser empregada. Contou-se um pouco sobre as experiências do grupo de pesquisa e laboratório de cuidado em saúde e plantas bioativas.

Para finalizar, foi marcado o próximo encontro e todas subiram para tomar o café da tarde, sendo que cada um que participa leva um prato para compartilhar, como café, chá de maçã, bolos, cucas, suflê de legumes, salgadinhos, pizza, entre outros e, antes da comida, sempre é realizada a reza em agradecimento.

Com esta primeira atividade, foi possível entrar em contato com os aspectos sociodemográficos da localidade, e conhecer um pouco de suas características e influência cultural. Além deste contato, a pesquisadora participou de mais dois grupos, realizados um no dia 24 de junho e, o outro, em 22 de julho do ano de 2013.

No segundo grupo observado, a dinâmica foi semelhante, porém a atividade ocorreu à tarde. Neste dia, a pesquisadora realizou uma conversa com as senhoras sobre saúde da mulher, abordando assuntos sobre a mulher rural, ciclo de vida, sintomas do climatério e menopausa, importância da realização de exames preventivos e alimentação saudável e, para isso, utilizou-se de equipamento audiovisual, como notebook e projetor multimídia, realizando uma conversa de, aproximadamente, uma hora. Além disso, realizaram-se as habituais atividades de artesanato, tricô e crochê, além do sorteio da rifa e o tradicional chá da tarde. Nesta ocasião, a aproximação com a comunidade já estava presente, pois a pesquisadora começou a sentir-se parte do grupo e, assim, a dinâmica apresentou-se muito real, ou seja, o ambiente já não parecia mais estranho à pesquisadora, e assim, as mulheres começaram a conversar mais, expressar seus sentimentos, expor mais as suas ideias, o que tornava os encontros mais produtivos.

Já o terceiro encontro, também realizado à tarde, em uma tarde muito fria, tinha como atividades a produção e envasamento de xarope de angico e do extrato de própolis, além das atividades de tricô e crochê. Nesta tarde, estava muito frio na localidade, a temperatura era de aproximadamente 7°C; mesmo assim, a maioria das mulheres compareceu, pois para elas o grupo é um compromisso que precisa ser cumprido.

Neste dia, uma das participantes comentou que trouxe de casa algumas plantas que, no dia da visita, não se lembrou de mostrar, e também contou que esteve com labirintite, sentia-se mal, com tonturas e quase não conseguia fazer nada. O marido aconselhou-a a ir ao médico, mas ela conta que disse a ele que não iria. Primeiro, gostaria de se tratar com alguma coisa natural e então, não procurou

atendimento oficial. Segundo ela, fez um elixir com cambará e outras plantas e já fazia uma semana que não sentia nada. Isto nos faz refletir a ideia básica da autoatenção, a autonomia do indivíduo nos cuidados em saúde.

Desta forma, a participação no grupo de mulheres permitiu uma visão global da vida de cada uma dentro da comunidade, em especial das quatro famílias selecionadas para o estudo das práticas de autoatenção. Neste sentido, foram atividades muito importantes para a elaboração do trabalho e que somaram experiências e compreensão dos aspectos socioculturais daquela comunidade, por parte da pesquisadora.

A FAMÍLIA 1

A primeira família visitada reside em uma casa, localizada a 50 km da zona urbana, onde vivem quatro pessoas, sendo elas a mãe (R.B.A, 46), a filha (T.B.A, 22), o pai (A.A,49) e a avó materna (E.B, 78). A família segue a religião católica e possui descendência italiana, espanhola e brasileira, com uma forte miscigenação étnico cultural.

As atividades produtivas giram em torno da produção do pêssego para comercialização e plantio de milho, feijão e batata para subsistência. Quanto aos animais, a família possui uma vaca para a produção de leite e um porco para consumo próprio. Esta criação de animais apenas para consumo ficou bastante evidente em todas as casas visitadas e constitui uma característica local.

O pai trabalha na lavoura, acordando cedo, antes das 6 horas da manhã. A mãe possui atividades voltadas ao cuidado da casa e da família, sendo ela que prepara as refeições. A filha, que completou 22 anos há pouco tempo, estuda e fica responsável por auxiliar a mãe na limpeza da casa e preparo dos alimentos e, à noite, vai para a cidade, pois está fazendo um curso técnico para atendente de farmácia, com aspirações de trabalhar e morar na zona urbana. Já a avó, que possui uma idade mais avançada, encarrega-se de cuidar de suas “plantas de chá” e da horta.

Neste período de visitas, a família se preparava para uma mudança, pois compraram um sítio em uma Colônia próxima e iriam se mudar em breve. As outras senhoras vizinhas e companheiras de grupo já sentiam que iriam perder alguns membros e estavam tristes com a mudança. Mas a família mostrava-se feliz com as novas perspectivas de moradia.

Ao chegar à residência da família 1, avista-se um sítio com uma placa de “vende-se” escrita a mão em letras azuis. Uma cerca entrelaçada, separando a propriedade da estrada e uma grande porteira de madeira ao centro. A casa é recuada, fica no centro do sítio, com parede azul claro e duas janelas marrom de metal. A casa é feita de alvenaria, com telhas de cerâmica e possui peças amplas, com aspecto simples, porém bastante organizada. Ao lado esquerdo, existe um pequeno galpão de madeira e, atrás dele, está a horta da família, cercada e com hortaliças como couve, alface, cenoura, temperos, árvores nativas e plantas medicinais. Ao lado direito, outro galpão de madeira, onde o carro fica guardado. E, circulando pela propriedade, vemos algumas galinhas e animais de estimação andando soltos.

A horta da família é mantida pela avó principalmente que, mesmo com a idade avançada, tem forças e vitalidade para realizar este serviço. É ela quem mostra as plantas medicinais junto às outras senhoras do grupo, enquanto a filha e a neta preparam o café.

A filha (T.B.A, 22) e a mãe (R.B.A, 46), no dia após a visita, iriam participar de um grupo oferecido pela CAF-SUL (Cooperativa dos Apicultores e Fruticultores da Zona Sul), para aprender a fazer cucas, e a filha mostrava-se orgulhosa de seu jaleco, confeccionado para esta atividade. Com isso, percebeu-se que existem algumas cooperativas que foram citadas pela família que fornecem cursos e capacitações de forma a facilitar a vida nas comunidades rurais. Estes cursos também giram em torno da produção, ensinando os agricultores a cuidar das lavouras e melhorar a produção.

Por meio do genograma representado a seguir, é possível identificar os membros desta família e suas relações (Figura 5) que se mostram fortes e afetuosas. O ecomapa que o segue identifica as principais relações existentes entre a família e a comunidade (Figura 6).

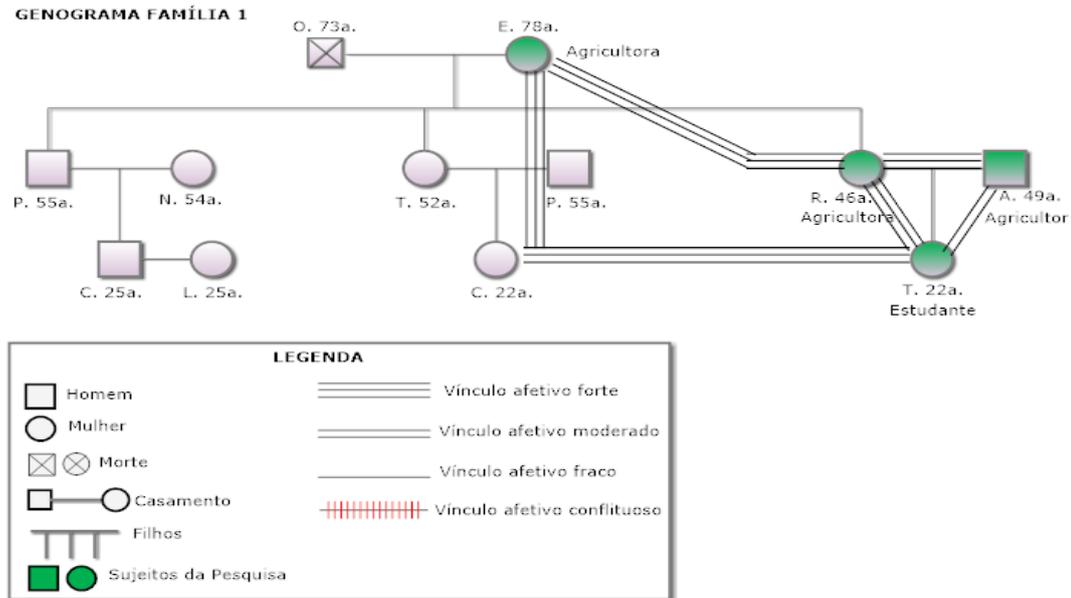


Figura 5 – Genograma da família 1 (F1). Pelotas, RS, 2013.

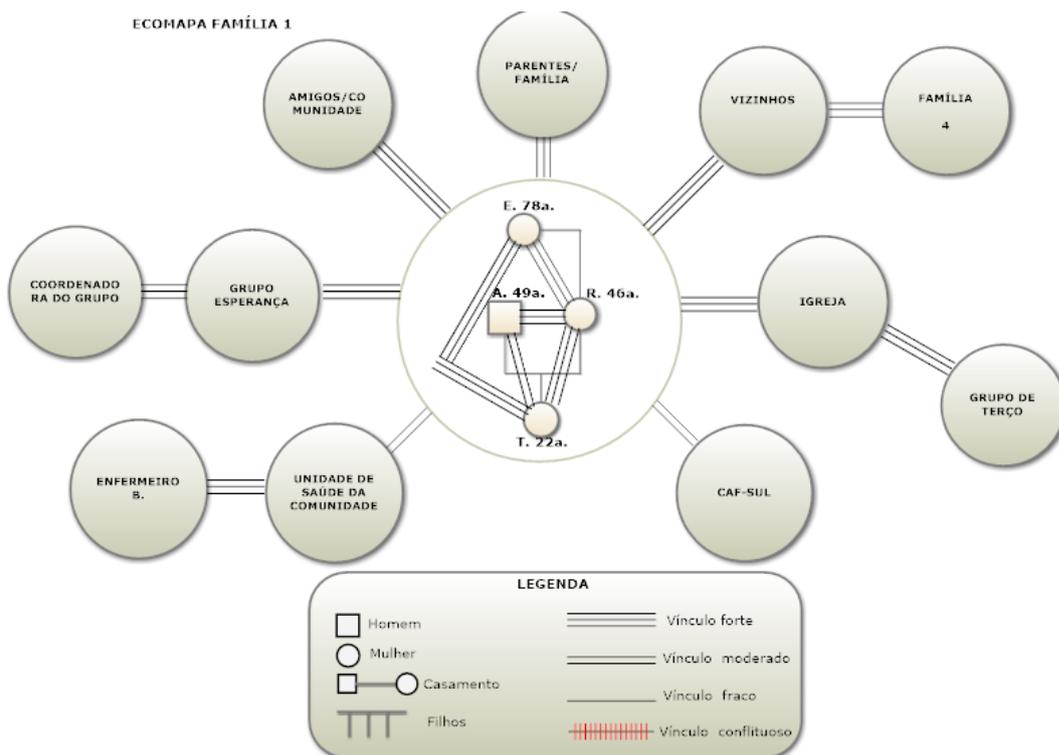


Figura 6 – Ecomapa dos vínculos existentes entre a família 1 (F1) e a comunidade. Pelotas, RS, 2013.

A família possui um cuidado em saúde que se divide entre o sistema oficial para atendimento médico em casos mais graves e o cuidado popular dentro da própria família. Assim, as plantas medicinais aparecem como uma das principais

práticas de cuidado utilizadas. O levantamento das plantas utilizadas por esta família está representado no quadro a seguir.

Quadro 4 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção em saúde da família 1 (F1). Pelotas, RS. 2013.

Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obtenção	Indicação	Parte utilizada	Forma de uso
Alcachofra	<i>Cynara scolymus</i> L.	Horta	Para o fígado e vesícula	Folhas	Chá. Uso oral
Alcânfor	<i>Artemisia camphorata</i> Vill.	Horta	Dores	Folhas	Fazer infusão em álcool para afumetação. Uso externo
Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Horta	Fortalecer o coração e para a memória	Galhos	Chá para o coração. Para a memória preparar 3 galinhos em um litro de vinho.
Alfazema	<i>Lavandula angustifolia</i> Mill.	Horta	Fortalecer o útero e para dores	Folhas	Preparar fervido com vinho – uso oral. Ou infusão em álcool para afumetação.
Arnica-do-campo	<i>Stenachaenium campestre</i> Baker	Horta e campo	Antibiótico forte	Folhas	Chá uso oral e pomada para uso externo
Avenca	<i>Adiantum capillus-veneris</i> L.	Horta	Tosse	Folhas	Preparar o xarope
Babosa	<i>Aloe saponaria</i> Haw.	Horta	Para queimaduras	Gel da folha	Abre a folha e bota o gel em cima da queimadura. Uso externo.
Bálsamo-brasileiro	<i>Sedum dendroideum</i> DC.	Horta	Dor de ouvido e como antibiótico	Folhas	Para o ouvido espremer a folha, retirando o suco e misturar uma gota de azeite para pingar. Para pele pode preparar a pomada. Uso externo

Bananinha-do-mato	s.i.	Horta e Campo	Para tosse	Folhas	Utilizar no preparo do xarope
Caatinga-de-mulata/Palminha	<i>Tanacetum vulgare</i> L.	Horta	Fígado e dores no cotovelo ou tornozelos	Folhas	Chá. Uso oral ou para banhar o local dolorido
Calêndula	<i>Calendula officinalis</i> L.	Horta	Para alergias	Flores	Preparar a pomada de calêndula. Uso externo
Capim-cidrão	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf	Horta	Calmante	Folhas	Chá. Uso oral
Cidreira/Melissa	<i>Melissa officinalis</i> L.	Horta	Calmante e para inchaço no estômago	Folhas	Chá. Uso oral
Confrei	<i>Symphytum officinale</i> L.	Horta	Para a pele, cicatrizante	Folhas	Preparar a pomada. Apenas uso externo.
Fedegoso	<i>Senna</i> sp.	Horta	Para feridas e alergias	Folhas	Preparar a pomada "Pele". Não ingerir, apenas uso externo
Funcho	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Horta	Tosse e dores	Folhas	Para tosse fazer o chá. Para as dores pode lavar o local com o chá ou colocar as ramas na região afetada.
Hortelã	<i>Mentha</i> sp.	Horta	Para tosse, vermes e é digestivo	Folhas	Chá uso oral
Iodo	<i>Chelidonium majus</i> L.	Horta	Para feridas	Folhas	Faz o chá para lavar a ferida. Uso externo
Limão	<i>Citrus</i> sp.	Pomar	Para dor na garganta.	Fruto	Utilizar o limão com sal para gargarejo.
Losna	<i>Artemisia absinthium</i> L.	Horta	Vesícula, estômago e é digestivo	Folhas	Chá. Uso oral
Malva	<i>Malva parviflora</i> L.	Horta	Antibiótico e antiinflamatório. Para dor e infecção na garganta.	Folhas	Chá, uso oral e externo. Para garganta fazer o chá forte e gargarejar.

Melhoral	<i>Salvia microphylla</i> kunth	Horta	Dores	Folhas	Chá. Uso oral
Mil-em-rama	<i>Achillea millefolium</i> L.	Horta	Câimbras nas pernas	Folhas	Chá uso externo
Pariparoba	<i>Piper umbellatum</i> L.	Horta	Para dor de estômago	Folhas	Chá. Uso oral
Picão-branco	<i>Bidens alba</i> L.	Horta e campo	Antibiótico. Infecção urinária.	Folhas e flores	Chá. Uso oral
Poejo	<i>Mentha pulegium</i> L.	Horta	Para diarreia de criança e para tosse	Folhas	Chá e xarope uso oral
Própolis	s.i.	Resina produzida pela abelha	Para tosse e garganta. Pode ser usado como prevenção.	Resina	Extrato alcóolico. Faz infusão em álcool e deixa macerar por 8 dias, e coa. Toma 5 gotas de manhã e 5 de noite.
Quebra-pedra	<i>Phyllanthus niruri</i> L.	Horta	Para pedra nos rins.	Folhas	Chá. Uso oral
Salsa	<i>Petroselinum crispum</i> (Mill) Fuss.	Horta	Para problemas de urina	Raiz	Chá. Uso oral
Tansagem	<i>Plantago major</i> L.	Horta	Antibiótico	Folhas	Chá. Uso oral
Urtiga	<i>Urtica urens</i> L.	Campo	Para frieiras	Folhas	Fazer o chá quente, deixar amornar e colocar os pés. Ou preparar infusão em álcool.

A FAMÍLIA 2

Percorreu-se uma distância de, aproximadamente, 51,1 km até a casa de C.M.S, 65, a segunda participante a ser entrevistada. A casa fica à esquerda da estrada, é recuada e localizada logo após uma pequena ponte. Trata-se de uma casa branca de alvenaria, com janelas de madeira marrom, com uma área coberta em volta e uma grande área verde ao redor. Possui, à sua volta, roseiras floridas, com rosas brancas, vermelhas e amarelas, e também folhagens ornamentais.

Por dentro, a casa é organizada. A sala é pequena, conjugada à cozinha e possui uma porta que dá para um quarto de solteiro. A senhora é separada do marido e vive só em sua residência, sua única companhia é o ex-sogro que, após a separação, decidiu ficar em suas terras, pois é muito apegado ao local. O senhor possui 92 anos e os dois se relacionam muito bem, pois, segundo ela, possuem uma relação de cuidado mútuo, apesar de morarem em casas separadas. A religião praticada é a católica, por meio de diversas atividades, como grupo de oração, de terço, caminhadas, cafés e missas. A senhora C.M.S, 65 possui descendência italiana e alemã.

Ao fundo da casa, existe uma grande área de campo, avistando-se à esquerda uma pequena parreira, com bancos embaixo para momentos de descanso. À direita, em um terreno mais elevado, está a horta, cercada com tela, onde plantam couve, mostarda, salsa, cenoura, alface, entre outros, apenas para o consumo. Na horta, também se encontram as plantas medicinais, que C.M.S,65 exhibe com orgulho, sendo que a maioria foi plantada há pouco tempo e ainda estão pequenas. Algumas das plantas foram doadas por amigos e vizinhos, pois existe uma grande relação de troca entre as famílias da região.

A renda de C.M.S,65 foi, por muitos anos, decorrente da produção do pêssego. Isto, na época em que era casada e, logo após a separação, quando o genro assumiu as atividades. Porém, com a mudança da filha e do genro para a cidade, atualmente sua fonte de renda é proveniente da aposentadoria rural. Além disso, emprega um rapaz que trabalha para ela na época de plantio e colheita de milho e feijão, os quais são usados apenas para consumo familiar e para alimentar os animais.

Apesar de viver sozinha, conforme genograma da Figura 7, a agricultora refere não se sentir só, pois as irmãs sempre a visitam, e a participação nos grupos da comunidade é uma forma de interação social, como se verifica no ecomapa da família (Figura 8).

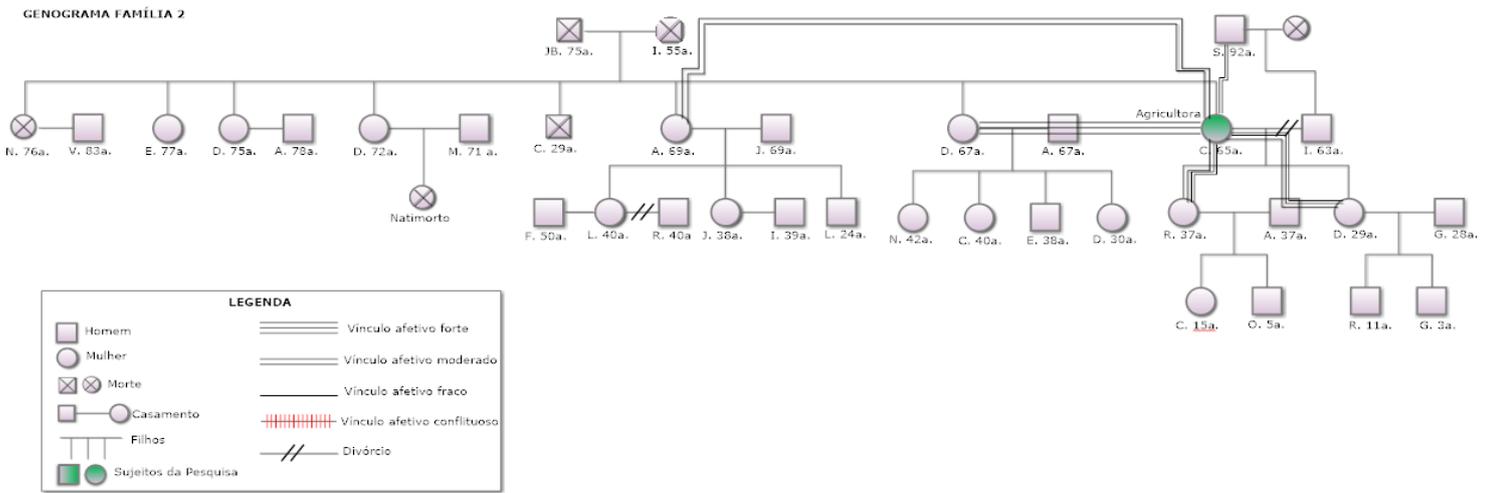


Figura 7 – Genograma da família 2 (F2). Pelotas, RS, 2013.

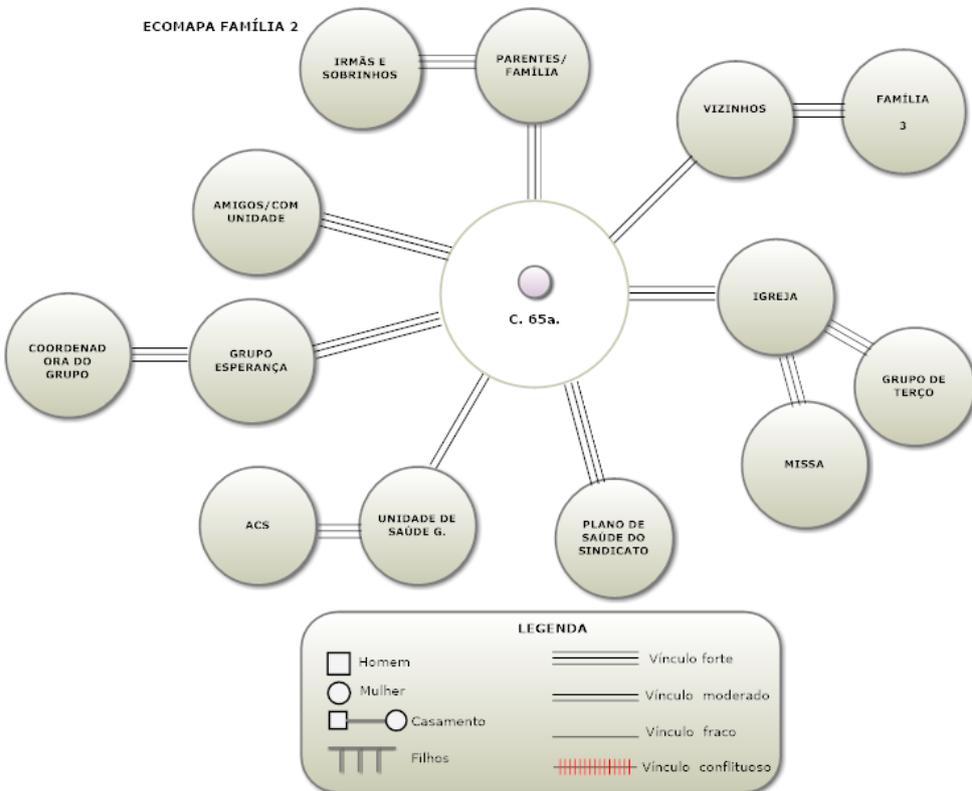


Figura 8 – Ecomapa dos vínculos existentes entre a família 2 (F2) e a comunidade. Pelotas, RS, 2013.

As principais plantas medicinais indicadas para o cuidado em saúde encontram-se descritas logo a seguir.

Quadro 5 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção em saúde da família 2 (F2). Pelotas, RS, 2013.

Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obtenção	Indicação	Parte utilizada	Forma de uso
Alcânfor	<i>Artemisia camphorata</i> Vill	Horta	Para dores e afumetação	Folhas	Colocar em infusão no álcool ou fazer a pomada. Uso externo
Batata Yacon	<i>Polymnia sonchifolia</i> Poepp.	Horta	Contra o câncer e é diurético	Fruto	Usar na alimentação
Bergamota	<i>Citrus</i> sp.	Pomar	Calmante	Folhas	Chá. Uso oral
Cancorosa	<i>Maytenus</i> sp.	Horta	Problemas no estômago	Folhas	Chá. Uso oral
Capim-cidrão	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf	Horta	Calmante e é bom para o coração	Folhas	Chá. Uso oral
Chuchu	<i>Sechium edule</i> (Jacq.) Sw.	Horta	Pressão alta	Folhas	Chá. Uso oral
Erva-santa	<i>Aloysia gratíssima</i> L.	Campo	Digestiva	Folhas	Chá. Uso oral
Fedegoso	s.i.	Horta	Cicatrizante	Folhas	Fazer a pomada "pele". Uso externo
Fortuna	<i>Bryophyllum pinnatum</i> (Lam.) Oken	Horta	Cicatrizante	Folhas	Amassa e tritura ela e faz a pomada. Uso externo
Funcho	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Horta	Digestivo	Folhas	Chá. Uso oral
Iodo	<i>Chelidonium majus</i> L.	Horta	Cicatrizante	Folhas	Chá. Uso externo
Laranja	<i>Citrus</i> sp.	Pomar	Calmante	Folhas	Chá. Uso oral
Losna	<i>Artemisia absinthium</i> L.	Horta	Gastrite, possui o mesmo efeito do Omeprazol	Folhas	Chá. Uso oral
Macaé	<i>Leonurus sibiricus</i> L.	Horta	Cicatrizante	Folhas	Fazer a pomada "pele". Uso externo

Malva	<i>Malva parviflora</i> L.	Horta	Antiinflamatório e cicatrizante	Folhas	Chá. Uso oral
Marcela	<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC	Campo	Pressão alta	Flores	Chá. Uso oral
Melhoral	<i>Salvia microphylla</i> kunth	Horta	Para dor de cabeça, é analgésico	Folhas	Chá. Uso oral
Melissa	<i>Melissa officinalis</i> L.	Horta	Como calmante e para dormir	Folhas	Chá. Uso oral
Murta	<i>Blepharocalyx salicifolius</i> (Kunth) O.Berg	Campo	Pressão alta	Folhas	Chá. Uso oral
Palminha	<i>Tanacetum vulgare</i> L.	Horta	Digestivo e baixa a pressão	Folhas	Chá. Uso oral
Picão-branco	<i>Bidens alba</i> L.	Horta e campo	Antiinflamatório	Folhas	Chá. Uso oral
Rosa	<i>Rosa</i> sp.	Jardim	Para lavar os olhos	Flores	Fazer o chá e lavar os olhos. Uso externo
Salsa	<i>Petroselinum crispum</i> (Mill) Fuss.	Horta	Diurético	Raiz	Chá. Uso oral
Tansagem	<i>Plantago major</i> L.	Horta	Antibiótico	Folhas	Chá. Uso oral

A FAMÍLIA 3

Na terceira visita realizada, percorreu-se aproximadamente 50,4 km, com metade do caminho de estrada não pavimentada até a casa da família em questão. Segundo a dona da casa, o marido estava na cidade, resolvendo alguns assuntos, pagando contas e fazendo compras. Já o filho de 23 anos, que também mora na casa, está noivo e passa a maior parte do tempo fora. O casal ainda possui duas filhas que são casadas e moram na cidade.

A família 3 possui descendência italiana e alemã e pratica a religião católica. A senhora A.S.D,69 é irmã de C.M.S,65 da família 2, visitada anteriormente. Para chegar à residência da senhora A.S.D,69, é preciso entrar à direita em uma pequena

estrada que possui uma grande descida e, logo após, uma longa subida em curva, até chegar a uma casa de cor rosa, localizada em um ponto bem elevado do morro.

A casa é feita de alvenaria, possui uma área em volta e uma garagem à esquerda, por dentro é bastante organizada, com uma cozinha ampla, sala, banheiro e dois quartos. A percepção é que a cozinha é a peça mais ampla da casa, pois ao contrário da vida urbana moderna, em ambiente rural é no compartilhamento das refeições que as relações se estabelecem. Ao final da visita, como de costume, todas foram convidadas para o tradicional café da tarde, com uma grande variedade de alimentos.

Em frente a casa existe um jardim com roseiras. Neste local, temos uma vista muito bonita de grandes elevações de mata nativa. Nos fundos da casa, existem várias árvores frutíferas, como laranjeiras e bergamoteiras, com frutos e também pessegueiros floridos. À esquerda, uma horta cercada, onde estão plantados couve, alface, salsa, beterraba, cenoura, além de outros temperos, como orégano e manjerona. Ali também se encontram algumas das plantas medicinais utilizadas, já que as demais ficam no campo ao redor da residência. Espalhadas pelo terreno, notam-se várias galinhas, predominantemente de cor amarela. A família possui três cachorros e um porco. Segundo a senhora entrevistada, a horta é cultivada sem nenhum tipo de agrotóxico, da maneira mais natural possível, pois entendem que esta é uma das formas de cuidado à saúde.

No fim da visita, A.S.D,69 mostrou as fotos da formatura das filhas, que exibe com orgulho. Uma formada em ciências contábeis e a outra em letras, e lamentou-se que o filho mais novo decidiu não estudar. Aqui se percebe também que, com o passar dos anos, a família rural começa a valorizar o estudo dos filhos que se deslocam para as cidades e deixam as propriedades.

A composição familiar de A.S.D,69 está representada no genograma a seguir (Figura 9), e suas relações com a comunidade encontram-se no ecomapa (Figura 10).

GENOGRAMA FAMÍLIA 3

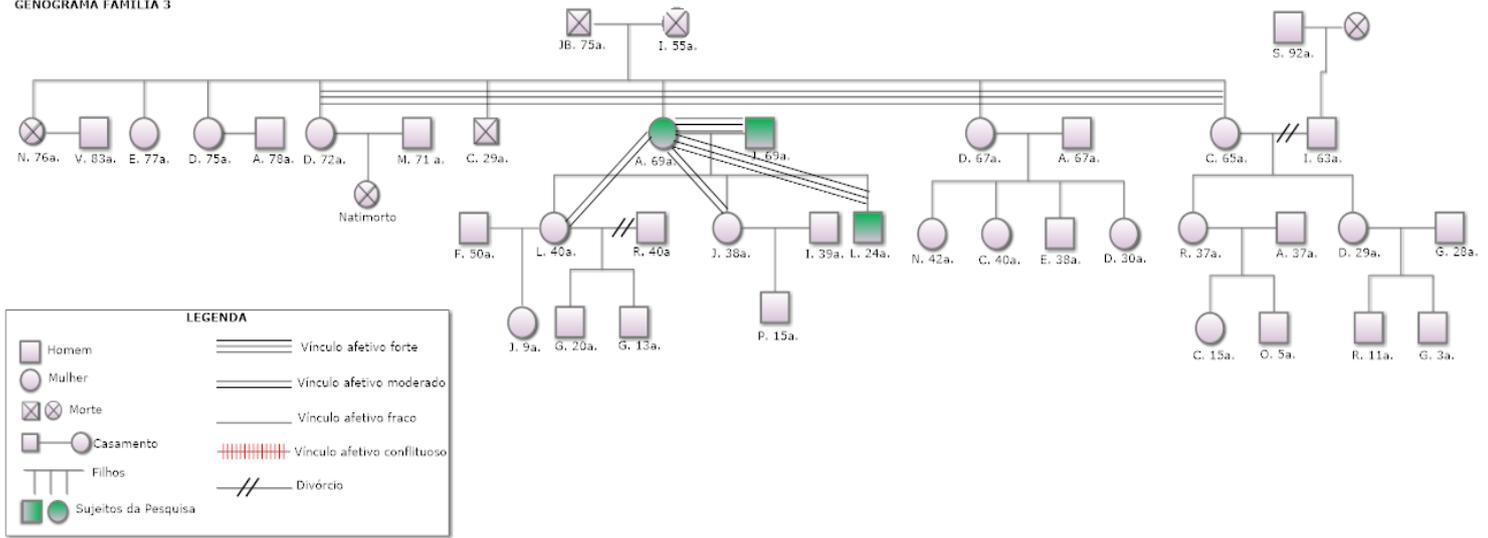


Figura 9 – Genograma da família 3 (F3). Pelotas, RS, 2013.

ECOMAPA FAMÍLIA 3

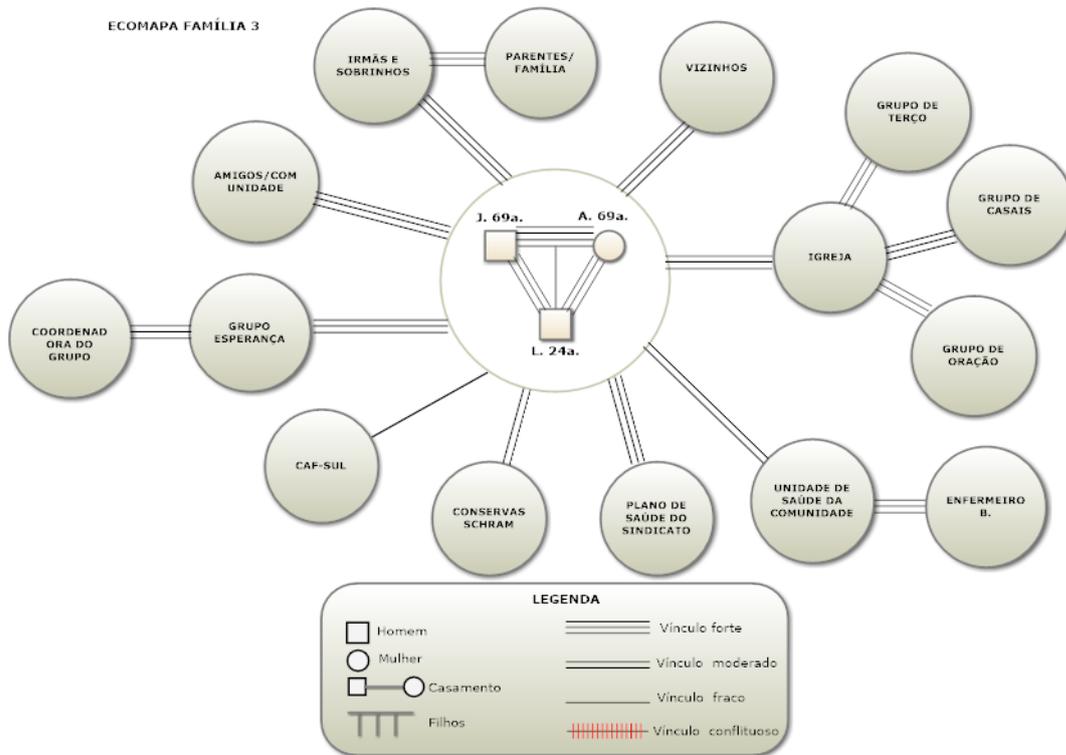


Figura 10 – Ecomapa dos vínculos existentes entre a família 3 (F3) e a comunidade. Pelotas, RS, 2013.

No que se refere aos cuidados em saúde, a família possui claros sinais de dependência do sistema oficial de saúde e automedicação, embora utilize a medicina caseira e as plantas medicinais como a opção preferencial de tratamento. Com isso, embora em todas as falas da senhora A.S.D,69 seja possível notar a

importância do cuidado popular e do uso de chás, o que se observa é que o plano de saúde e as consultas privadas ainda são muito utilizadas. As principais plantas medicinais citadas encontram-se no quadro a seguir.

Quadro 6 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção em saúde da família 3 (F3). Pelotas, RS, 2013.

Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obtenção	Indicação	Parte utilizada	Forma de uso
Avenca	<i>Adiantum capillus-veneris</i> L.	Horta	Tosse. Expectorante	Folhas	Fazer o xarope.
Bálsamo da folha curta	<i>Sedum</i> sp.	Horta	Para dor de ouvido e para os olhos	Folhas	Macerado. Esmagar a folha que é suculenta e pingar nos olhos ou ouvido
Bergamoteira	<i>Citrus</i> sp.	Pomar	Para a gripe	Folhas	Chá. Uso oral. Pegar a folha colocar em uma caneca e por açúcar por cima, colocar uma brasa de fogão e mexer, depois colocar água em cima e coar
Boldo	s.i.	Horta	Problemas digestivos	Folhas	Chá. Uso oral
Camomila	<i>Chamomilla recutita</i> (L.) Rauschert	Campo	Calmante e como colírio para os olhos	Flores	Chá. Uso oral. Para os olhos fazer o chá bem forte, ferver, adoçar, coar e colocar em conta-gotas, pingar duas gotas nos olhos à noite
Cancorosa ou espinheira-santa	<i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. ex Reissek	Horta ou campo	Para o fígado e gastrite, efeito semelhante ao Omeprazol	Folhas	Chá. Uso oral
Carqueja	<i>Bacharis</i> sp.	Horta	Problemas	Folhas	Chá. Uso oral

			digestivos		
Confrei	<i>Symphytum officinale</i> L.	Horta	Para a pele	Folhas	Fazer a pomada. Apenas uso externo
Dente-de-leão	<i>Taraxacum officinale</i> F.H Wigg.	Campo	Estômago	Folhas	Chá. Uso oral
Erva-santa	s.i.	Campo	Para o estômago	Folhas	Chá. Uso oral
Funcho	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Horta	Para gases, inchaço, cólicas e para a gripe	Folhas	Chá. Uso oral
Gervão-do-mato	<i>Stachytarpheta</i> sp.	Campo	Para dor nas costas, diarreia e para fortalecer o útero	Galhos	Chá. Uso oral. Para o útero fazer com vinho fervido
Goiabeira	<i>Psidium guajava</i> L.	Pomar	Para diarreia	Folhas	Chá. Uso oral
Guaco	<i>Mikania</i> sp.	Horta	Gripe e antibiótico	Folhas	Chá. Uso oral
Laranjeira	<i>Citrus</i> sp.	Pomar	Para a gripe	Folhas	Chá. Uso oral. Pegar a folha colocar em uma caneca e por açúcar por cima, colocar uma brasa de fogão e mexer, depois colocar água em cima e coar
Limão	<i>Citrus</i> sp.	Pomar	Para a gripe	Fruto	Chá e suco. Uso oral. Para o chá, ferver o limão e quando amornar colocar o mel
Macaé	<i>Leonurus sibiricus</i> L.	Horta	Para a pele	Folhas	Fazer a pomada "Pele". Uso externo
Malva	<i>Malva parviflora</i> L.	Horta	Para a gripe	Folhas	Chá. Uso oral
Manjerona	<i>Origanum majorana</i> L.	Horta	Para o fígado e para tosse	Folhas	Chá. Uso oral. Fazer o xarope

Marcela	<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC	Campo	Para o estômago	Flores	Chá. Uso oral
Maria-mole	<i>Senecio</i> sp.	Campo	Para dor de ouvido	Folhas	Macerado. Esmagar a folha e pingar no ouvido
Melissa	<i>Melissa officinalis</i> L.	Horta	Calmanete e para dor de cabeça	Folhas	Chá. Uso oral
Mil-em-rama	<i>Achillea millefolium</i> L.	Horta	Possui várias propriedades. Para a dor, câimbras e tosse	Folhas	Chá. Uso oral. Uso externo. Xarope
Picão-branco	<i>Bidens alba</i> L.	Horta	Antiinflamatório	Folhas	Chá. Uso oral
Picão-preto	<i>Bidens pilosa</i> L.	Campo	Para tosse	Folhas	Colocar no xarope
Pitangueira	<i>Eugenia uniflora</i> L.	Pomar	Para Diarreia	Folhas	Chá. Uso oral
Própolis	<i>Resina produzida pela abelha</i>	Campo	Para a gripe e garganta	Cera	Essência. Uso oral
Quebra-pedra	<i>Phyllanthus niruri</i> L.	Horta	Para pedra nos rins	Folhas	Chá. Uso oral
Rosa	<i>Rosa</i> sp.	Jardim	Para os olhos e para dor de cabeça/enxaqueca	Flores/Pétala	Chá. Uso oral
Sete-sangrias	s.i.	Campo	Bom para o sangue	Folhas	Chá. Uso oral
Tansagem	<i>Plantago</i> sp.	Campo	Gripe	Folhas	Chá. Uso oral
Urtiga	<i>Urtica urens</i> L.	Campo	Para frieiras	Folhas	Fazer o chá e lavar os pés. Uso externo
Violeta-de-jardim	<i>Viola odorata</i> L.	Horta	Para a gripe. Expectorante e antibiótica	Folhas	Chá. Uso oral. Xarope

A FAMÍLIA 4

A última visita à residência das participantes foi na casa da família 4, neste dia representada pela senhora O.M.K,57 e sua filha C.M.K,36 que mora na casa ao

lado. A casa de O.M.K,57 fica localizada em frente à casa da primeira família visitada. A família é composta por ela e pelo marido que vivem na casa. Dona O.M.K,57 tem três filhos, um homem e uma mulher que vivem ali na comunidade e uma mulher que vive na cidade. Segundo a entrevistada, a família possui descendência alemã e pratica a religião evangélica, participando dos cultos e atividades da igreja, porém a agricultora refere que também realiza atividades junto à religião católica, a qual é maioria na comunidade.

A casa localizada à esquerda da estrada fica escondida em meio às árvores do tipo eucalipto e o acesso a ela se dá por uma pequena e íngreme estrada em subida que chega até o pátio da residência, que é bem amplo. A casa é feita de alvenaria, com paredes amarelas desbotadas e uma área em volta com pilares na cor vermelha. As janelas são marrom de madeira, e as telhas envelhecidas. Em toda a volta da casa, existem folhagens ornamentais e flores em vasos, potes, garrafas, algumas no chão, outras penduradas na parede. Existe também um galpão, onde o carro da família fica guardado. E, à direita da casa, existe um galinheiro de madeira, com várias galinhas.

Ao redor de toda residência e área externa, avistam-se árvores, flores e canteiros de plantas medicinais. Todas as plantas são muito bem cuidadas e as flores bastante coloridas. Esta característica de organização e limpeza evidenciou-se em todas as residências visitadas e sugere uma influência cultural presente nas famílias rurais da região.

À esquerda da residência, e um pouco afastada, após uma pequena descida, encontra-se a horta da família. Muito bem cuidada, cercada e com diversas hortaliças e plantas medicinais. Ali, segundo a entrevistada, não é utilizado nenhum tipo de agrotóxico ou produto químico. Apenas palha de árvores e adubo feito com esterco de galinha, pois, para eles, os alimentos são a primeira forma de cuidado à saúde, devendo ser produzidos naturalmente.

Antes do café, O.M.K,57 mostrou seus artesanatos e trabalhos manuais que confecciona. Guardanapos, toalhas, almofadas, tudo feito com muito capricho, e que ela aprendeu a fazer por meio do grupo de mulheres Esperança. O desenho do genograma (Figura 11) permite identificar a estrutura familiar de O.M.K,57 e o ecomapa demonstra suas relações com a comunidade rural em que vivem (Figura 12).

GENOGRAMA FAMÍLIA 4

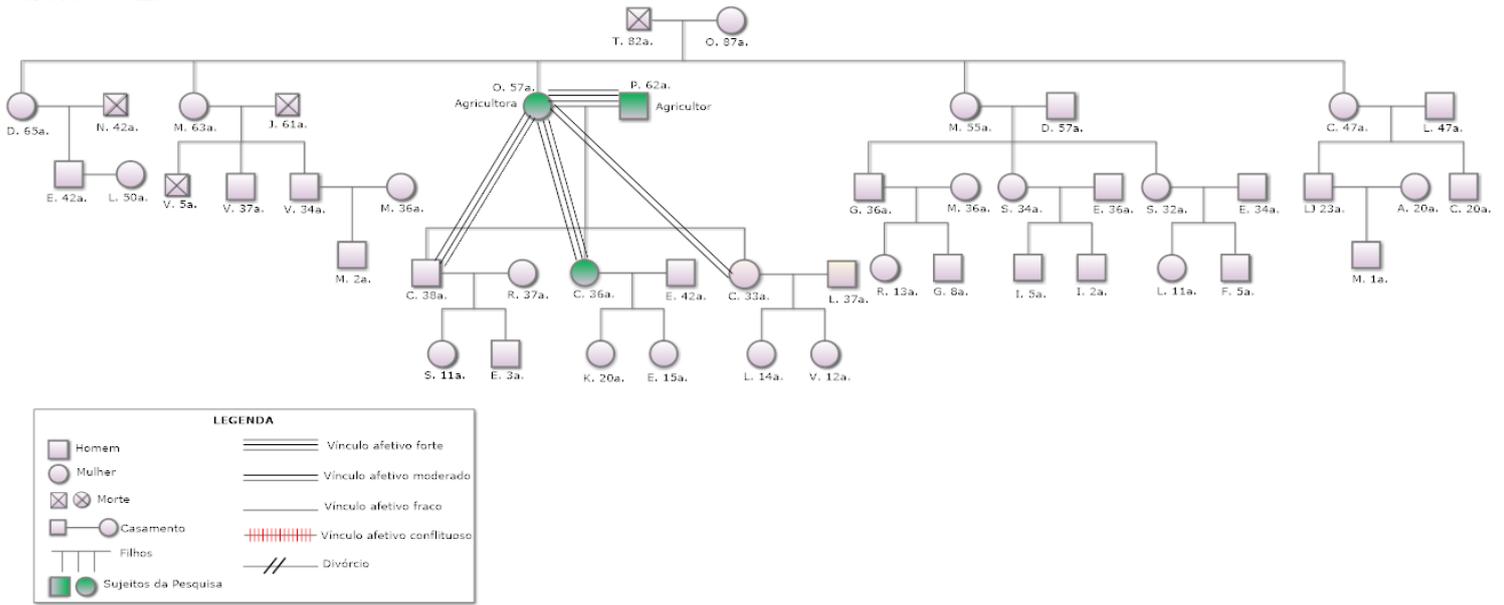


Figura 11 – Genograma da família 4 (F4). Pelotas, RS, 2013.

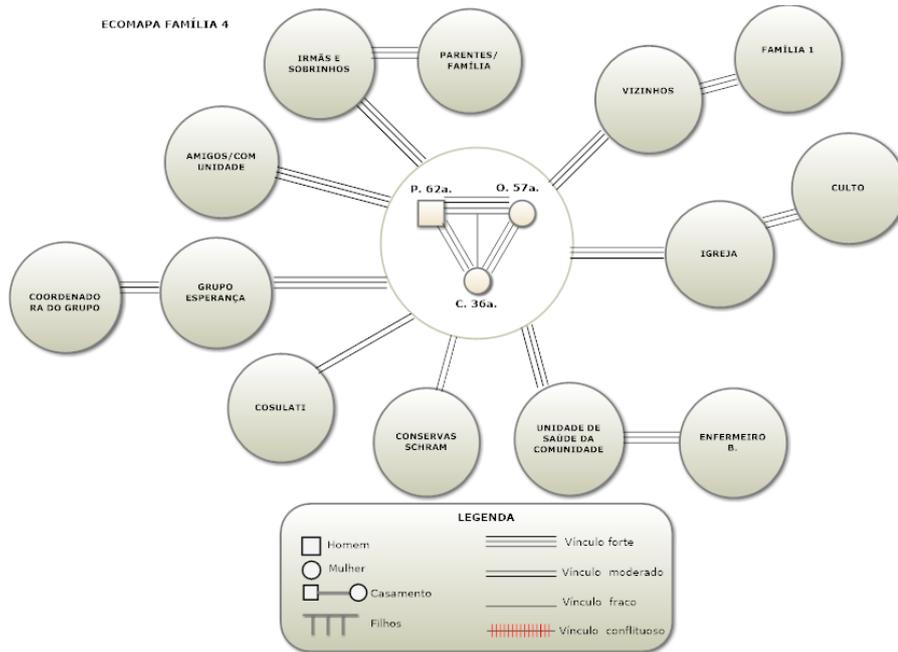


Figura 12 – Ecomapa dos vínculos existentes entre a família 4 (F4) e a comunidade. Pelotas, RS, 2013.

A senhora entrevistada reconhece o uso de plantas medicinais como uma das principais formas de cuidado à saúde, conforme o quadro abaixo, e possui muito conhecimento, mostrando diversas espécies utilizadas. Nesta família, apesar de existir uma relação com o sistema oficial de saúde, representado pelo posto de saúde da comunidade, a autoatenção se mostra de forma mais efetiva, pois em

vários momentos da entrevista, a agricultora refere preferir o uso de chás, conta como ensina as filhas a se cuidar e fala das ligações do sobrinho, perguntando sobre as plantas que poderia utilizar no cuidado de seu filho. Assim, a agricultora demonstra claramente traços de autonomia nos cuidados familiares.

Quadro 7 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção em saúde da família 4 (F4). Pelotas, RS, 2013.

Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obtenção	Indicação	Parte utilizada	Forma de uso
Açoita-cavalo	s.i.	Campo	Anticancerígeno	Casca	Chá. Uso oral
Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Quintal	Como tônico e para o cérebro	Galhos	Pegar uns galhinhos e fazer infusão em 1 litro de vinho, adoçar e beber um cálice por dia
Alfazema	<i>Lavandula angustifolia</i> Mill.	Horta	Fortificante	Folhas	Chá. Uso oral
Ameixinha	<i>Ximenia americana</i> L.	Quintal	Problemas respiratórios	Folhas	Colocar no xarope
Amorinha	<i>Rubus Sellowii</i> Cham & Schtdl	Quintal	Para os calorões quando não vem a menstruação	Folhas	Chá. Uso oral
Angico	s.i.	Campo	Anticancerígeno	Casca	Chá. Uso oral
Anis	<i>Ocimum</i> sp.	Quintal	Fazer chá para neném, é como um calmante	Folhas	Chá. Uso oral
Arruda	<i>Ruta graveolens</i> L.	Quintal	Utilizada em benzeduras. Para combater piolhos e como repelente	Folhas	Uso externo
Avenca	<i>Adiantum capillus-veneris</i> L.	Quintal	Infecção respiratória	Folhas	Fazer o xarope. Uso oral
Babosa-da-folha-verde	<i>Aloe arborescens</i> Mill.	Quintal	Para a pele	Folhas	Macerado. Uso externo
Babosa-	<i>Aloe saponaria</i>	Quintal	Para a pele	Folhas	Macerado. Uso

pintadinha	Haw.				externo
Bálsamo	<i>Cotyledon orbiculata</i> L.	Quintal	Dor de ouvido e para os olhos	Folhas	Macerado. Esmagar a folha e pingar uma gota
Bálsamo-alemão	s.i.	Quintal	Dor de ouvido	Folhas	Macerado. Esmagar a folha e pingar uma gota
Bálsamo-brasileiro	<i>Sedum dendroideum</i> DC.	Horta	Dor de ouvido	Folhas	Macerado. Esmagar a folha e pingar no ouvido
Batata-acará	<i>Dioscorea alata</i> L.	Horta	Baixar o nível de colesterol e triglicérides no sangue	Fruto (batata)	Usar na alimentação. Pode fazer cozida
Bergamoteira	<i>Citrus</i> sp.	Quintal	Para a gripe e para a circulação	Folhas (para gripe) Flores (para circulação)	Chá. Uso oral
Boldo	<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews	Quintal	Para o estômago	Folhas	Chá. Uso oral
Bugre	<i>Casearia sylvestris</i> Sw.	Campo	Purificador do sangue	Folhas	Fazer o elixir com álcool
Calêndula	<i>Calendula officinalis</i> L.	Horta	Para alergias	Flores	Fazer a pomada de Alergias ou o elixir da alergia com álcool. Uso interno e externo
Cambará	<i>Gochnatia polymorpha</i> (Less) Cabr.	Campo	Tosse e problemas de garganta	Folhas e casca	Fazer o xarope
Canela	<i>Cinnamomum zeylanicum</i> Blume	Quintal	Para cólicas menstruais	Casca e folhas	Chá. Uso oral
Capim-cidreira	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf	Quintal	Calmanete	Folhas	Chá. Uso oral
Capim-cidrô	s.i.	Quintal	Calmanete forte	Folhas	Chá. Uso oral

Capuchinha	s.i.	Quintal	Verdadeiro antibiótico	Flores	Usar a flor na alimentação
Carqueja de casa	s.i.	Horta	Estômago. É bem digestivo	Folhas	Chá. Uso oral
Carqueja-do-campo	<i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC.	Campo	Para digestão e emagrecer	Folhas	Chá. Uso oral
Cavalinha	<i>Equisetum hyemale</i> L.	Horta	Como diurética e para estancar sangramentos	Galhos	Chá. Uso oral
Chuchu-branco	<i>Sechium edule</i> (Jacq.) Sw.	Horta	Para baixar a pressão	Folhas	Chá. Uso oral
Cipó-são-joão	s.i.	Mato	Para pele, quem tem hanseníase	Folhas	Fazer a pomada
Confrei	<i>Symphytum officinale</i> L.	Horta	Para feridas	Folhas	Fazer o chá para lavar as feridas. Uso externo
Erva-de-santa-maria	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Campo	Vermífugo	Folhas	Chá. Uso oral
Erva-de-são-joão	<i>Ageratum conyzoides</i> L.	Horta	Para depressão e como calmante	Folhas	Chá. Uso oral
Erva-santa	<i>Aloysia gratissima</i> L.	Campo	Para o estômago	Folhas	Chá. Uso oral
Erva-silvina	<i>Microgramma squamulosa</i> (Kaulf.) de la Sota	Campo	Para labirintite	Folhas	Chá. Uso oral
Espinheira-santa	<i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. ex Reissek.	Quintal	Gastrite. Estômago e para elixir tônico	Folhas	Chá. Uso oral
Eucalipto	<i>Eucalyptus globulus</i> Labill.	Quintal	Para desentupir o nariz quando está gripado	Folhas	Fazer o chá e cheirar o vapor
Folha-da-fortuna	<i>Bryophyllum pinnatum</i> (Lam.) Oken	Quintal	Para feridas	Folhas	Fazer a pomada. Uso externo
Funcho	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Horta	Para cólicas de neném. Cólicas menstruais e para inchaço na	Folhas	Chá. Uso oral

			barriga		
Gengibre	<i>Zingiber officinale</i> Roscoe.	Quintal	Para dor de garganta	Raiz	Mastigar a raiz descascada
Gervão-de-casa	<i>Stachytarpheta cayennensis</i> (Rich.) Vahl.	Quintal	Para diarreia	Folhas	Chá. Uso oral
Gervão-do-campo	<i>Stachytarpheta</i> sp.	Campo	Para diarreia	Galhos	Chá. Uso oral
Goiabeira	<i>Psidium guajava</i> L.	Pomar	Para diarreia	Folhas	Chá. Uso oral
Hortelã	<i>Mentha</i> sp.	Horta	Digestivo e para combater vermes	Folhas	Chá. Uso oral
Hortelã-pimenta	s.i.	Quintal	Para o estômago e gases	Folhas	Chá. Uso oral
Insulina	<i>Sphagneticola trilobata</i> L.	Quintal	Para baixar o nível de glicose. Problemas de açúcar	Folhas	Chá. Uso oral
Iodo	<i>Chelidonium majus</i> L.	Horta	Para botar nas feridas	Folhas	Macerado. Esmagar a folha que vai sair um líquido laranja igual ao iodo
Jurubeba	s.i.	Campo	Purificador do sangue	Folhas	Fazer o elixir com álcool
Laranjeira	<i>Citrus</i> sp.	Quintal	Para a gripe e para a circulação	Folhas (para gripe) Flores e casca (para circulação)	Chá. Uso oral
Losna	<i>Artemisia absinthium</i> L.	Quintal	Para o fígado	Folhas	Chá. Uso oral
Malva	<i>Malva parviflora</i> L.	Horta	Antiinflamatório. Para gripe e dor de garganta	Folhas	Chá. Fazer gargarejo
Manjerona	<i>Origanum majorana</i> L.	Horta	Tosse	Folhas	Usar no xarope
Maria-mole	<i>Senecio</i> sp.	Quintal	Dor de ouvido	Folhas	Esmagar bem a ponta dos galhos

					ou as folhas novas e pingar no ouvido
Melissa	<i>Melissa officinalis</i> L.	Horta	Para dor de cabeça e como calmante	Folhas	Chá. Uso oral
Mil-em-rama	<i>Achillea millefolium</i> L.	Horta	Conhecida como “erva cura tudo”. Possui várias propriedades medicinais	Galhos	Chá. Uso oral. Xarope
Murta	<i>Blepharocalyx salicifolius</i> (Kunth) O.Berg	Campo	Para regular a pressão	Folhas	Chá. Uso oral
Palminha	<i>Tanacetum vulgare</i> L.	Horta	Para o fígado	Galhos	Chá. Uso oral
Pariparobado-mato	<i>Piper</i> sp.	Campo	Problemas de estômago e gastrite	Folhas	Chá. Uso oral
Patinha-de-bode	s.i.	Quintal	Para cortar a diarreia	Folhas	Chá. Uso oral
Picão-branco	<i>Bidens alba</i> L.	Horta	Antiinflamatório	Folhas	Chá. Uso oral
Pitangueira	<i>Eugenia uniflora</i> L.	Pomar	Para diarreia	Folhas	Chá. Uso oral
Pixirica	<i>Leandra australis</i> (Cham.) Cogn.	Campo	Para a garganta e para emagrecer	Folhas	Chá para gargarejar. Para emagrecer tomar após o almoço
Poejo	<i>Mentha pulegium</i> L.	Horta	Para problemas estomacais e para tosse	Folhas	Chá. Uso oral. Xarope
Quebra-pedra	<i>Phyllanthus niruri</i> L.	Horta	Pedra nos rins	Folhas	Chá. Uso oral
Salsa	<i>Petroselinum crispum</i> (Mill.) Fuss	Horta	Diurético	Raiz	Chá. Uso oral
Sete-sangrias	<i>Cuphea carthagenensis</i> (Jacq.) J.F. Macbr.	Campo	Depurativo do sangue	Folhas	Chá. Uso oral

Tarumã	<i>Vitex montevidensis</i> Cham.	Campo	Purificador do sangue Anticancerígeno	Folhas	Fazer o elixir com álcool
Transagem	<i>Plantago major</i> L.	Horta	Antibiótico	Folhas	Chá. Uso oral
Vick	s.i.	Horta	Para fazer a pomada Vick	Folhas	Colocar na pomada
Violeta-de-jardim	<i>Viola odorata</i> L.	Quintal	Para problemas de garganta e infecção na garganta	Folhas	Colocar no xarope
Yacon	<i>Polymnia sonchifolia</i> Poepp.	Horta	Para colesterol	Fruto (batata)	Usar na alimentação. Comer a batata crua

s.i. – plantas medicinais sem identificação taxonômica, devido à impossibilidade de registro fotográfico ou coleta.

UMA CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE UTILIZADO

Uma das percepções da pesquisadora ao longo do trabalho de campo foi sobre a utilização de serviços de saúde pelas agricultoras entrevistadas. Neste contexto, as famílias rurais que fizeram parte da pesquisa utilizam, em sua autoatenção, além dos cuidados familiares, alimentares, religiosos e as plantas medicinais, o sistema formal de saúde e as práticas da biomedicina. Desta forma, evidenciou-se em vários momentos da pesquisa, o pluralismo de cuidados, que faz parte das comunidades rurais contemporâneas.

Neste sentido, cabe salientar que o sistema de saúde de Pelotas é formado atualmente por 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 23 estão cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com equipes de ESF. Destas, 16 estão localizadas na área urbana e 07 na área rural. Nas 23 UBS's atuam 38 equipes de ESF, sendo 31 (81,57%) na zona urbana e 07 (18,42%) na zona rural do município (CNES, 2013).

A rede hospitalar de Pelotas é constituída por dois hospitais Universitários e três hospitais filantrópicos que prestam serviços ao SUS. Além de estrutura hospitalar e de unidades básicas, conta também com complementação dos prestadores privados em várias especialidades. O município conta com um Centro de Especialidades, localizado na área central da cidade, o qual oferece consultas e

exames, e um consultório odontológico (PELOTAS, 2009). Além disso, conta com oito Centros de Atenção Psicossocial para atendimentos de saúde mental e um hospital psiquiátrico (CNES, 2013).

O outro município de referência para cuidados à saúde é Canguçu, o qual também se situa na 'metade sul' do estado do Rio Grande do Sul, na Serra do Sudeste. A população total é de 51.427 habitantes, dos quais 17.685 (34,40%) residem na zona urbana, e 33.742 (65,60%) residem nas áreas rurais, que se dividem em cinco distritos e 120 localidades (RIQUINHO, 2011).

A rede de saúde deste município é constituída por um hospital de caridade, dois Centros de Atenção Psicossocial, um centro de especialidades odontológicas, 21 postos de saúde, 4 Equipes de Estratégia de Saúde da Família e um pronto atendimento 24 horas (PAM), além de estabelecimentos privados (CNES, 2013).

A comunidade do estudo situa-se próxima aos dois municípios, localizada a 50 km da cidade de Pelotas e a 30 km de Canguçu, e desta forma as famílias utilizam-se dos serviços nas duas cidades. Para as agricultoras, o principal serviço para atendimento médico oficial é o Plano de Saúde dos Trabalhadores Rurais que fornece a todas elas consultas, exames e procedimentos, por um preço acessível.

No que diz respeito à enfermagem, todas as entrevistadas referem-se muito positivamente aos enfermeiros da unidade de saúde próxima, em especial um dos enfermeiros, que é muito apegado às famílias locais e realiza diversas atividades de promoção da saúde, com a utilização de plantas medicinais. Na ocasião das visitas, as famílias encontravam-se tristes com a aposentadoria do enfermeiro citado, relatando que a falta dele seria sentida por todos. O presente enfermeiro já trabalha na comunidade há mais de 20 anos, o que fez com que construísse um vínculo muito forte com as famílias da região e adquirisse todas as características de um enfermeiro rural, ou seja, participante das atividades festivas, religiosas e produtivas, além de fornecer grupos voltados às realidades locais e um atendimento integral e singular a estas famílias.

Quando se trata de atendimentos de urgência e emergência, as famílias procuram primeiramente o Serviço de Pronto Atendimento 24 horas de Canguçu e, em alguns casos, o Pronto Socorro Municipal de Pelotas. Segundo elas, para chegar ao atendimento, é preciso acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Canguçu ou deslocar-se com carro particular devido à distância a ser percorrida. No caso de internações, as entrevistadas dividem-se na procura,

algumas utilizam o Hospital da Santa Casa de Pelotas, outras o Hospital de Caridade de Canguçu. Desta forma, notam-se serviços oficiais de saúde compartilhados entre as duas cidades e que se complementam para o atendimento às comunidades rurais desta região.

Nota-se na comunidade rural visitada que, apesar de existirem serviços de saúde oficiais, como a unidade da ESF, que fica localizada bem próxima a casa das famílias, estas referem problemas como a falta de médicos, agentes comunitários de saúde e de resolutividade, problema este também presente nas cidades. Desta forma, as comunidades rurais possuem esta característica já predominante historicamente. Assim, sempre foram afastadas geográfica e culturalmente dos serviços de saúde oficiais e outros serviços básicos, o que possibilitou que, ao longo do tempo, construíssem formas de se autogerenciar e cuidar da saúde.

Com isso, esta precarização dos serviços e o descontentamento com o atendimento biomédico recebido, fortalece a continuidade da autoatenção em saúde, fazendo com que as famílias continuem realizando suas práticas de cuidado adquiridas culturalmente ao longo do tempo.

Além disso, segundo Schwartz (2002), as equipes de saúde que atuam na área rural ainda assumem uma postura de distanciamento, pois quase não percebem o modo de viver, adoecer e cuidar dessas famílias, talvez por não se interrelacionarem ou por faltar condições para uma aproximação mais efetiva pela distância geográfica e cultural existentes, de forma que um dos fatos que contribui para o isolamento das famílias é esta ineficiência dos programas de saúde, que não atendem às singularidades dos ambientes rurais.

Na perspectiva dos princípios da ESF, nota-se que estes permitem que a assistência a estas pessoas seja feita de forma integral, humanizada e resolutiva, porém o observado é diferente, ou seja, as famílias não referem à unidade de ESF como uma forma de atendimento efetivo de saúde e afirmam que, quando necessário, precisam buscar atendimento nas cidades próximas. Assim, nota-se constante e gradativa precarização dos serviços de atenção à saúde em ambientes rurais, que poderiam e deveriam ser articulados com a realidade local.

Pensando nisso, pode-se dizer que esta unidade de saúde poderia participar mais ativamente, promovendo a autonomia dos indivíduos, como é o caso do trabalho do enfermeiro citado. Este pode servir como um exemplo de profissional do SUS, que adaptou seu cotidiano de trabalho para o serviço nesta comunidade e atua

promovendo a saúde e a autonomia, com a utilização de terapias naturais. O presente enfermeiro foi citado em diversos momentos das entrevistas como um grande incentivador dos cuidados familiares e da utilização de plantas medicinais, e chegava a promover grupos nas comunidades para ensinar a utilizar as plantas e para promover uma alimentação saudável. Este modelo deveria fazer parte da prática de todos os profissionais da rede de atenção rural.

Assim, a pesquisadora ao entrar em contato com as famílias do estudo, pôde perceber que o sistema oficial de saúde no local ainda não consegue resolver os problemas da população de forma integral e efetiva. Alguns dos profissionais, como os da enfermagem e agentes comunitários esforçam-se na busca de alternativas e modos de produzir saúde porém, sem recursos, torna-se cada vez mais difícil.

Analisando este contexto, o sistema informal de saúde torna-se uma alternativa importante no cuidado a estas famílias que precisa ser levado em consideração. As formas de cuidado populares são transmitidas de pessoa para pessoa e entre as gerações familiares; além disso, também existem na comunidade pessoas que são referência (*folk*) para o cuidado à saúde com a utilização de plantas e preparações caseiras (KLEINMAN, 1980), e que são consultadas para atendimento e indicação de tratamentos. Uma das pessoas-referência no cuidado em saúde é a coordenadora do grupo de mulheres, citada por todas as entrevistadas como uma grande amiga ou até como uma segunda mãe, que sempre é procurada em caso de doença ou agravos à saúde. Além disso, foi citado em uma colônia próxima, um padre, o qual realiza grupos periódicos sobre plantas medicinais e agricultura agroecológica e que também se torna uma referência do sistema informal.

Observou-se, portanto, que a autoatenção é realizada também nesta comunidade na forma de consulta a este sistema informal de saúde, aos curandeiros locais, às comunidades religiosas e nos grupos frequentados. As famílias visitadas buscam a prevenção como uma forma de cuidado, seja na alimentação, referida pelas agricultoras como muito importante e fundamental, seja na utilização de extratos de plantas medicinais para curar e prevenir doenças. Outra percepção é que a utilização de plantas medicinais é a prática curativa mais difundida nesta comunidade, sendo que a planta possui um papel de remédio e cura na vida destas

famílias. Durante as visitas, 91 plantas e suas preparações foram citadas para o cuidado à saúde.

Levando em consideração as observações realizadas, pode-se afirmar que é de extrema importância que no Brasil se construa uma rede de esforços capazes de promover uma assistência à saúde integral, articulada com a realidade das populações rurais. Além disso, é preciso investir em programas e políticas que visem a assegurar os conhecimentos tradicionais destas comunidades como um patrimônio local, e que estas práticas articulem-se com o sistema formal de saúde, construindo uma rede de atenção participativa e horizontal onde todos sejam cuidadores e cuidados, e as práticas populares sejam valorizadas.

A figura 20, a seguir, contribui para a compreensão da rede de atenção à saúde formal e informal utilizada pelas famílias do estudo.

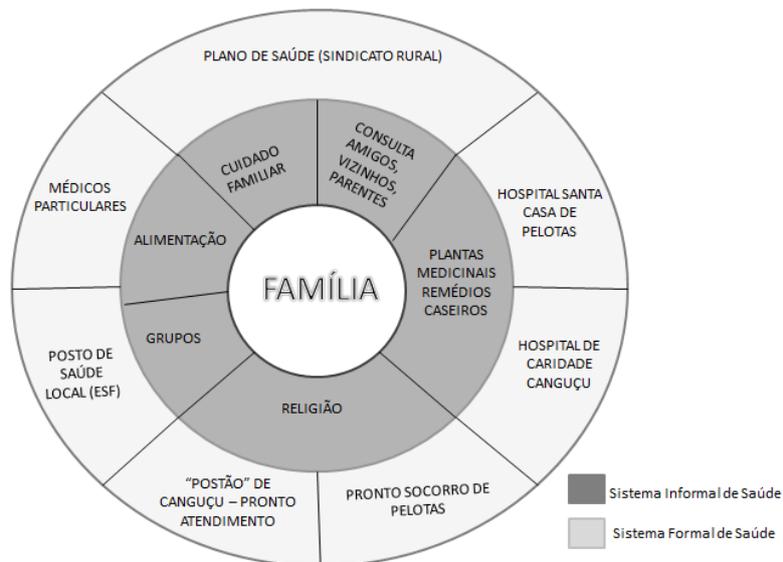


Figura 13. Rede de atenção à saúde formal e informal utilizada pelas famílias do estudo. Pelotas, RS, 2013. Elaborado pela autora.

Esta dissertação irá apresentar o artigo a seguir, intitulado “Autoatenção em saúde rural: perspectivas de cuidado por mulheres agricultoras” e que vem responder ao seguinte objetivo da pesquisa: *Conhecer as práticas de autoatenção realizadas pelas famílias rurais da região Sul do RS*. Desta forma, os principais resultados do estudo e sua discussão encontram-se no artigo a seguir, o qual é apresentado para a conclusão do mestrado acadêmico em enfermagem.

Referências

BETEMPS, L. R.; VIEIRA, M. A. Turismo pela história da colonização no sul do Rio Grande do Sul: O caso das colônias Francesa e Municipal de Pelotas/RS. **Revista Eletrônica de Turismo Cultural**, v.2, n.2, p.1-24, 2008.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 ago 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades** [internet]. Censo de 2010. Disponível em:<<http://106am.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the Borderland Between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents; 1980, p.427.

LIMA, A.R.A. **Agricultoras no cuidado da família com uso de plantas medicinais**. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

MICHAELIS. Dicionário online de português. **Charque**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/definicao/charque%20_927609.html>. Acesso em: 20 ago. 2013.

PANIS, M. **A paisagem colonial como objeto do turismo**: o caso das colônias de imigrantes italianos em Pelotas/RS In: 1º Simpósio de Pós-Graduação em Geografia do Estado de São Paulo – SIMPGEO-SP e VIII Seminário de Pós- Graduação em Geografia da Unesp, Rio Claro, 2008.

PANIS, M. **Turismo, patrimônio cultural e desenvolvimento local** – O distrito de Rincão da Cruz no município de Pelotas/RS. 2009. 193f. Dissertação (Mestrado em Geografia, Análise Ambiental e Dinâmica Territorial) – Instituto de Geociências de Campinas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007-2009**. Pelotas; 2007. 113p.

RIQUINHO, D.L.; GERHARDT, T.E. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8 n. 3, p. 419-437, 2011.

STUMPF, E.R.T.; BARBIERI, R.L.; HEIDEN, G. **Cores e formas no Bioma Pampa**: plantas ornamentais nativas. Pelotas: Embrapa Clima Temperado, 2009. 276p.

SCHWARTZ, E. **O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil**: uma perspectiva ecológica. 2002. 220f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TEIXEIRA, R.C. Zona Rural de Pelotas: Desenvolvimento para o Turismo. **Caderno Virtual de Turismo**, v.4, n.3, p.1-13, 2004.

8 Artigo com os principais resultados da pesquisa (em avaliação pela banca examinadora)

AUTOATENÇÃO EM SAÚDE RURAL: PERSPECTIVAS DE CUIDADO POR MULHERES AGRICULTORAS*

Self-Attention in Rural Health: Perspectives of Care by Female Farmers

Auto atención en salud rural: perspectivas de cuidado por mujeres agricultoras.

RESUMO

O estudo objetivou conhecer as práticas de autoatenção em saúde realizadas por um grupo de mulheres rurais da região Sul do Rio Grande do Sul. Consiste numa pesquisa de abordagem qualitativa exploratória que se fundamentou na antropologia interpretativa e no referencial de autoatenção. Os dados foram coletados entre maio e julho de 2013, por meio de sete encontros realizados à comunidade e da participação em um grupo de mulheres que ocorre no local, utilizando-se a entrevista semiestruturada gravada, observação participante e construção do genograma e ecomapa familiar. Para ordenação dos dados utilizou-se a proposta operativa emergindo as categorias de autoatenção: ação familiar; alimentação; práticas religiosas; participação em grupos sociais e utilização de plantas medicinais. A autoatenção é caracterizada por fortes vínculos de amizade, solidariedade e cuidado, em que as agricultoras utilizam vários recursos de atenção em saúde.

DESCRITORES: Cuidados primários. Cultura. Enfermagem. Atenção à Saúde. Saúde da População Rural.

ABSTRACT

The study aimed to know the practices of self-attention in health performed by a group rural women in the southern region of Rio Grande do Sul. It consists in a research with qualitative, exploratory approach, substantiated with an interpretative anthropology. Data collection occurred between May -July of 2013, through seven meets in the community and the participation of a women group that happens at the local, using a recorded semi structured interview, participant observation and construction of familiar genogram and ecomap. To the ordination of data, it was used the operative proposal emerging the categories of self-

* Artigo extraído da dissertação: Autoatenção: interfaces de cuidado por famílias rurais da região sul. Apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, no ano de 2013. Este estudo é um subprojeto da pesquisa: “Autoatenção e uso de plantas medicinais no Bioma Pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e pela CAPES.

* Após aprovado pela banca o presente artigo será encaminhado para publicação na Revista Texto & Contexto Enfermagem.

attention: familiar action; food intake; religious practices; participation in social groups and the using of medicinal plants. With this, the self-attention is characterized through strong linkages of fraternity, solidarity and care, in which farmers use several resources of health attention.

DESCRIPTORS: Primary health care. Culture. Nursing. Health care. Rural health.

RESUMEN

El estudio objetivó conocer las prácticas de auto atención en salud realizadas por un grupo de mujeres rurales de la región sur del Rio Grande do Sul. Pesquisa cualitativa, exploratoria, fundamentada en antropología interpretativa y lo referencial de la auto atención. La recolecta de datos ocurrió de mayo a julio de 2013, en siete encuentros realizados en la comunidad y de la participación en un grupo de mujeres que ocurre en el local, utilizando la entrevista semi estructurada gravada, observación participante y construcción de genograma e ecomapa familiar. Para ordenación de datos se utilizó la propuesta operativa emergiendo las categorías de auto atención: acción familiar, alimentación, prácticas religiosas, participación en grupos sociales y utilización de plantas medicinales. Con eso, la auto atención es caracterizada por fuertes vínculos de amistad, solidaridad y cuidado, en que las agricultoras utilizan varios recursos de atención en salud.

DESCRIPTORES: Atención Primaria de Salud. Cultura. Enfermería. Atención a la Salud; Salud Rural.

INTRODUÇÃO

No contexto da enfermagem brasileira contemporânea nos deparamos com desafios importantes em relação ao cuidado integral, qualidade de vida e saúde nos diferentes territórios que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo, estamos diante de uma conjuntura social de denúncia a insatisfação, em que os atores sociais não querem mais orientações pré-concebidas a partir de generalizações de saúde da biomedicina. Estes limites são mais perceptíveis quando nos projetamos para cenários, que nas dimensões continentais do Brasil estão marginais, ou ainda em construção como é o caso da saúde rural.

A atenção à saúde de famílias rurais nos depara com desafios na prática da enfermagem, que necessita se apropriar de um referencial de cuidado, sustentado não somente nos saberes técnico-científicos do modelo biomédico, mas também associado à perspectiva cultural. Porém, a cultura muitas vezes é tida como um obstáculo, algo que leva os trabalhadores a buscarem maneiras de atuar em relação às práticas de educação em saúde desenvolvidas, ou desconsiderando os conhecimentos populares como se não existissem, ou até desmerecendo estes conhecimentos. Embora ambas as representações estejam contidas na mesma concepção, ou seja, de que a cultura atrapalha, a segunda tem maior peso no que diz respeito à autoridade profissional, que passa a ser realizada de forma verticalizada.¹

A perspectiva que desenvolvemos apoiados na concepção de valorização da cultura, leva-nos a compreender que as práticas de cuidados em saúde envolvem uma complexa rede social, de lógicas diversas, que somente podemos identificar na medida em que nos

aproximamos do contexto de vida, e junto com os atores sociais percebemos as ações significativas de cuidado. Esta perspectiva aponta para o conceito de cultura que compreendemos como dinâmica, decorrente das ações que as pessoas realizam no cotidiano, enquanto ações que dão sentido a sua vida, ao seu fazer no dia a dia.²

Buscando compreender as práticas de cuidado em saúde rural enquanto dinâmica que faz parte das ações concretas de vida das pessoas e grupos sociais ancoramos este estudo ao referencial da autoatenção. Nesta perspectiva a lógica de compreensão do sistema de cuidado está na pessoa, enquanto sujeito ativo que aciona cuidados que podem ser amplos e restritos. Amplamente a autoatenção pode ser considerada como todas as práticas culturais que ajudam a assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e do grupo, sendo ligadas aos processos socioculturais que contribuem para a sua continuação, tais como: os usos de recursos corporais e ambientais, ritos, regras de casamento, parentesco e outras práticas de sociabilidade.³

De forma restrita, é caracterizada por práticas empregadas intencionalmente ao processo saúde, enfermidade, atenção, buscando a prevenção, diagnóstico, acompanhamento, tratamento e cura das doenças.³ Neste sentido, a autoatenção pode ser definida como as práticas que compreendem as representações e práxis que a população utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar, ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional dos profissionais do sistema oficial de saúde.³

Neste contexto, adotamos aqui a concepção de que as pessoas pertencentes ao meio rural possuem um cuidado em saúde pautado em experiências e práticas de autoatenção, e que as diferentes formas de atenção que existem nesta sociedade têm a ver com as condições religiosas, étnicas, econômico/políticas, técnicas e científicas que deram lugar ao desenvolvimento de formas diferenciadas entre a biomedicina e a maioria das outras formas de atenção.⁴

Consultando a literatura observamos que há poucos artigos sobre o tema da autoatenção, especialmente na ênfase do rural. As publicações em língua espanhola e portuguesa, são do autor principal do tema da autoatenção.^{3,4} No Brasil, há alguns trabalhos que discutem a realidade indígena,^{5,6,7,8} sendo que, apenas dois foram realizados por enfermeiras, e investigam a autoatenção em comunidades urbanas.^{9,10} Em decorrência disto, torna-se relevante a discussão na perspectiva da enfermagem, e a aproximação com o tema do cuidado e o sistema de autoatenção.

Com isso, o objetivo deste estudo foi conhecer as práticas de autoatenção realizadas por um grupo de mulheres rurais da região Sul do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo qualitativo, exploratório.¹¹ Este foi norteado pelo referencial teórico antropológico interpretativo,² tendo em vista a abordagem da autoatenção do cuidado em saúde.³ O local do estudo foi a área rural do município de Pelotas, que se localiza na região Sul do Rio Grande do Sul. Participaram da pesquisa sete mulheres pertencentes a quatro famílias de agricultores que vivem nesta localidade, todas integrantes de um grupo de mulheres que ocorre na comunidade. Sendo que as informantes foram identificadas pelas letras iniciais do seu nome seguidas da idade, a fim de garantir seu anonimato.

A seleção das mulheres a partir do grupo seguiu os seguintes critérios: não ter idade inferior a 18 anos; residir em meio rural, em local de fácil acesso terrestre e saber se comunicar em língua portuguesa. Houve um período inicial de três meses em que a pesquisadora participou das reuniões do grupo de mulheres, este período foi importante para selecionar as informantes que fariam parte da pesquisa, por meio da metodologia de indicação de informantes “*Snowball sampling*”,¹² ou seja, uma informante indicou a outra até que se instalou um silêncio. Acordou-se que as mulheres indicadas seriam entrevistadas e que se após isso houvesse mais indicações, se complementaria a lista de informantes. Os encontros foram agendados e a cada entrevista se telefonou anteriormente confirmando a hora e a data.

Na coleta dos dados de campo, seguimos o método Olhar – Ouvir – Escrever¹³ para registro da observação participante¹⁴. Assim, a pesquisadora observava tudo a sua volta, ouvia atentamente os relatos, anotava os dados, sem interromper e fazia questionamentos complementares diante de alguma dúvida. Ao final do dia, distante das entrevistadas, relia as informações e completava a escrita. A pesquisadora também realizou entrevista semiestruturada gravada e construção do Genograma e Ecomapa da família.¹⁵

Assim, foram realizados quatro encontros, um na residência de cada agricultora, sendo que em todos os encontros todas as quatro mulheres se reuniram voluntariamente. Mesmo sabendo que a intenção de entrevistar recaía sobre a mulher daquela casa. Esta dinâmica gerou preocupação inicial da pesquisadora, mas no decorrer das entrevistas percebeu-se que a dinâmica de vida e cuidado era muito semelhante e que este processo não interferia no foco da entrevista. A duração média de cada abordagem era de três horas, mais as observações de plantas e saudações de chegada e despedidas. No domicílio, se realizou o registro fotográfico das plantas medicinais, que as mulheres apresentavam como uma das

práticas de cuidado, comentando o ambiente de ocorrência natural ou cultivado, resgate do conhecimento e finalidade terapêutica.

Os dados foram coletados entre maio e julho do ano de 2013 e analisados por meio da proposta operativa com categorização,¹¹ que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro consiste na fase exploratória da investigação. E o segundo denomina-se de interpretativo e apresenta duas etapas: a ordenação e a classificação dos dados, sendo que esta última inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados.

A pesquisa atendeu as normas e preceitos éticos de garantia de anonimato dos sujeitos, os quais constam no código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,¹⁶ atendendo também aos princípios da Resolução 466/2012.¹⁷ Os participantes da pesquisa assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido conforme previsto no protocolo 096/2012 do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão aqui apresentados em categorias considerando sua melhor compreensão, sendo elas: Ação familiar: a união para o cuidado; Alimentação: prevenção e partilha; Práticas religiosas: a promoção do bem estar; Participação em grupos sociais: interação social e coletividade; Plantas medicinais: os primeiros socorros caseiros. Sendo que iniciaremos com uma breve apresentação do contexto sociocultural das famílias do estudo.

Contexto sociocultural das famílias do estudo

O primeiro contato com as participantes do estudo foi a partir do Grupo de Mulheres Esperança, indicado por meio da Feira da Associação Regional de Produtores Agroecologistas da Região Sul (Arpasul). Este grupo de agricultoras começou em 1988, após participarem de uma atividade de capacitação que abordava o cuidado com plantas medicinais, desenvolvida por religiosas da igreja católica de Pelotas.

Segundo a coordenadora do grupo, a mobilização começou com visitas entre algumas mulheres, que depois passaram a se encontrar e decidiram se unir em prol da luta pelos direitos sociais da classe feminina, entre estes, direito da aposentadoria à mulher rural. Começaram a participar de movimentos, como o Movimento das Mulheres Camponesas (MMC). E então se firmou o grupo com uma gestão de reuniões mensais, firmando independência e autonomia.

Assim, uma vez a cada mês, 15 mulheres se reúnem para atividades de artesanato, fazer pomadas, tinturas de plantas medicinais, sabonetes, tricô, crochê, desinfetantes, conversar sobre saúde e fazer exercícios físicos, caracterizando-se como importante espaço para a educação em saúde e sociabilidade.

Desta forma, por meio da participação durante três meses na rotina funcional deste grupo de mulheres, foi possível identificar quatro famílias de agricultoras, as quais foram visitadas em suas residências. Estas residências ficam próximas umas das outras cerca de 1 km, e são em sua maioria de alvenaria, com árvores frutíferas como laranjeiras, bergamoteiras e pessegueiros, e também hortas e animais de estimação que andam soltos pelos pátios das casas.

A distância da sede do município até o local da pesquisa é 50 km, sendo o acesso difícil em decorrência de grande parte da estrada não ser pavimentada. No trajeto, aproximadamente na metade do caminho, existe uma Unidade de Saúde da Família que é referência para as famílias do estudo, e segundo as participantes, o enfermeiro é o responsável por atender a maioria das demandas da comunidade.

A renda das famílias de agricultoras do estudo é proveniente principalmente da produção de pêssego, que é comercializada para empresas locais. Outra fonte de renda que observamos é o crescente número de aposentadas rurais. Os demais produtos como milho, feijão, batata e também os animais como vacas, porcos e galinhas são apenas para consumo da família, caracterizando uma produção de subsistência. As hortas intercalam vegetais, hortaliças, plantas ornamentais e plantas medicinais e ficam localizadas próximas as casas.

Uma constatação foi na elaboração e cuidado das hortas familiares, pois todas apresentam formato e características similares: apresentam-se em área plana, retangulares, cercadas com tela e com canteiros alinhados com plantas dispostas em fileiras. Existe uma sincronia entre a produção agrícola e as estações do ano, sendo que durante a coleta de dados a atividade produtiva concentrava-se na poda dos pessegueiros e manejo apícola, concomitante as agricultoras estavam envolvidas em suas propriedades com o cuidado da família, da casa e dos animais.

A descendência das participantes é característica da miscigenação étnica cultural que ocorreu na zona rural do município,¹⁸ principalmente pelos povos alemães, italianos, espanhóis e portugueses. A idade das participantes variou de 21 a 78 anos, sendo que a maioria, ou seja, quatro das mulheres possuem idade na faixa etária de 50 a 60 anos. As mais idosas embora responsáveis pelo trabalho múltiplo como cuidado da casa, da horta e dos animais, apresentavam-se bastante dispostas e atentas, com cuidado vigilante em relação ao

seu corpo. Quanto à religião, três famílias são católicas e uma delas evangélica. Todos os membros da família são praticantes de sua religião e esta se mostrou muito presente em todos os momentos vivenciados.

A aproximação com as práticas de autoatenção no contexto das famílias rurais implicou em aproximar-se dos seus valores e símbolos sendo percebidos nas peculiaridades do seu processo de vida, que é construído cotidianamente. A partir das visitas realizadas identificamos como parte deste sistema de autoatenção: *a ação familiar, a alimentação, as práticas religiosas, a participação em grupos sociais e as plantas medicinais*, as quais podem ser visualizadas em sua perspectiva ampla e restrita. Na forma ampla encontram-se todas as atividades realizadas para a manutenção, socialização e convívio, e na forma restrita, as práticas utilizadas intencionalmente no processo saúde, enfermidade, atenção.³ Além disso, os cuidados da biomedicina também aparecem como a última opção a ser seguida, em casos de doenças e sintomas mais graves. E a automedicação, que faz parte da autoatenção, na forma de medicamentos alopáticos industrializados em apenas uma das famílias visitadas, na qual a agricultora referiu utilizar comprimidos “daqueles de farmácia” quando sentem alguma dor de cabeça ou dores no corpo.

Quando nos aproximamos do referencial da autoatenção é possível identificar o contexto de práticas amplas e restritas realizadas, e o quanto elas estão interligadas, de forma que as famílias das agricultoras construíram uma rede de cuidados em saúde pautada em aspectos que contemplam o cuidado a nível coletivo e comunitário e também individual. Esta rede de cuidado não é estática, sofre modificações e adaptações conforme os recursos disponíveis.³ A seguir passamos a discutir cada uma delas.

Ação familiar: a união para o cuidado

As famílias do estudo tem uma composição nuclear predominante, constituídas por pai, mãe, filhos e avós. Conforme observado, o membro mais jovem de todas as famílias participantes possuía 21 anos, não sendo observadas crianças nas residências. A família 1 (F1) era constituída por pai, mãe, filha e avó materna, com fortes laços de afeto e cuidado recíproco. A família 3 (F3) tinha como membros o pai, a mãe e o filho mais novo (23 anos), sendo que as outras duas filhas, já casadas, residiam na cidade. Já a família 4 (F4) constituía-se por marido e mulher, sendo que uma das filhas residia na cidade e outros dois filhos na colônia, próximos aos pais.

Porém, encontrou-se uma família constituída apenas pela participante do estudo e o ex-sogro que mora no mesmo terreno, o que demonstra que o ambiente rural moderno aceita novas composições de família. Com isso, segundo autores,¹⁹ o modelo hierárquico de família

ainda persiste, concomitantemente a uma situação de transformação. No caso peculiar aqui destacado, a família é estruturada dentro de uma visão complementar de papéis de gênero e idade, que são definidos em termos recíprocos.

Na perspectiva dos cuidados em saúde, a família foi destacada neste estudo como o principal laço de cuidado, que inicia o movimento despertando para o cuidado individualizado enquanto especificidade de atenção, ao mesmo tempo em que permite o compartilhamento de ações para superação do agravo identificado. Assim, todos os membros da família se mobilizam e apóiam ajudando um ao outro.

Se um tá doente, todos estão apoiando aquele. Então nós aqui é assim! (E.B, 78 – F1)

Ah, isso aí é assim, um cuida do outro, se eu estou bem ruim é meu marido que vai me cuidar ou minha filha que mora perto, a gente pede socorro para um ajudar o outro né. No momento que ela precisar, eu ajudo ela. É assim, até em família, como a vó E. (moradora vizinha que tem laços sanguíneos em grau de ascendência em relação à família 1) mora pertinho, como eu te disse que ela é minha segunda mãe né. (O.M.K, 56 – F4)

No que diz respeito à autoatenção, a ação familiar se constitui como um sistema de cuidado deste contexto que não está relacionado à consanguinidade apenas, mas a identidade social de pertencimento aquele lugar. Ao mesmo tempo, no espaço da família existe ação de proximidade que permite a identificação e o reconhecimento do que é normal e do que é diferente ao esperado em relação à pessoa naquele grupo social. Outro fato observado é que o cuidado realizado pelas famílias é fortalecido também pela rede social, com a participação de vizinhos, amigos e da comunidade.

Na perspectiva de interpretação da autoatenção, a ação familiar de cuidado viabiliza a integração e a dinâmica de todo o sistema de atenção à saúde e a manutenção dos sujeitos e do grupo social. Daí poder-se dizer que o cuidado familiar constitui a principal forma de autoatenção em saúde evidenciada neste grupo social, e que integra outras práticas. O cuidado familiar apresenta-se constante e compartilhado, possibilitando que estas agricultoras criem novas possibilidades de cuidado, a exemplo do encontrado entre a informante que convive no mesmo terreno com o ex-sogro e que descreve ser de seu grupo familiar. Embora separada do marido, que migrou e constituiu nova família, o senhor, viúvo, seguiu residindo na propriedade e segundo a informante mantém uma relação de cuidado mútuo.

Neste processo, seguindo o raciocínio da autoatenção percebe-se que a mulher tem papel singular de sentinela. Realiza um papel restrito de autoatenção, como o diagnóstico, a

distinção entre o que é grave ou não, a vigilância e em alguns casos, a evolução da doença opinando na indicação do melhor tratamento a ser utilizado para os membros da família.³

Além disso, em diálogos e observações durante as reuniões, notou-se que as mulheres agricultoras investigadas possuem uma grande jornada de trabalho que se articula entre os trabalhos na lavoura, com os filhos, em casa, com os animais (vacas, porcos e galinhas), na horta e no jardim, que se caracterizam como formas também restritas de autoatenção.

Estas tarefas são reorganizadas criativamente diante de desafios que elas planejam para organização da autoatenção ampla. Para realizar as reuniões do grupo de mulheres, por exemplo, estas não ficam eximidas das suas tarefas domésticas, relatam que negociam espaços em seu processo de trabalho antecipando a preparação de alimentos para quem permanece em casa, madrugam na atividade de ordenha e cuidados com os animais, organizam o lanche e o material das oficinas e desta forma conciliam os dias de reunião com os afazeres domésticos, tornando-se peças fundamentais da autoatenção familiar e também a nível comunitário.

Alimentação: prevenção e partilha

A alimentação surge como uma prática de cuidado enfatizada por todas as entrevistadas do estudo. É inegável afirmar que mediante os depoimentos, o cuidado à saúde e a prevenção de doenças começa a partir da alimentação.

É a gente, eu acho assim, que a gente já cuida assim sobre a alimentação como é que deve ser, sobre a horta [...] Eu sempre cuido bem, eu gosto de cuidar bem da horta, e assim não comer gordura, fazer a alimentação mais correta. (C.M.S,65 – F2)

Assim eu ensino minhas netas, não é só tomar refrigerante ou “ki-suco”, digo vão lá pegar uma laranja, vamos fazer um suco. Aí elas dizem, mas é ruim se tu bota verdura, eu digo bota só uma folhinha que não vai ficar ruim. Mas eles tomam né. (O.M.K,56 – F4)

Na verbalização das entrevistadas, uma das principais formas de cuidar a alimentação é por meio do cultivo dos próprios alimentos. Entendem que a ação de cultivos naturais, sem a utilização de agrotóxicos, contribui para o cuidado alimentar. E em contraposição verbalizam que o agrotóxico é “veneno”.

Ai eu acho, tenho pra dizer que a alimentação da gente na mesa tem pouco agrotóxico, só quando a gente ataca os carros que passam aqui [...]. Mas a gente procura tudo que puder sem o agrotóxico. Nossas coisas é quase tudo... tudo da natureza. (C.M.S,65 – F2)

Eu acho que a gente cuida assim, principalmente não comer essas coisas envenenadas, que vai com veneno essas coisas. (R.B.A, 46 – F1)

Olha eu sempre costumo cuidar muito e até recomendar onde é que pega o que come né. Esse negócio de agrotóxico. Por isso eu gosto muito que a gente planta batata em casa eu digo eu sei que não tem veneno. Planta o feijão em casa e várias coisas né como abóbora tem a horta, então eu sei que as minhas verduras eu sei que são isentas que qualquer... Isso é importante. Muito importante! (O.M.K,56 – F4)

A partilha do alimento também é realizada como uma forma de cuidado, sendo que em todos os encontros presenciados, no grupo ou nas visitas as residências, o principal momento foi o café. Este ritual acontecia ao se reunirem nas cozinhas, ao redor da mesa, com disposição de diversificados produtos e realização do agradecimento em forma de oração pelo alimento. Observamos que nas visitas havia uma combinação solidária entre as participantes dos encontros relacionada à organização do café da tarde, onde cada uma das mulheres levava um alimento para compartilhar, e isto fazia com que o encontro fosse uma forma de união, cuidado e também partilha.

Desta forma, na comunidade pesquisada, os alimentos possuem uma grande influência em toda rotina funcional das famílias, pois estas se organizam para produzir os principais alimentos evitando os agrotóxicos, cultivando plantas selecionadas na horta, preparam as refeições com cuidado e higiene ensinando os mais jovens a ingerir alimentos naturais, e posteriormente partilham entre os membros da família, grupos ou em festividades. Todo este processo de produção e cuidado do alimento e a não utilização de agrotóxicos insere-se na perspectiva mais ampla de autoatenção e merece destaque no momento em que a alimentação saudável constitui-se um dos pilares da promoção da saúde. Já a prática de comer alimentos saudáveis, cuidar a higiene das refeições e beber água tratada, insere-se na perspectiva restrita. Neste sentido, o comportamento alimentar passa para além de consumir o alimento propriamente dito, pois é composto de aspectos produtivos, de seleção, separação, chegando até aos aspectos mais simbólicos da alimentação.²⁰

Neste sentido cultivar, trabalhar, produzir, e comer são ações humanas individuais e coletivas que constituem um sistema de dádivas, de trocas materiais e simbólicas geradoras de reciprocidade, que se apresenta como fato social²¹ e conforme observado, caracteriza-se como importante prática de cuidado à saúde também por meio da socialização e partilha do alimento, considerando que este compartilhamento de comidas em festividades e reuniões comunitárias de socialização representa uma prática de autoatenção popularmente aceita pelos grupos sociais.³

Práticas religiosas: a promoção do bem estar

As práticas religiosas foram observadas como uma importante ação das agricultoras que em repetidos momentos faziam referências e práticas ligadas às atividades da igreja e religião. Além da participação em missas, cultos, encontros e festividades religiosas, as agricultoras organizam reuniões semanais para estudos bíblicos e grupos de terço e oração. O grupo de terço, por exemplo, realizava-se toda segunda-feira, em casas alternadas, onde se reuniam as mulheres, seus maridos e filhos para rezarem o terço.

Nós fizemos sempre os terços nas comunidades, agora este ano eles vão fazer mais uma, junto com o terço faz o estudo bíblico, [...]. E fizemos várias coisas, nós temos sexta-feira, nós temos uma caminhada né [...] Porque lá é muito lindo lá(colônia vizinha), porque lá se encontram todas as comunidades, luterana, evangélica, a católica... coisa mais linda é o encontro lá. Não, mas nós fizemos muita coisa boa, missa nós temos todos os meses aqui, e temos os encontros bíblicos. (C.M.S,65 – F2)

Católica praticante, né... Sim a gente nasceu e se criou na religião. (A.D.S, 69 – F3).

[...] Nós ganhamos uns ramos bentos na igreja então eles pedem para nós benzer a nossa casa, aí eu gosto de pegar aqueles galhinhos verdes e numa água benta que eu já escutei ali o pai eterno eu benzo às vezes a casa, eu benzo até as fotos dos meus filhos pra Deus proteger, quer dizer que aquele meu benzer eu acredito. (C.M.S,65 – F2)

Na fala desta mesma agricultora podemos perceber a importância do bem-estar psicológico para a saúde, esta refere que é preciso ter paz, amigos, e a igreja para viver bem, como vemos abaixo.

Ah eu acho que a gente tem que, uma das coisas que a gente tem que ter é viver bem. Como é que eu vou dizer! a pessoa ter paz, ter tranquilidade, ter a sua igreja, ter os seus amigos, isso é uma coisa que faz parte também da saúde né.(C.M.S,65 – F2)

Esta religiosidade pode ser entendida como uma prática de autoatenção familiar no momento em que produz bem estar social, psicológico, afetivo e emocional, considerando a saúde na perspectiva social. As agricultoras deste estudo possuem várias atividades ligadas à igreja e à religião e a consideram uma parte essencial em suas vidas. Aqui, a religião também pode ser vista em um contexto mais amplo e mais restrito. Amplamente com a participação das famílias a nível comunitário em missas, estudos bíblicos, festividades religiosas que realizam em espaço além da sua comunidade, onde acontece uma celebração ecumênica. No sentido restrito, as ações de fortalecimento individual com orações realizadas em

agradecimento antes das refeições, a bênção com unção de água benta sobre as fotografias da família, conforme relatado por uma das agricultoras.

Outra evidência quanto à religião é o sincretismo religioso existente, pois embora as famílias possuam uma religião predominante, existe uma fusão de doutrinas de diversas crenças religiosas, e participam também de atividades que envolvem outras religiões que não a sua, como a caminhada citada acima. Isto pode ocorrer, pois entendem a religião como uma ação de sociabilidade que unifica sentidos comuns de paz, amor e união, considerando Deus, o centro de tudo.

Nesta perspectiva, a influência da religiosidade tem demonstrado potencial impacto também sobre a saúde física em alguns estudos realizados, direcionando-se de forma consistente para o cenário de prevenção.²² Neste contexto, considera-se a prática religiosa como importante prática de autoatenção, que pode servir como forma de prevenir agravos à saúde. Esta ocorre, pois a religiosidade é concebida como parte integrante da resolução de problemas e não somente como uma estratégia de esquivar-se ou defender-se.²³

Participação em grupos sociais: interação social e coletividade

Outra forma de cuidado mostra-se a partir do vínculo social das integrantes da pesquisa com a comunidade. Todas as entrevistadas participam de grupos, sendo importante o vínculo observado no grupo chamado “Esperança”. Neste grupo, as mulheres se reúnem uma vez ao mês para diversas atividades ligadas ao cuidado em saúde, utilização de plantas e extratos vegetais, confecção de pomadas, xaropes, sabonetes medicinais. Além disso, observamos que se mobilizam para aprender atividades diferentes das tarefas cotidianas, que a partir dali integram com as atividades diárias na família. Os fins destas atividades de grupo são diversos: geração de renda, economia familiar (artesanato, fabricação de sabão, desinfetantes e produtos à base de plantas), fortalecimento espiritual, troca de conhecimentos, cuidado de si e demais membros da comunidade.

É. Isso! A gente ajuda em grupos, ajuda na comunidade no geral. Tem. Grupo de casais. Ah tem, o grupo de oração. (A.S.D,69 – F3)

É e do grupo tudo, aqui no grupo como a R. (coordenadora) agora, a R. aqui é nossa mãe que nos ensina, e passa as coisas pra nós. (A.S.D,69 – F3).

É e através do grupo então a gente sabe né (referindo-se as plantas medicinais). (E.B,78 – F1)

Este fortalecimento das relações sociais permeia as práticas das agricultoras entrevistadas, sendo estas atividades de grupo importantes formas de transmissão de conhecimentos e práxis a respeito do cuidado em saúde e promoção do bem-estar. Percebemos ao participar do grupo, que cada agricultora tem a oportunidade de trocar experiências, expressar seu pensamento, sua opinião ou seu ponto de vista. Sendo este trabalho em grupo considerado para alguns autores como uma forma de libertação do homem, que sozinho está alienado, podendo assim construir planos de ação para modificar aspectos da realidade compartilhada que repercutem em sua saúde, tornando-se sujeitos das próprias vidas.²⁴

É exatamente neste contexto que se desenvolvem as atividades em grupo na comunidade estudada, de forma que o grupo de mulheres, em especial, visa transformar a realidade social vivida por suas participantes, como uma importante prática de autoatenção em sua forma ampla, na perspectiva de interação social, as agricultoras enquanto grupo tem um reconhecimento e auxiliam na comunidade organizando festas, compartilham conhecimentos sobre noções de agroecologia. A autoatenção no sentido restrito da participação social das mulheres é observada em relatos de satisfação com as vivências decorrentes de visita ao restaurante para comer pizza, ao município de São Lourenço e à balneabilidade da Laguna dos Patos, à festa do doce, todas oportunidades discutidas e planejadas a partir dos fundos arrecadados no grupo, revertendo-se em amizade, solidariedade e bem-estar, contribuindo para um cuidado mais integral.

Com isso, o grupo vem trabalhando junto a estas agricultoras nas questões de educação em saúde, uso de plantas medicinais e repasse de conhecimentos, sendo um exemplo dos benefícios que grupos de autoajuda³ fazem para as práticas de autoatenção em populações rurais.

Plantas medicinais: os primeiros socorros caseiros

As práticas de cuidado com a utilização de plantas medicinais mostraram-se muito presentes em todas as famílias visitadas. Desta forma, quando os cuidados em saúde exigem a cura de determinado sintoma ou agravo à saúde as plantas são utilizadas como a primeira opção de tratamento, sendo consideradas pelas famílias como os “primeiros socorros caseiros”.

É. Um cuida do outro né e aí sempre primeiro socorro é o chá né. A gente diz, se a gente na hora assim não lembra, bah mas isso, aquilo, já tem livrinho, tem coisas, tem anotação, para quê que o chá é bom, para ver que chá usar né. (O.M.K,56 – F4)

[...] Os chás, quando a gente tá doente que a gente se lembra de primeiro, a gente recorre primeiro a usar os chás, as coisas como nossos avós nos ensinaram... os pais da gente, a mãe. Então a gente procura, se a gente tá se sentindo ruim, assim eu vou fazer um chá primeiro. Primeiros socorros a gente procura em casa, né. (C.M.S,65 – F2)

O primeiro passo é chá! É quase sempre é. (E.B,78 – F1)

No que diz respeito ao repasse de conhecimento sobre as formas de cuidado com plantas medicinais todas as entrevistadas referem a família como os principais transmissores do saber. Desta forma, o uso de chás na autoatenção em saúde além de ser uma das reações ao modelo biomédico de assistência, é uma prática antiga e que vem sendo repassada de geração em geração.

Então é uma coisa muito antiga. Do tempo dos nossos avós, então muita coisa que a gente sabe ainda é daquele tempo! Muita erva que a gente conhece é daquele tempo ainda. (E.B,78 – F1)

Ah, eu já aprendi desde pequenininha com a minha vó, com minhas vós, com a vó E.B., com a mãe, com o pai que sempre algum já, todo mundo assim já conhecia chá, já costumava usar né. (O.M.K,56 – F4)

Neste contexto, as plantas presentes em cada residência são compartilhadas entre as famílias da comunidade, em uma relação de cuidado e trocas. Dentre as 91 plantas medicinais citadas, as principais utilizadas por todas as famílias são: o Funcho (*Foeniculum vulgare* Mill.); a Malva (*Malva parviflora* L.); a Melissa (*Melissa officinalis* L.); Picão-branco (*Bidens alba* L.); e por fim, a Tansagem (*Plantago major* L.).

Com isso, o uso de plantas medicinais aparece como a principal prática utilizada nos casos mais restritos de autoatenção, na forma de cuidado e cura aos agravos, embora também se expresse de forma ampla, no compartilhamento dos preparados produzidos e de mudas de plantas entre as famílias da comunidade. Esta utilização evidencia-se também em outros estudos realizados no Sul do Brasil,^{18,25} bem como em estudos de diferentes contextos do território nacional,⁵ nos quais as pessoas fazem uso desta terapia como principal forma de cuidado em saúde.

Conforme os resultados deste estudo, autores afirmam que as plantas medicinais continuam ocupando lugar de destaque no arsenal terapêutico de muitas populações e possuem a família como o principal meio de transmissão e utilização.²⁶ Observou-se que a planta medicinal na forma de chá é um importante cuidado de autoatenção restrita, no entanto o grupo também utiliza as informações de livros e anotações absorvidas a partir das vivências

do grupo. Ressalta-se que o reconhecimento da erva é realizado pelo conhecimento repassado pelos ancestrais. A vivência do grupo fez com que adquirissem e complementassem seu conhecimento, realizando diversas preparações a partir das plantas, como xaropes, elixires e pomadas que armazenam para situações de imprevisto.

Neste sentido, um dos grandes desafios da área da saúde é avançar na abordagem de compreensão das diferentes perspectivas de saúde, por meio de ações intersetoriais que contemplem a realidade dos diferentes territórios e que possibilite que os profissionais trabalhem com a perspectiva da autoatenção e do cuidado integral à saúde. Esse movimento muitas vezes é limitado devido o atrelamento ao modelo biomédico com um foco exclusivo de cuidado.

Os resultados apresentados demonstram que a prática da enfermagem enquanto ciência do cuidado, em comunidades rurais enfrenta desafios, pois além de um cuidado prático e vinculado aos saberes científicos, estes devem possuir ainda a compreensão de suas singularidades e contexto de vida, que perpassam pelo ambiente ecológico, social, espiritual, alimentar e familiar, e o reconhecimento das práticas de autoatenção e cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu compreender diferentes ações que fazem parte da realidade estudada, apontando que necessitamos olhar como enfermeiros para este contexto, considerando diversos aspectos, como o papel de gênero nos cuidados familiares, as relações de afeto e cuidado mútuo existentes, o tipo de alimentação e a produção familiar agroecológica, a importância da partilha do alimento e a influência da prática religiosa, as quais são práticas amplas de autoatenção importantes no sistema de cuidado em saúde rural. No sentido restrito, a autoatenção é percebida em cuidados mais individualizados nos casos de doenças, com a promoção da saúde e a utilização de terapias naturais como as plantas medicinais.

Neste mesmo sentido, estas características próprias de cada comunidade merecem ser levadas em consideração na formulação de programas e políticas que venham a atender esta população. Entendendo que o contexto de cuidado vivenciado aproxima-nos do pluralismo de cuidados, de forma que os indivíduos rurais na contemporaneidade buscam diversos meios para manter e atender a sua saúde, construindo uma rede de cuidados que transcende a perspectiva biomédica, podendo ser observada nas ações que investigam a realidade embasada na perspectiva sociocultural.

Como limites do estudo apontamos a não realização de uma etnografia, a qual se mostrou necessária para a compreensão mais aprofundada das práticas de autoatenção,

emergindo a necessidade de uma observação mais enfática. Buscando também incluir a perspectiva masculina, para contrapor as experiências de cuidado.

As pesquisas que buscam compreender o modo de viver e cuidar de famílias na área rural ainda são incipientes. Assim, sugerimos a importância de que mais estudos sejam realizados visando conhecer as práticas de autoatenção e cuidado em diversos contextos de vida rural.

REFERÊNCIAS

1. Monticelli M, Elsen I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Texto contexto - enferm* [online]. 2006 [acesso em 2013 nov 29];15(1):26-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a03v15n1.pdf>. doi: 10.1590/S0104-07072006000100003.
2. Geertz C. *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
3. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003 [acesso em 2013 nov 21];8(1):185-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232003000100014.
4. Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Campos – Revista Antropología Social*. 2005;14:33-69.
5. Scopel D, Dias-Scopel RP, Wiik FB. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva* [online]. 2012 [acesso em 2013 nov 21];6(1):174-190. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1141/1046>.
6. Vieira HTG, Oliveira JEL, Neves RCM. A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó - Pernambuco. *Saude soc* [online]. 2013 [acesso em 2013 nov 21];22(2):566-574. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a25.pdf>. doi: 10.1590/S0104-12902013000200025.
7. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *Hist. cienc. Saúde* [online]. 2013 [acesso em 2013 nov 21];20(1):203-219. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100011&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-59702013000100011.
8. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010 [acesso em 2013 nov 21];26(8):1549-1560. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800009&lng=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S0102-311X2010000800009
9. Boehs AE, Rumor PCF, Ribeiro EM, Grisotti M. Percepções das mães sobre os cuidados à saúde da criança até 6 anos. *Rev. min. Enferm*. 2011;15(1):114-120.

10. Francioni FF. Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
12. Goodman LA. Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*.1961; 32(1):148-70.
13. Oliveira RC. O trabalho do Antropólogo. 2 ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp; 2006.
14. Gil A C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2010.
15. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção em família. 3.ed. São Paulo: Roca; 2009.
16. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
17. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/12: Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
18. Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. *Rev. Esc. Enferm. USP* [on-line]. 2011 [acesso em 2013 ago 28];45(1):47-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100007. doi: 10.1590/S0080-62342011000100007.
19. Heck RM, Langdon EJM. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento* [online]. 2002 [acesso em 2013 nov 29]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. Disponível em: <http://books.scielo.org>.
20. Navolar TS, Rigon SA, Philippi JMS. Diálogo entre agroecologia e promoção da saúde. *Rev. bras. promoç. saúde* [online]. 2010 [acesso em 2013 nov 21];23(1):69-79. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1176>. doi: 10.5020/18061230.2010.p69.
21. Menasche R, Marques FC, Zanetti C. Autoconsumo e segurança alimentar: a agricultura familiar a partir dos saberes e práticas da alimentação. *Rev. Nutr* [online]. 2008 [acesso em 2013 nov 21];21:145s-158s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000700013&script=sci_arttext. doi: 10.1590/S1415-52732008000700013.
22. Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiqu. Clín* [online]. 2007 [acesso em 2013 nov 21];34(supl 1):88-94. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/88.html>.

23. Ferreira AGN, Gubert FA, Martins AKL, Galvão MTG, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [on-line]. 2011 [acesso em 2013 nov 21];32(4):744-750. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000400015&script=sci_arttext. doi: 10.1590/S1983-14472011000400015.
24. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm* [online]. 2005 [acesso em 2013 nov 21];26(2):147-155. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4547>.
25. Piriz MA, Mesquita MK, Ceolin T, Mendieta MC, Heck RM. Folk informants on medicinal plants and the populars practices of health care. *Rev Enferm UFPE Online* [online]. 2013 [acesso em 2013 nov 21];7(9):5435-5441. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3539>. Doi: 10.5205/01012007.
26. Zillmer JGV, Schwartz E, Muniz RM. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. *Rev. Esc. Enferm. USP* [on-line]. 2012 [acesso em 2013 nov 21];46(6):1371-1378. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/13.pdf>. doi: 10.1590/S0080-62342012000600013.