AUTOATENÇÃO EM SAÚDE E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO CONTEXTO FAMILIAR DE ESCOLARES¹

Marjoriê da Costa Mendieta*
Rita Maria Heck**
Manuelle Arias Piriz***
Andrieli Daiane Zdanski de Souza****
Silvana Ceolin*****

RESUMO

Objetivou-se conhecer ações de autoatenção em saúde adotadas no contexto familiar de escolares, do meio urbano e rural e a sua relação com as plantas medicinais. Consistiu em uma pesquisa qualitativa exploratória, fundamentada no referencial de Autoatenção. Os dados foram coletados entre janeiro e julho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada gravada no domicílio dos familiares de escolares. A análise foi realizada por meio da Proposta Operativa, emergindo os temas: O cuidado com a saúde em ações de autoatenção amplas e Cuidados na prevenção da doença em ações de autoatenção restritas. Os resultados apontam a constante articulação entre as formas de autoatenção ampla e restrita, no meio urbano e rural, incluindo as plantas medicinais, a automedicação, a vigilância de sintomas e consultas em unidades de saúde. Essa interlocução constante reafirma que a autoatenção inclui diversos cuidados interligados, sem excluir nenhum tipo, demonstrando que a população não nega uma por utilizar a outra e, sim, articula constantemente as práticas. No entanto, os profissionais da saúde não estão atuando de maneira articulada, o que é percebido pela população. Isso sugere a necessidade destes profissionais considerarem as práticas culturais de cuidado, promovendo a saúde de forma integral e articulada.

Palavras-chave: Família. Relações familiares. Atenção à saúde. Cultura. Saúde escolar.

INTRODUÇÃO

A saúde pode ser considerada como um evento imprevisível dos indivíduos, marcado pelo alto grau de subjetividade nas relações e nas ações das pessoas. Essa subjetividade traz um imaginário, fruto de práticas e representações sociais que são reflexo da cultura e o modo de perceber a saúde e a doença. No entanto, esses aspectos são invisíveis aos olhos da racionalidade positivista e, por consequência, dos profissionais da saúde⁽¹⁾.

Na atualidade, esses profissionais ainda reproduzem o positivismo, impondo um modelo teórico fechado, em que o usuário do serviço de saúde não participa ativamente do seu próprio processo de saúde e/ou doença. Tal fato pode ocorrer pela dinâmica dos serviços de saúde, por falta de capacitação ou pelo descaso com o usuário⁽²⁾.

Contemporaneamente, uma importante perspectiva de produzir crítica e aproximação com a realidade da população vem da antropologia. Tal área de saber auxilia na compreensão de que o sistema biomédico é

um dos modelos de atenção à saúde, e não o único. Ao nos aproximarmos da população, seja durante a assistência à saúde, ou por meio de objeto de pesquisas, é possível examinar especificidades de práticas de cuidado junto a esses grupos sociais, valorizando os aspectos culturais, conhecendo diversas formas de atenção à saúde e, dessa maneira, compreendendo que existem diversas racionalidades e sistema de cuidados.

Ao adotar esse olhar antropológico na saúde, torna-se possível o estabelecimento de relações significativas com vistas ao entendimento do comportamento e do pensamento do outro, a partir de suas perspectivas pessoais e culturais⁽³⁾.

O referencial de Autoatenção de Menéndez^(4,5) compreende que a população transita por diversas formas de atenção em saúde, o biomédico, que compreende o sistema oficial de saúde; o popular e tradicional, no qual estão incluídos os profissionais informais, como curandeiros, espiritualistas, dentre outros. Há também o tipo “nova era” (*new age* – tradução livre), que inclui novas religiões comunitárias

¹ Artigo extraído da dissertação: Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares. Apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, no ano de 2014.

*Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação (PPG) da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marjoriemendieta@gmail.com

**Doutora em Enfermagem. Professora titular do PPG da FEn/UFPEL, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br

***Mestre em Enfermagem. Doutoranda PPG da FEn/UFPEL, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: manuelle.piriz@gmail.com

****Mestre em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: andrieli_zdanski@hotmail.com

*****Doutora em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: silvanaceolin@gmail.com

baseadas na cura; o derivado de outras tradições médicas, como a acupuntura; e, ainda, o centrado na autoajuda, como grupos de alcóolicos anônimos, dentre outros⁽⁴⁾.

Assim, com vistas a compreender diferentes práticas de cuidado, este estudo ancora-se nesse referencial. A Autoatenção⁽⁴⁾ refere-se às representações e experiências 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. Envolve decidir, de maneira autônoma, a forma de agir das pessoas em busca pela saúde.

A autoatenção pode ser dividida em dois níveis, o amplo e o restrito. O amplo seriam as ações estabelecidas pela cultura da pessoa e do grupo, especialmente no âmbito familiar. Já a restrita refere-se às práticas intencionais aplicadas ao processo de saúde/doença/cuidado⁽⁶⁾.

A fim de suprir as necessidades de saúde da população, diante dos diferentes contextos sociais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta desde a década de 1970 que a medicina tradicional seja contemplada no sistema de cuidado. Ao encontro disso, vêm aumentando as práticas alternativas ou complementares, tanto no âmbito da autoatenção ampla, como na restrita, que, de certa forma, pode ser uma reação a características do modelo biomédico, mas pode não ser o fator decisivo⁽⁶⁾.

Vários são os fatores que podem influenciar o uso dessas terapias, como o fácil acesso, baixo custo, credibilidade na sua eficácia, dentre outros. Exemplo disso é o uso das plantas medicinais, que representam grande importância para a manutenção das condições de saúde. Além da comprovação da ação terapêutica de muitas plantas utilizadas popularmente, as plantas representam parte importante da cultura da população, sendo difundidas ao longo das gerações familiares^(7, 8).

Diante disso, compreende-se que a família é parte importante dos diferentes tipos de sistemas de cuidado à saúde. Além da família, outro ambiente torna-se especialmente favorável para a formação de cidadãos apropriados sobre as diversas opções em busca pela saúde – a escola. Esse local é uma possibilidade de formar uma futura população de adultos emancipados, cidadãos e autônomos⁽⁹⁾.

Além disso, frente a tantas mudanças no contexto urbano e rural⁽¹⁰⁾, torna-se relevante conhecer as ações de autoatenção da família, que inclui o escolar, em

ambos locais. Dessa maneira, os profissionais da saúde podem, a partir do conhecimento das ações de autoatenção em saúde no meio urbano e rural, ampliar seu olhar e, com isso, prestar uma assistência na intenção da integralidade, que leva em consideração e conhece a realidade da população.

Como pressupostos, acredita-se que a família de escolares é formadora de referenciais de autoatenção que podem incluir os cuidados com plantas medicinais, sendo, possivelmente, mais presente na área rural do que a urbana, não ocorrendo necessariamente em um momento específico, mas por meio da convivência familiar.

Nessa perspectiva, o objetivo da pesquisa é conhecer ações de autoatenção em saúde adotadas no contexto familiar de escolares do meio urbano e rural, e a sua relação com as plantas medicinais.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, realizado no domicílio dos participantes, na área urbana e rural do município de Pelotas (RS), próximas a duas escolas.

Os participantes foram 12 familiares de escolares que estão cursando a 5ª, 6ª e 7ª série, e 6º ano. Para selecionar os escolares que fariam parte da pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios: pertencer às turmas pré-estabelecidas (5ª série, 6ª série, 7ª série e 6º ano); ter afirmado utilizar plantas medicinais no instrumento de coleta de dados da pesquisa maior e ter fornecido telefone. A partir disso, selecionaram-se as respectivas famílias com os critérios de residir em local de fácil acesso terrestre e próximo à escola.

O critério de escolha pelas turmas de 5ª série, 6ª série, 7ª série e 6º ano deu-se por considerar que estes escolares estão em uma fase da vida em que ocorre uma transição, caracterizada pelo fato de carregarem valores da família, e começarem a se apropriar de novos valores, associados aos grupos em que se inserem, a exemplo da escola. Desta maneira, considerou-se importante investigar nesse momento da vida a sua percepção sobre o cuidado e as práticas de autoatenção, incluindo as influências da família e as plantas medicinais.

Para a coleta de dados, foi consultado o banco de dados do Projeto “Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul” específico à respondida questão “Você utiliza plantas medicinais?”. Entrou-se em contato telefônico com todas as famílias de

escolares que responderam positivamente essa questão, explicando o motivo do contato e se havia interesse na participação da pesquisa. Após o aceite, foi agendada uma visita ao domicílio. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas de janeiro a julho de 2014.

As informações foram analisadas seguindo a Proposta Operativa⁽¹¹⁾ e de acordo com o referencial da Autoatenção de Menéndez⁽⁴⁾, por meio de dois momentos. O primeiro constituiu-se na fase exploratória da investigação, que se refere ao contexto sócio histórico do grupo social em questão. O segundo momento, denominado de momento interpretativo, ocorreu por meio da ordenação dos dados empíricos, a classificação desses dados e a análise final. Os temas provenientes da análise serão abordados neste artigo.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo 223/2011. Os participantes da pesquisa assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Para preservar o anonimato, seus relatos estão identificados pela relação de parentesco com o escolar, seguida da idade e da localidade – meio urbano ou rural.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordados 12 familiares de escolares, sendo seis da área urbana e seis da área rural. Dos familiares, seis são mães dos escolares, três avós, dois pais e um padrasto. Ressalta-se que esses familiares foram os que tiveram disponibilidade de receber a pesquisadora no domicílio. Desta maneira, observa-se que, dos doze familiares, nove são mulheres. A faixa etária oscilou entre 31 e 62 anos; sete possuem ensino fundamental incompleto, dois, ensino fundamental completo, um, ensino médio completo, e um, ensino superior incompleto, demonstrando baixo nível de escolaridade, independentemente do local em que estão inseridos. Todas as residências localizavam-se próximas à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à escola.

O cuidado com a saúde em ações de autoatenção amplas

Aspectos sociais, culturais e econômicos têm influência direta na tomada de decisão em relação ao processo saúde-doença da população, assim como o caminho a ser percorrido para se alcançar uma melhor qualidade de vida⁽¹²⁾. Nesse sentido, os participantes deste estudo, apesar de suas particularidades urbanas e rurais, demonstraram realizar ações amplas de autoatenção em seu sistema de cuidado familiar.

Algumas destas ações amplas de autoatenção estão

relacionadas a cuidados familiares, como, por exemplo, a higienização do ambiente, como se pode observar nos seguintes discursos:

É mais com a prevenção mesmo. Cuidados com a casa, não deixar a casa muito fechada, abrir, pegar sol, botar essas coisas na rua pra pegar sol (Mãe, 42, rural).

Em primeiro lugar ter a casa bem arejada né, não manter a casa muito fechada, não ter a casa fechada com várias pessoas, que isso aí complica um pouco né (Mãe, 54, urbano).

Sabe-se que cuidados com a casa, como mantê-la arejada e com acesso à luz solar, caracterizam atividades eficazes em diversas perspectivas. Essas ações podem revelar múltiplos sentidos para os participantes, como a higienização do ambiente e dos objetos, a energização do espaço, a circulação do ar, o equilíbrio, dentre outros. Já em uma perspectiva biológica, essas ações podem ocasionar o aumento da umidade no interior da casa, o que pode ser prejudicial, pois a umidade pode ocasionar diversas doenças, em especial relacionadas ao sistema respiratório. Isso se agrava em locais com a umidade relativa do ar elevada, a exemplo do município em que este estudo foi realizado, em que a média anual é cerca de 80%⁽¹³⁾.

Além de cuidados com a casa, os participantes referiram ações de autoatenção relacionadas ao equilíbrio orgânico e biológico:

Uma boa alimentação, balanceada né, coisas naturais. Nós temos [plantado], temos a horta, frutas (Pai, 62, rural).

Não andar de pé descalço, não andar na chuva (Mãe, 42, urbano).

Outra coisa é comida quente, ela gosta muito de comida quente, e eu tô sempre todas as refeições eu digo [nome da escolar] não come comida quente, isso faz mal (Avó, 55, rural).

Estes discursos remetem à reflexão de que a lógica antropológica do quente/frio ainda se faz presente nas sociedades atuais. Essa lógica relaciona as necessidades de saúde ou doença ao desequilíbrio biológico e/ou social. Além disso, ela compreende que há um processo terapêutico diferenciado para as diferentes necessidades, na qual doenças quentes, por exemplo, devem ser tratadas com plantas medicinais ou alimentos frios^(14,15).

Apesar do reconhecimento dessas ações importantes para a manutenção da saúde, como a alimentação, há diversas peculiaridades que envolvem a não realização daquilo que se acredita ser o melhor. Observa-se nesta população, tanto urbana como rural,

que a quantidade é, em alguns casos, mais prezada do que a qualidade, sendo a qualidade na perspectiva de priorizar alimentos ricos em nutrientes. Entretanto, a vulnerabilidade em diversos fatores, especialmente econômico, interfere diretamente na realização destas ações.

Alimentação quando dá, a gente melhora, mas quando não dá é o arroz e feijão. Até porque as verduras são mais caras que o arroz e feijão. (Mãe, 42, rural).

Antigamente a gente comia muito mais verdura porque era bem, bem mais barato comer verdura, mas infelizmente às vezes, se tá caro, eu acabo deixando de comprar (Mãe, 38, urbano).

Estes discursos fazem-nos pensar sobre as condições que a população enfrenta para efetivamente ter a saúde. Neste sentido, é importante realizar a reflexão de que na atualidade preocupa-se muito com o acesso aos serviços de saúde e atenção de qualidade – indiscutivelmente importantes; por outro lado, é preciso pensar na base das diferentes camadas sociais, quanto ao mínimo necessário para produzir saúde, a exemplo da alimentação.

Além disso, destaca-se que essa é uma realidade inclusive do meio rural, visto que muitas pessoas não têm plantio e cultivo de alimentos e também não têm fácil acesso na comunidade à produção local, como se observa no seguinte relato:

E a gente aqui na volta não tem muita gente que planta e o que planta entrega direto na cidade [...]. Não [tem plantio] porque o nosso terreno aqui [...] já tentei, é muito abaixado, a água leva toda a terra boa embora, e ficou só a terra ruim mesmo, só tem árvore de fruta essas coisas assim ainda tem, mas plantar uma horta é muito difícil (Mãe, 42, rural).

Esta situação demonstra que, apesar de a participante residir no meio rural, ocorre um distanciamento de saberes sobre condições do solo, cultivo, e manejo de plantas e produção de alimentos, sendo a falta de conhecimento, neste caso, um empecilho para diversificar a alimentação e qualificar as condições de vida.

Observa-se com os discursos expostos ações de autoatenção amplas, advindas do saber empírico, sem a intervenção direta dos profissionais de saúde, realizadas no âmbito doméstico. No entanto, há também ações amplas de autoatenção influenciadas pelo modelo biomédico, que envolvem, de uma maneira geral, ações de prevenção.

Ela [esposa] tem que fazer acompanhamento né, e questão de pré-câncer, essas coisas assim. Eu tenho feito

uns exames de rotina (Pai, 62, rural).

A gente vai nos postos de saúde, agora mesmo fiz o pré-câncer. Agora falta o de mama, tem que fazer (Avó, 52, urbano).

Diante disso, é necessário aceitar e reconhecer que existem diversas formas de atenção que podem variar do modelo biomédico a saberes populares. No entanto, quando se pensa nessas ações em busca pela saúde – em especial por parte dos profissionais da saúde, geralmente se utiliza a concepção de antagonismo entre elas, em vez de ligações transacionais entre as diferentes formas de atenção. Já nos grupos sociais, isso ocorre de maneira natural, em que estes incorporam diferentes formas de cuidado, sem antagonizá-las, nem negar a função dos outros, visto que transitam por todas as formas, muitas vezes as utilizam de maneira concomitante⁽⁶⁻¹⁶⁾.

Além dos discursos expostos, que demonstraram as ações de autoatenção amplas, tanto relacionadas ao cuidado com a casa, com o corpo, ao modelo biomédico, dentre outros, uma participante destacou-se por relatar não realizar atividades para ter ou manter a saúde:

Eu, precariamente nada, porque eu fumo que é uma louca. É verdade, fumo demais, uma carteira por dia de cigarro, quer dizer, não faço nada pra manter a saúde, de bom [...] Se faz as refeições, só que durante a noite, a gente come toda a noite, e de dia a gente dorme, e aí a gente levanta tarde pra começar a comer de novo. A gente só vive pra comer e dormir [...] Eu faço pra não manter a saúde, fumar, tomar chimarrão, [...] viciada no chimarrão e no cigarro, é pra não manter (Avó, 59, urbano).

Entretanto, essa participante demonstrou, por meio de seu discurso, utilizar plantas medicinais com frequência e ter cuidados adequados com as mesmas, como não ter plantio em casa por ter cachorro no local, não utilizar plantas tóxicas quando ingeridas por via oral. Além disso, tem cuidados com a alimentação, como não ingerir sal e açúcar em excesso, nem carne com gordura, apesar de não reconhecido por ela como uma ação para ter ou manter a saúde, como se observa no seguinte discurso:

Eu nem gosto, de sal e nem muito açúcar [...] gordura também não, não se come carne gorda nem nada, eu gosto muito de frango, de peixe (Avó, 59, urbano).

Destaca-se, com este relato, a importância do profissional da saúde investigar e valorizar as ações de autoatenção realizadas no âmbito familiar, por menor que possam parecer para o indivíduo, incentivando-as

para que sejam mantidas, visto que representam parte da cultura. Quanto às possíveis ações prejudiciais à saúde, cabe ao profissional orientar de maneira dialogada.

Conhecer e valorizar ações de autoatenção pode ser uma maneira de ir além do modelo biomédico, deixar de ver somente a doença, o doente, e passar a ter um olhar que valoriza a cultura e as práticas em busca pela saúde realizada pela população.

Cuidados na prevenção da doença em ações de autoatenção restritas

As ações de autoatenção restritas referem-se às práticas intencionais aplicadas ao processo de saúde/doença/cuidado⁽⁶⁾. Neste sentido, os participantes foram questionados sobre suas ações em situações de doença ou necessidades de saúde. Diferentes atividades foram referidas, dentre elas as relacionadas às ações domésticas, ao modelo biomédico, e também ao uso de plantas medicinais.

Dentre as atividades domésticas, os discursos a seguir exemplificam algumas ações:

Se eu vejo que a criança não tá bem, que tem alguma coisa diferente aí eu pego e coloco o termômetro [...] se deu trinta e oito eu dou umas gotinhas de paracetamol conforme o peso deles. Se a febre estiver muito alta e eu não conseguir fazer baixar com um chá ou remédio [...] no outro dia de manhã vamos pro posto (Pai, 47, rural).

Ah eu procuro o primeiro recurso em chá [...] Dou, comprimido anti-febre, dou um paracetamol, uma gotinha de dipirona, aí eu vou indo [...] sempre todos meus filhos, eu inicio o tratamento, aí depois eu levo no médico (Mãe, 54, urbano).

Essas ações demonstram a autonomia da população no cuidado à saúde e à doença. Ao encontro disso, alguns participantes relataram ter preferência pelo uso de plantas medicinais, sendo, muitas vezes, a primeira opção frente a uma necessidade de saúde ou doença.

Vai lá e faz um chazinho e toma que é melhor que tomar o remédio. Remédio arruma uma coisa e estraga outra (Mãe, 42, rural).

Porque mil vezes usar chá do que usar uma medicação (Mãe, 38, urbano).

As práticas populares representam uma maneira importante de lidar com o processo de saúde e doença. Com frequência, as pessoas decidem o tipo de cuidado que irão realizar, com base nos referenciais compartilhados por sujeitos que convivem e

interagem, utilizando, desta maneira, diferentes tipos de ações para ter ou manter sua saúde, influenciadas por valores culturais⁽¹⁷⁾.

No entanto, faz-se cada vez mais necessário atentar para fatores que envolvem a utilização de plantas medicinais. Apesar do uso de “chás” - como os participantes referem - ser algo realizado habitualmente no âmbito doméstico, geralmente sem a participação dos profissionais da saúde, é essencial que estes conheçam os diversos fatores que envolvem o uso de plantas medicinais, como, por exemplo, os efeitos benéficos da planta, os possíveis efeitos tóxicos, a correta colheita, o preparo adequado, dentre outros. Além disso, o fato de não haver plantas em casa e comprá-las envolve outros riscos, como a contaminação e adulteração das plantas medicinais.

Além disso, diversos fatores interferem no efeito de uma planta medicinal. Na maioria das vezes, o conhecimento popular é repassado sem levar em consideração que o princípio ativo da planta varia em função, por exemplo, da biodiversidade, código genético, condições climáticas, mudanças sazonais, luminosidade, lençol freático e condições do solo⁽¹⁸⁾. Tal fato, por causar mudança em algumas propriedades da planta, altera também o efeito no organismo.

Pode-se observar nos discursos dos participantes, que, apesar da crença de que as plantas medicinais são de fácil acesso a toda população, essa não é a realidade de todos:

Não [compra], a gente tem no mato aí a vontade (Mãe 42, rural).

A gente sai aí no mato e acha bastante (Mãe, 31, rural). Não, não tenho [plantas medicinais plantadas], porque não tem espaço aqui. É geralmente de caixinha, de caixinha até tem, uns dois ou três de caixinha (Padrao, 47, urbano)

Compro da caixinha. Compro também em ervateiro (Avó, 59, urbano)

Observa-se uma forte relação, no que se refere ao acesso às plantas medicinais, com o local onde reside o participante. Por meio dos discursos expostos acima, percebe-se que no meio rural ainda há um acesso maior às plantas medicinais, comparado ao urbano.

No contexto da autoatenção restrita, a utilização das plantas medicinais ocorre frente a uma necessidade de saúde, em especial aquelas que os participantes referem como “casos leves”, como resfriados, dor no estômago, dentre outras, em que o foco é o alívio de sintomas. Com isso, essa pode ser uma maneira de

“medicalizar” as plantas medicinais, na qual ocorre apenas a troca de um tipo de “remédio” por outro mais natural.

Se é em caso de gripe a gente já tem uma seleção de algumas, quando é uma dor no estômago já vai pra outras (Pai, 47, rural).

É uma coisa alternativa, pra tirar dorzinha de cabeça, gripe, resfriado, essas coisas (Avó, 59, urbano).

Outra realidade destacada pelos próprios participantes é a falta de conhecimento dos profissionais da saúde sobre as plantas medicinais, especialmente os médicos, como se observa no discurso a seguir:

Porque tu sabe que médico gosta de receitar, não adianta, médico é a base de remédio né, eles não acreditam em chá (Mãe, 38, urbano).

Quando a medicina volta seu olhar para as práticas populares, geralmente é no sentido de interesse de apropriação. O modelo biomédico tem se expandido continuamente sobre as práticas populares, de uma maneira que estas sejam subalternas, apropriando-se dessas formas de atenção, incluindo-as na sua racionalidade técnica e ideológica. Um exemplo disso é o caso da apropriação da acupuntura⁽¹⁹⁾.

Isso reforça ainda mais a necessidade de conhecer as diferentes práticas realizadas no sistema de cuidado familiar. Essa não é uma necessidade atual, uma vez que, desde os anos 50, diferentes tendências da psicologia, sociologia, antropologia, e até mesmo a biomedicina, apontam a importância da relação profissional e usuário para o diagnóstico e tratamento, com a necessidade de torná-la mais simétrica, incluindo a palavra do paciente e suas referências culturais, uma vez que isso, erroneamente, tende a ser excluído⁽⁶⁾.

Dado o exposto, incorporando um olhar antropológico, deve-se deixar de ver somente o corpo das ciências médicas e passar a ter uma visão sobre a construção social, para compreender quais sistemas terapêuticos são acionados para produzir saberes sobre saúde. A ênfase na perspectiva do ator social aponta para o fato de que, a partir dos sujeitos, é construído o possível entendimento das práticas ligadas à saúde⁽²⁰⁾.

Neste sentido, um dos grandes desafios para os profissionais da saúde é avançar na abordagem e na compreensão das diferentes perspectivas de autoatenção em saúde, por meio de ações que

contemplem a realidade dos diferentes territórios e que possibilitem que os profissionais trabalhem com a perspectiva do cuidado integral à saúde. Esse movimento muitas vezes é limitado devido ao atrelamento ao modelo biomédico com um foco exclusivo na doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou compreender diferentes ações de autoatenção no contexto familiar de escolares. As ações de autoatenção em saúde no contexto familiar urbano e rural ocorrem por meio de uma constante articulação entre as formas de cuidado, incluindo as plantas medicinais, a automedicação e a vigilância de sintomas que podem ser aferidos ou que estão em compasso com os valores sociais, inclusive o acesso ao serviço de saúde local.

Há uma interlocução constante entre os sistemas de cuidado, e isso reafirma que a autoatenção inclui diversos cuidados interligados, sem excluir nenhum tipo, demonstrando que a população não nega uma por utilizar a outra, e sim articula constantemente as práticas. No entanto, os profissionais da saúde não estão atuando de maneira articulada, o que é percebido pela população.

Constatou-se que a autoatenção em saúde ocorre em sua forma ampla e restrita no meio urbano e rural, no âmbito familiar, sem grande diferença em relação aos cuidados acionados, possuindo discrepância apenas quanto ao acesso às plantas medicinais, que ainda é maior no meio rural, indo ao encontro aos pressupostos desta pesquisa.

Desta maneira, os profissionais da saúde necessitam voltar seu olhar constantemente para os cuidados realizados no contexto familiar, e também para as crianças e adolescentes, a fim de conhecerem as diferentes práticas de autoatenção em saúde, para que o cuidado seja articulado e eficaz. Assim, é importante que os profissionais da saúde aproximem-se da população, para que a assistência não se limite ao espaço físico das unidades de saúde, visto que a autoatenção ocorre especialmente no âmbito familiar.

Destaca-se como limitação do estudo a não inclusão de famílias de escolares que referiram não utilizarem plantas medicinais, sendo esta uma necessidade de estudo posterior.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify health self-care actions adopted in the family context of students, from the urban and rural environment, and their relationship with medicinal plants. It consisted of a qualitative exploratory research, based on the Self-Care reference. Data were collected between January and July, 2014, through a semi-structured interview recorded at the home of the relatives of students. The analysis was carried out through the Operative Proposal, emerging the themes: Health care in comprehensive self-care actions and Care in disease prevention in restricted self-care actions. The results point to the constant articulation between the forms of broad and restricted self-care in urban and rural environments, including medicinal plants, self-medication, symptom surveillance and health unit consultations. This constant dialogue reaffirms that self-care includes several interconnected care, not excluding any type, demonstrating that the population does not deny one by using the other, but constantly articulates practices. However, health professionals are not acting in an articulated way, which is perceived by the population. Therefore, these professionals need to consider care cultural practices, promoting health in an integral and articulated way.

Keywords: Family. Family relations. Health care. Culture. School health.

AUTOATENÇÃO EN SALUD Y EL USO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL CONTEXTO FAMILIAR DE ESCOLARES**RESUMEN**

Este estudio tuvo el objetivo de conocer las acciones de autoatención en salud adoptadas en el contexto familiar de escolares, del medio urbano y rural y su relación con las plantas medicinales. Consistió en una investigación cualitativa exploratoria, fundamentada en el referencial de Autoatención. Los datos fueron recolectados entre enero y julio de 2014, por medio de entrevista semiestructurada grabada en el hogar de los familiares de escolares. El análisis fue realizado por medio de la Propuesta Operativa emergiendo los temas: El cuidado con la salud en acciones de autoatención amplias y Cuidados en la prevención de la enfermedad en acciones de autoatención restringidas. Los resultados señalan la constante articulación entre las formas de autoatención amplia y restringida, en el medio urbano y rural, incluyendo las plantas medicinales, la automedicación, la vigilancia de síntomas y las consultas en unidades de salud. Esta interlocución constante reafirma que la autoatención incluye diversos cuidados interconectados, sin excluir ningún tipo, demostrando que la población no niega una por utilizar la otra, sino articula constantemente las prácticas. Sin embargo, los profesionales de la salud no están actuando de manera articulada, lo que se percibe por la población. Esto sugiere la necesidad de que estos profesionales consideren las prácticas culturales de cuidado, promoviendo la salud de forma integral y articulada.

Palabras clave: Familia. Relaciones familiares. Atención a la salud. Cultura. Salud escolar.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007.
2. Santos ACB, Silva AF, Sampaio DL, Sena LX, Gomes VR, Lima VLA. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. *Revista do NUFEN* [online]. 2012 [citado 17 jul 12]; 4(2):11-21. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n2/a03.pdf>
3. Van Der Sand ICP, Monticelli M, Ressel LB, Bretas ACP, Schirmer J. Antropologia da saúde: contribuições teóricas para a interpretação do processo do nascimento. *Rev enferm UFPE on line* [online]. 2014 [citado 2017 jul 12]; 8(8):2896-906. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9999/10362>
4. Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Campos – Revista Antropología Social* [online]. 2005 [citado 2016 Set 5]; 14:33-69. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>
5. Menéndez EL. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trab Educ saúde* [online]. 2012 [citado 2017 jul 11]; 10(2):335-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/09.pdf>
6. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc saúde colet* [online]. 2003 [citado 2016 Set 5]; 8(1):185-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>
7. Piriz MA, Ceolin T, Mendieta MC, Mesquita MK, Lima CAB, Heck RM. O cuidado à saúde com o uso de plantas medicinais: uma perspectiva cultural. *Ciênc Cuid Saúde* [online]. 2014 [citado 2017 jul 11]; 13(2):309-17. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20703/pdf_164
8. Mendieta MC, Souza ADZ, Vargas NRC, Piriz MA, Echevarría-Guanilo ME, Heck RM. Transmissão de conhecimento sobre plantas medicinais no contexto familiar: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line* [online]. 2014 [citado 2017 maio 29]; 8(10):3516-24. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5930/pdf_6320
9. Menéndez EL. Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Salud Colect* [online]. 2015 [citado 2017 jul 24]; 11(3):301-30. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v11n3/v11n3a02.pdf>
10. Buainain AM, Alves E, Silveira JM, Navarro Z. Sete teses sobre o mundo rural brasileiro. *Rev Polít Agríc* [online]. 2013 [citado 2017 jul 11]; 22(2):105-21. Disponível em: <https://seer.sede.embrapa.br/index.php/RPA/article/view/311/259>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Vieira HTG, Oliveira JEL, Neves RCM. A relação de intermedialidade nos Índios Truká, em Cabrobó – Pernambuco. *Saúde soc* [online]. 2013 [citado 2014 nov 14]; 22(2):566-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a25.pdf>
13. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Centro de Pesquisas e Previsões Meteorológicas. Umidade relativa de Pelotas [online]. 2017 [citado 2017 jul 11]. Disponível em: <http://cppmet.ufpel.edu.br/cppmet/campos.php?secao=5>.
14. Torri MC. A medicina tradicional na América do Sul e as relações complexas entre os valores culturais, espirituais e terapêuticos das plantas. *Revista de Geografia (UFPE)* [online]. 2013 [citado 2017 jul 11]; 13(2):309-17. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20703/pdf_164

24]; 30(3):6-23. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/geografia/article/view/9446/9378>

15. Cerqueira AC. "Mulher é trem ruim": a "cozinha" e o "sistema" em um povoado norte-mineiro. *Rev Estud. Fem* [online]. 2017 [citado 2017 jul 24]; 25(2):707-31. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ref/v25n2/1806-9584-ref-25-02-00707.pdf4>

16. Van Der Sand ICP, Ressel LB, Monticelli M, Schirmer J. Autoatenção na gravidez para mulheres residentes no campo: um estudo etnográfico. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2016 [citado 2017 jul 12]; 25(4): e2510015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2510015.pdf

17. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc Saúde Colet* [online]. 2016 [citado 2017 jul 24];

21(1):109-18. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0109.pdf>

18. Gobbo-Neto L, Lopes NP. Plantas medicinais: fatores de influência no conteúdo de metabólitos secundários. *Quím. nova* [online] 2007 [citado 2017 jul 11]; 30(2):374-81. Disponível em: http://quimicanova.sbq.org.br/imagebank/pdf/Vol30No2_374_25-RV05289.pdf

19. Menéndez EL. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades (Mexico)* [online]. 1994 [citado 2014 Nov 14]; 4(7):71-83. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>

20. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciênc Saúde colet* [online]. 2014 [citado 2014 Nov 14]; 19(4):1019-29. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01019.pdf>

Endereço para correspondência: Marjoriê da Costa Mendieta. Rua José de Alencar, 281, Bairro Fátima, Pelotas/RS/Brasil. CEP 96075-690. E-mail: marjoriemendieta@gmail.com

Data de recebimento: 08/06/2016

Data de aprovação: 26/06/2017