

## FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE FAMÍLIAS URBANAS E RURAIS

CAROLINE VARGAS ROSA<sup>1</sup>; MARJORIÊ DA COSTA MENDIETA<sup>2</sup>; MANUELLE ARIAS PIRIZ<sup>3</sup>; RITA MARIA HECK<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – carol.vargas333@gmail.com

<sup>2</sup>Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – marjo.mendieta@ibest.com.br

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

<sup>4</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - heckpillon@yahoo.com.br

### 1. INTRODUÇÃO

No que tange os princípios e diretrizes do SUS, sabe-se que a integralidade faz parte destes princípios estabelecidos desde sua criação. Desta maneira, espera-se que a integralidade na atenção à saúde oriente ações programáticas e políticas que respondam as necessidades da população no acesso à saúde, considerando as especificidades de cada pessoa, e as diferentes dimensões biológicas, culturais e sociais do indivíduo ou grupo, que recebe o cuidado, enfatizando a importância de proporcionar o poder de autonomia e cidadania da população (SILVA; SENA, 2008).

Uma maneira de compreender a integralidade das ações em saúde pode começar por um olhar voltado à realidade das pessoas no que se refere às diferentes práticas e formas de atenção. Faz-se cada vez mais necessário aceitar e conhece-las. Com isso, é importante que o profissional tenha um olhar para referenciais da antropologia, como Menéndez (2003) que auxiliam na compreensão de que o sistema de saúde não é somente o formal.

Para Menéndez (2003) a população transita por diversas formas de atenção, dentre elas, do tipo biomédico, que fazem parte do sistema oficial de saúde; o tipo popular e tradicional, no qual estão incluídos os profissionais informais, como curandeiros, espiritualistas, dentre outros; o tipo *new age*, que inclui novas religiões comunitárias baseadas na cura, dentre outros; o tipo derivadas de outras tradições médicas, como a acupuntura; e ainda, o tipo centrado na autoajuda, como grupos de alcóolicos anônimos, dentre outros.

Com isso, percebe-se que a família é parte importante dos diferentes tipos de sistemas de saúde, visto que é geralmente neste grupo, que o conhecimento popular é repassado por meio das gerações, e, além disso, a família com frequência é quem participa dos cuidados em saúde. Desta forma, entende-se que família é um grupo de pessoas que proporciona o aprendizado dos primeiros conhecimentos de cuidados à saúde (ROSA et al., 2009).

Desta maneira, para que se alcance um olhar integral para os indivíduos e famílias, é necessário compreender o que leva as pessoas a utilizarem as diferentes formas de atenção, no âmbito da autoatenção em saúde. A autoatenção refere-se às representações e práticas que as pessoas utilizam para controlar, facilitar, suportar, curar ou evitar processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta de profissionais, embora estes possam fazer referência para essa atividade. A autoatenção envolve decidir de maneira autônoma ou relativamente autônoma a forma de agir das pessoas em busca pela saúde (MENÉNDEZ, 2005).

Com isso, o objetivo deste trabalho é conhecer as diferentes formas de atenção que famílias urbanas e rurais realizam em um município no sul do RS.

## **2. METODOLOGIA**

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

O estudo foi realizado no município de Pelotas/RS, no domicílio de famílias de escolares, próximo a duas escolas, sendo uma na área rural, no 9º Distrito, Monte Bonito, e uma na área urbana, no bairro Balsa, zona do Porto. Os participantes foram doze familiares de escolares que estão cursando a 5ª, 6ª e 7ª série, e 6º ano do ensino fundamental. Estes foram identificados por nomes fictícios, seguido da idade, e da localidade (urbano ou rural).

Os dados foram coletados de abril a julho de 2014, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada gravada e a construção do ecomapa conforme Wright e Leahey (2008). Os dados apresentados neste trabalho são provenientes da análise da questão relacionada aos diferentes sistemas de cuidado que os participantes utilizam/transitam. Estes dados foram transcritos e analisados seguindo a proposta Operativa de Minayo (MINAYO, 2010), da qual emergiram duas categorias: formas de atenção relacionadas ao tipo biomédico e formas de atenção relacionadas ao tipo popular e tradicional, seguindo o referencial teórico de Eduardo Menéndez. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel sob número de protocolo 020/2011. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e a pesquisa atende a todas as normas da resolução 466/2012 sobre a pesquisa com seres humanos.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram abordados 12 familiares de escolares, sendo seis da área urbana e seis da área rural. A escolha por estes dois diferentes contextos se deu para que fosse possível conhecer as diferenças e aproximações quanto ao sistema de cuidado no âmbito da autoatenção em saúde entre ambos locais.

Dos doze familiares, nove são mulheres, reafirmando que geralmente a mulher tem mais envolvimento com questões de saúde da família (CEOLIN et al., 2011). A faixa etária destes oscilou entre 31 e 62 anos, dentre estes, sete possuem ensino fundamental incompleto, demonstrando para a maioria baixo nível de escolaridade, independente do local no qual estão inseridos.

Ao analisarmos as representações populares acerca das formas de atenção à saúde, surgem dois contextos, a utilização do modelo biomédico e as práticas populares e tradicionais de cuidado. As famílias abordadas no espaço rural, na sua maioria, referem um vínculo forte com a UBS. Já em ambiente urbano, os vínculos são variados, nota-se em algumas famílias a grande utilização dos serviços oficiais de saúde e o forte vínculo com as unidades. Em outra família foi possível verificar relações mais conflituosas com a UBS, mas um bom vínculo com um dos profissionais. Outro relato analisado deixou clara a necessidade de buscar outros recursos e serviços como ambulatórios da Universidade Federal de Pelotas, quando existem conflitos na utilização das UBS e serviços de atendimento imediato.

Poucos participantes referiram o hospital como uma das formas de atenção, e quando citado estes relatavam vínculo fraco na utilização destes serviços. Desta forma, a primeira opção para a maioria das famílias é o atendimento em unidades básicas de saúde, como vemos nas falas a seguir:

*“Se o posto estiver atendendo e o médico estiver atendendo, é o posto de saúde. No segundo lugar, se não tiver outra opção, é o pronto socorro. Mas eu, geralmente é o posto de saúde” (Maria, rural).*

*“Já tá doente, vai no médico [...] Ah as vezes tem, as vezes não tem. [...] tem que ir de madrugada pra tirar ficha” (Joana, rural).*

Com estas afirmações nota-se que é grande a utilização do modelo biomédico de atenção, tanto em espaço urbano como rural, mas traz a tona o acesso à atenção básica de saúde como primeira opção, reforçando os princípios da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011), e reafirmando a importância deste nível de atenção.

No mesmo contexto surgem relatos quanto ao atendimento recebido nestas unidades, demonstrando satisfação ou insatisfação com os serviços, o que é reafirmado nas falas a seguir.

*“Eu, até agora, não tenho queixa do posto de saúde” (Maria, rural).*

*“Esse [posto de saúde] que nunca tem médico, mas infelizmente é o que tem né” (Clara, urbano).*

Esta insatisfação com o modelo biomédico de atenção, as dificuldades de acesso e a perspectiva cultural de cuidados faz surgir o contexto das práticas populares de atenção à saúde, que muitas vezes são articuladas ao sistema oficial de cuidados. No caso das famílias abordadas, o uso de plantas medicinais ficou bastante evidente.

*“Hã, é geralmente usa antes de ir no posto, porque geralmente quando vai no posto tá mal da gripe, mas geralmente ela não vai dar um remédio, um antibiótico a não ser que você tenha uma infecção, vai aparecer depois, geralmente eu uso muito é transagem também como um chá, que é um antibiótico muito bom, que eu uso mais pra infecção de garganta” (Maria, rural).*

A primeira opção de tratamento relatada pelas famílias é, na maioria das vezes, o uso dos chás, denotando grande satisfação com esta prática e deixando clara a preferência do uso de plantas ao uso de medicamentos alopáticos, o que fica claro nas seguintes falas.

*“Ai chá caseiro primeiro” (Zilda, rural).*

*“A gente apela primeiro para os chás [...] Eu procuro ficar meio longe [da UBS]” (João, rural).*

*“Essa medicina alternativa é a melhor coisa né” (Josefa, urbano).*

*“Tudo é chá, a maioria é chá, até eu tomo, a gente usa muito chá” (Carlos, urbano).*

*“Porque mil vezes usar chá do que usar uma medicação né” (Ana, urbano).*

Esta grande utilização de plantas medicinais é evidenciada em estudos culturais realizados no Sul do RS, onde a primeira opção de tratamento é realizada muitas vezes com remédios caseiros e naturais, destacando a relevância destas práticas (PIRIZ et al., 2014; CEOLIN et al., 2011).

Ao mesmo tempo, as famílias enfrentam preconceito dos profissionais do sistema oficial no que diz respeito ao uso de chás.

*“Porque tu sabe que médico gosta de receitar, não adianta, médico é a base de remédio né, eles não acreditam em chá” (Ana, urbano).*

Isto reforça a necessidade da criação de zonas de intermedicalidade, que segundo Menéndez (2003), são espaços de fricção entre a biomedicina e saberes locais constituindo-se como “um espaço conceitualizado de medicinas híbridas e agentes sociomedicalmente conscientes”. Devem ser locais, onde os saberes e práticas provenientes de distintas tradições médicas são historicamente articulados. Em sendo assim, nosso papel passa a ser construir caminhos que permitam a qualificação da articulação de sistemas médicos, a partir do processo de negociação.

O grande vínculo de algumas famílias com os Agentes Comunitários de Saúde é um começo para a criação de espaços multiculturais e de valorização das formas de autoatenção e cuidado, que podem ser resgatadas e valorizadas pelo sistema oficial de saúde.

#### 4. CONCLUSÕES

As famílias que fizeram parte da pesquisa articulam cuidados de saúde nos diferentes níveis de atenção, utilizando-se do modelo biomédico e de práticas populares de cuidado, como as plantas medicinais, de maneira concomitante. Com isso, ressalta-se a importância de estreitar as relações existentes entre as diferentes formas de atenção à saúde, considerando os aspectos sociais, culturais e econômicos que influenciam a tomada de decisões, em relação ao processo de saúde e doença, assim como o melhor caminho para a cura, procurando o equilíbrio do indivíduo como um todo e alcançando a integralidade na atenção.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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.

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.

PIRIZ, M.A.; CEOLIN, T.; MENDIETA, M.C.; MESQUITA, M.K.; LIMA, C.A.B.; HECK, R.M. O cuidado à saúde com o uso de plantas medicinais: uma perspectiva cultural. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.3, n.2, p.309-317, 2014.

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.

SILVA, K.L., SENA, R.R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 42(1): 48-56, 2008.