

## SISTEMA DE CUIDADO À SAÚDE DE FAMÍLIAS RURAIS

**Resumo:** O objetivo foi compreender o sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao Sul do Rio Grande do Sul. Constituiu-se de uma pesquisa qualitativa, com orientação etnográfica, realizada em 2014, com 25 interlocutores, residentes em um território rural. Os dados foram analisados por meio de uma abordagem hermenêutica antropológica. As práticas de cuidado à saúde, para essas famílias rurais, envolvem diferentes saberes, tanto os oriundos do sistema formal, quanto do sistema informal de saúde. Essas práticas transitam pelo cuidado familiar, serviços biomédicos, religiosidade, não ocorrendo um fluxo único, mas utilizando-se dos diferentes espaços e serviços, de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, para realização de um cuidado integral à saúde dos indivíduos e das suas famílias, os profissionais necessitam conhecer o contexto cultural da comunidade acompanhada, entender e valorizar as práticas e as dinâmicas de cuidado que integram seu sistema de cuidado à saúde.

Descritores: População Rural, Família, Cultura, Enfermagem.

Health care system of rural families

**Abstract:** The aim was to comprehend the health care system of rural families in the south of Rio Grande do Sul. Qualitative research with ethnographic orientation, developed in 2014, with 25 interlocutors, residents of a rural territory. Data were analyzed through anthropological hermeneutic approach. Health care practices, for these rural families, involve different knowledge, those from the formal system and those from the informal system of health. These practices transit through family care, biomedical systems and services, religiosity, not a single flow, but using different spaces and services, according to their needs. Thus, the realization of an integral health care of the individuals and their families requires professionals that know the community's cultural context, understand it and value practices and care dynamics that integrate their health care system.

Descriptors: Rural Population, Family, Culture, Nursing.

Sistema de atención de salud a familias rurales

**Resumen:** El objetivo era comprender el sistema de atención de salud entre las familias rurales en el sur de Rio Grande do Sul. Consistió en una investigación cualitativa, con orientación etnográfica, realizada en 2014, con 25 interlocutores, residentes en un territorio rural. Los datos se analizaron utilizando un enfoque hermenéutico antropológico. Las prácticas de atención médica para estas familias rurales implican diferentes tipos de conocimiento, tanto de los sistemas de salud formales como informales. Estas prácticas se mueven a través de la atención familiar, los servicios biomédicos, la religiosidad, no un solo flujo, sino que utilizan diferentes espacios y servicios, de acuerdo con sus necesidades. En este sentido, para brindar atención médica integral a las personas y sus familias, los profesionales necesitan conocer el contexto cultural de la comunidad que se sigue, comprender y valorar las prácticas y dinámicas de atención que integran su sistema de atención de salud.

Descriptores: Población Rural, Familia, Cultura, Enfermería.

### Teila Ceolin

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, RS.  
 E-mail: [teila.ceolin@gmail.com](mailto:teila.ceolin@gmail.com)  
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0410-6289>

### Rita Maria Heck

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UFPEL.  
 E-mail: [rmheckpillon@yahoo.com.br](mailto:rmheckpillon@yahoo.com.br)  
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6317-3513>

### Renata Menasche

Antropóloga. Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pelotas e do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
 E-mail: [renata.menasche@gmail.com](mailto:renata.menasche@gmail.com)  
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8707-6037>

### Maria-Antonia Martorell-Poveda

Doctora en Antropología Médica (PhD). Profesora Titular, Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Enfermería, Tarragona, Catalunya, Espanha.  
 E-mail: [mariaantonia.martorell@urv.cat](mailto:mariaantonia.martorell@urv.cat)  
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0309-1812>

Submissão: 13/07/2020  
 Aprovação: 25/11/2020

### Como citar este artigo:

Ceolin T, Heck RM, Menasche R, Martorell-Poveda MA. Sistema de cuidado à saúde de famílias rurais. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(33):14-26.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.14-26>

## Introdução

O sistema de cuidado familiar é uma importante estratégia de vida adotada no contexto da agricultura familiar, o qual está associado a diferentes práticas que possuem interfaces no contexto dos diferentes grupos sociais.

As práticas de cuidado são influenciadas por inúmeros valores, símbolos e significados, sendo elaboradas durante os percursos e processos de viver, agregando os aspectos sociais, culturais e econômicos em cada contexto<sup>1</sup>. Além disso, as práticas de cuidado à saúde são construídas por meio de relações, que estão ligadas à interiorização de normas e valores presentes na cultura, e orientadas por influências institucionais, familiares e do grupo social<sup>2</sup>.

A partir do contexto rural investigado neste trabalho, entendem-se por práticas de cuidado à saúde as ações realizadas por indivíduos e grupos, visando à recuperação, à manutenção das condições de saúde e à cura, oriundas de diferentes saberes (sistema formal e sistema informal).

Considera-se sistema formal de saúde todos os serviços ofertados pelo sistema oficial de saúde brasileiro (modelo biomédico hegemônico), tanto público como privado. O sistema informal caracteriza-se pelas diferentes práticas de cuidado através de plantas medicinais, religiosidade, rede de relações, grupos de autoajuda e as demais práticas utilizadas para o cuidado em saúde nos diferentes espaços e que não estão incluídas no sistema formal de saúde. As práticas de cuidado à saúde, tanto as do sistema formal quanto as do informal, constituem o sistema de cuidado à saúde.

O sistema de cuidado à saúde é um modelo conceitual e analítico, que auxilia a sistematização e a

compreensão de um complexo conjunto de elementos e fatores experimentados no cotidiano, de maneira fragmentada e subjetiva, seja em nossa própria sociedade e cultura seja diante de outras não familiares<sup>3</sup>.

Para estudar os sistemas de cuidado de qualquer sociedade, é necessário conhecer sua organização social, religiosa, política e econômica, não podendo ser pesquisado separadamente<sup>4</sup>. Para compreender o contexto das famílias dos agricultores deste estudo, foi fundamental entender seu ponto de vista, buscando as experiências e o significado das práticas de cuidado utilizadas pelos interlocutores.

Investigações realizadas no contexto rural identificaram ações acerca do cuidado à saúde como a produção do próprio alimento, as práticas religiosas, as atividades socioculturais e a utilização de plantas medicinais<sup>5-10</sup>, e apontaram dificuldades no acesso aos serviços de saúde<sup>9,11</sup>.

Como referencial teórico, esta pesquisa embasou-se na perspectiva cultural, sendo essa cultura uma teia de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar e guiar suas ações<sup>12</sup>; e na concepção a qual os sujeitos e grupos utilizam diversos saberes e formas de atendimentos em relação a seus padecimentos<sup>13</sup>. Esses estudos sustentaram a discussão de que os conceitos de saúde e doença não são estáticos, assim como as práticas de cuidado realizadas pelas famílias rurais, sendo produzidos e ressignificados por meio das interações sociais e nos espaços onde vivem e convivem, integrando o sistema de cuidado à saúde.

Diante do contexto apresentado, esta pesquisa teve como objetivo compreender o sistema de

cuidado à saúde entre famílias rurais ao Sul do Rio Grande do Sul.

## Material e Método

Constitui-se de uma pesquisa qualitativa, com orientação etnográfica, a partir da perspectiva da antropologia interpretativa<sup>12</sup>, na qual os indivíduos e grupos utilizam diversos saberes e formas no processo saúde/doença. Esse trabalho é um recorte, e está articulado com o macroprojeto “Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais do Sul do Rio Grande do Sul”<sup>14</sup>.

A coleta de dados ocorreu em 2014, na área rural de Canguçu, Rio Grande do Sul (RS), Brasil, com os seguintes instrumentos e técnicas: observação participante, registro fotográfico, diário de campo, construção do genograma e da rede de relações, entrevista semiestruturada gravada.

De acordo com a estimativa do IBGE de 2019, a população total do município de Canguçu era de 56.045 habitantes, dos quais 35.388 residem na zona rural<sup>15</sup>. O município está dividido em cinco distritos. O 1º distrito compreende em seu território a área urbana e parte área da rural, sendo que contém a

maioria da população rural, com 11.479 habitantes. As propriedades das famílias investigadas localizavam-se no 1º distrito, em três localidades - Remanso, Santa Clara e Cristal - a aproximadamente 33 km da cidade.

Como critérios de inclusão dos participantes, consideraram-se as mulheres que integravam o grupo religioso da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas (OASE), da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB), localizada no Remanso. Além disso, as participantes deveriam ter 18 anos ou mais e residir em local de fácil acesso terrestre para veículo automotor.

Das 17 mulheres que frequentavam o grupo e foram convidadas, 14 aceitaram participar. A partir dessas agricultoras, foram abordados seus familiares, totalizando 25 interlocutores (Quadro 1), que foram identificados por nomes fictícios, escolhidos por eles mesmos, seguidos pela idade. Ex.: Ana, 34a.

Ao utilizar a denominação “interlocutor” (ao invés de “informante”), parte-se de uma relação dialógica entre pesquisador e pesquisado, resultante de um “encontro etnográfico”, em que é criado um espaço partilhado por ambos<sup>16</sup>.

**Quadro 1.** Identificação das famílias e interlocutores.

FAMÍLIA	PARTICIPANTE	IDADE	FAMÍLIA	PARTICIPANTE	IDADE
Família 1	Siderlei	56	Família 8	Mariana	40
Família 2	Olívia	57		José	43
Família 3	Lídia	70	Família 9	Ilma	70
Família 4	Lia	39		Ivete	50
Família 5	Letícia	35	Família 10	Maria	58
	Ricardo	44		Henrique	31
Família 6	Amanda	28	Família 11	Eduarda	57
	Pedro	33		César	61
	Selma	81	Família 12	Viviane	40
	Augusto	87		Paulo	38
Família 7	Dilma	71	Família 13	Paula	31
	Inês	47	Família 14	Iasmim	34
	Neldo	73			

Em maio iniciou-se a pesquisa de campo, quando a pesquisadora passou a conviver em residências de famílias rurais e em espaços comunitários aos quais estavam integradas as agricultoras. Essa fase da pesquisa estendeu-se até setembro de 2014. A pesquisadora procurou conhecer e participar de atividades realizadas no cotidiano familiar e social do grupo estudado e, para isso, pernoitou nas casas de algumas famílias que a convidaram. Fazia também parte dessas atividades a participação nas reuniões mensais da OASE, assim como em outras atividades da comunidade.

As visitas para a realização das entrevistas foram agendadas durante as reuniões do grupo religioso ou por contato telefônico, as quais ocorreram nas residências dos interlocutores, tendo a sala ou a cozinha como espaço utilizado.

As entrevistas gravadas em áudio foram transcritas na íntegra. Após, foram lidas e elencadas as categorias (*nós*) iniciais. Na sequência, cada entrevista e diário de campo foi inserido no Software NVivo 10, para leitura e categorização de todos os textos. Cada categoria (*nó*) foi analisada, considerando o contexto das demais, buscando articulá-las. Os dados foram analisados por meio de uma abordagem hermenêutica antropológica<sup>16,17</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob o parecer nº 649.818.

## Resultados e Discussão

Entre os 25 interlocutores do estudo, a faixa etária variou entre 28 e 87 anos, tendo, a maior parte, entre 30 e 59 anos, com predomínio de mulheres. As famílias são pequenas e a maioria dos casais têm até

três filhos, sendo que os casais mais jovens, têm até dois filhos. Entre as famílias acompanhadas, apenas duas não mencionaram ter laços consanguíneos com alguma(s) da(s) demais.

A comunidade religiosa luterana os une, configurando o coletivo. Quanto à ascendência, a maioria dos interlocutores referiu ser de origem pomerana e/ou alemã. Duas famílias referiram ter integrantes com ascendência francesa e brasileira.

A região da Serra dos Tapes, ao sul do Rio Grande do Sul – compreende, entre outros, partes dos municípios de Canguçu, Pelotas e São Lourenço do Sul, conta com a presença de comunidades e de famílias de colonos pomeranos e alemães<sup>18</sup>. O município de Canguçu também se caracteriza pela presença pomerana, sendo possível perceber a existência de valores culturais que foram preservados ao longo do tempo. Os pomeranos praticam predominantemente a religião Luterana<sup>19</sup>.

A principal renda das famílias é proveniente do cultivo agroecológico de hortifrutigranjeiros e da fumicultura. Além disso, há famílias com renda oriunda da produção de leite e do trabalho em construção civil, como pedreiro. Entre essas famílias, há ocorrência de beneficiários de aposentadorias por idade e/ou auxílio doença previdenciário, os quais produzem alimentos destinados ao autoconsumo.

Os agricultores praticam a policultura para produção de alimentos destinados ao autoconsumo, sendo o trabalho da unidade familiar associado à produção do alimento, por meio de práticas que visam o cuidado à saúde. O alimento está diretamente relacionado com a terra na qual é produzido, o que garante sua procedência e resulta em saúde, por meio de uma alimentação saudável.

Características similares foram encontradas em um estudo realizado com agricultores na região do Vale do Taquari, RS<sup>7</sup> que evidenciou uma expressiva produção de alimentos voltada ao autoconsumo das famílias, associada à garantia de sua segurança alimentar. Informações semelhantes foram evidenciadas em uma pesquisa<sup>9</sup> com famílias de um assentamento rural, situado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, a qual identificou que uma das práticas de cuidado consiste em produzir e consumir o próprio alimento, considerado um alimento mais saudável e economicamente acessível.

Ao serem questionadas sobre a primeira escolha de cuidado realizado, os interlocutores referiram que dependeria de cada situação. Quando a família entende que o sintoma ou doença apresentado é considerado “*mais simples*”, iniciam com o cuidado familiar, utilizando produtos caseiros, a partir de plantas medicinais, indagando, quando necessário, sobre os cuidados aos familiares próximos, como pais e avós.

A presença de “*febre*”, de “*infecção*”, o desconhecimento da causa da doença ou a não resolução do problema com os cuidados domiciliares realizados pela família são alguns dos indicadores sobre a necessidade de se procurar auxílio nos serviços ofertados no sistema formal de saúde. Sendo assim, alguns procuram a Unidade Básica de Saúde (UBS), da localidade da Santa Clara, que dispõe de profissionais de saúde – enfermeiro, médico e dentista –, e atendem à população uma vez por semana. Outra opção é buscar auxílio no pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou no pronto socorro do hospital de Canguçu. Porém, se consideram que o caso “*não dá muito pra esperar*” ou é “*uma*

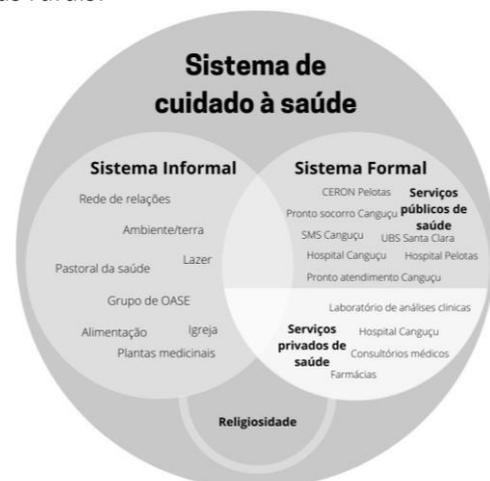
*coisa que a gente não sabe*”, procuram atendimento médico privado, assim como pagam para a realização de exames laboratoriais.

Esses achados vão ao encontro dos resultados do estudo<sup>5</sup> realizado com agricultores de base ecológica de quatro municípios da região Sul do Rio Grande do Sul, no qual os participantes recorrem inicialmente ao cuidado familiar, para depois buscar assistência no sistema formal de saúde.

É possível perceber que as famílias investigadas neste estudo primeiro avaliam os sintomas e a evolução da doença, decidindo quais práticas de cuidado serão utilizadas, de acordo a necessidade identificada.

As práticas de cuidado à saúde, para essas famílias, envolvem diferentes saberes, tanto os oriundos do sistema formal, ou seja, do modelo biomédico hegemônico (público e privado) quanto do sistema informal de saúde – relação com o ambiente/terra; plantas medicinais; pastoral da saúde; alimentação, desde o cultivo até o consumo; lazer; e a rede de relações, composta pela família, vizinhos, comunidade religiosa –, integrando o sistema de cuidado à saúde, o qual é permeado pela religiosidade (Figura 1).

Figura 1. Sistema de cuidado à saúde vivenciado pelas famílias rurais.



As famílias estudadas utilizam diferentes práticas de cuidado, constituindo um sistema de cuidado que inclui o sistema informal e formal de saúde, muitas vezes realizadas simultaneamente, como, por exemplo, a associação das práticas religiosas, com as plantas medicinais, enquanto estão realizando tratamento alopático de uma doença diagnosticada pelo médico.

Os resultados possibilitam dizer que as práticas estão presentes do cuidado familiar aos serviços ofertados pelo sistema formal de saúde, não ocorrendo um fluxo único, mas utilizando-se dos diferentes espaços e serviços, de acordo com suas necessidades, exercendo a autoatenção em saúde.

A autoatenção é uma atividade básica do processo saúde/doença, desenvolvida com base nos próprios sujeitos e grupos de forma autônoma. É definida como representações e práticas que a população utiliza, sem intervenção de curadores profissionais<sup>13</sup>.

As famílias rurais possuem uma pluralidade de práticas de cuidado, inseridas no sistema de cuidado, perpassando ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. Nesse sistema, as diferentes práticas de cuidado são influenciadas pela religiosidade, visto que por meio desta o grupo estabelece suas relações.

As práticas de autoatenção populares e tradicionais são compartilhadas pelas redes sociais formadas entre familiares, amigos, vizinhos, com a intenção de trocar experiências vivenciadas entre pessoas próximas<sup>13</sup>.

A alimentação foi a prática de cuidado à saúde mais significativa, perpassando a relação com a terra-trabalho-saúde, desde a produção do alimento – tanto

de origem vegetal, quanto animal –, até a preparação da comida que será consumida pela família. Nesse sentido, cultivar o alimento está relacionado a poder controlar o que é produzido, sem a utilização do “veneno”, conhecendo sua procedência.

*Enquanto fomos na horta, colher os temperos e a alface para a salada do almoço, Siderlei comentou que caso não possuía tomates na horta, não os compra, pois é “puro veneno”, assim como as maçãs. (Notas da pesquisadora, Diário de Campo, 20/05/14)*

*Ao caminharmos pela propriedade, Viviane mostrou sua horta e falou sobre o que tem cultivado, referiu que a horta é ecológica. Seu genro queria colocar veneno, mas ela não deixou. (Notas da pesquisadora, Diário de Campo, 20/08/14)*

Uma pesquisa realizada com agricultoras, em Pelotas-RS, concluiu que as mulheres reconhecem que o cuidado com a alimentação é importante para a prevenção de diversas doenças crônicas degenerativas, procurando oferecer à família uma dieta diversificada. Ademais, apontam que o uso de agrotóxicos e hormônios, utilizados na produção de animais, é prejudicial à saúde<sup>6</sup>.

Outra prática de cuidado referida pela maioria das famílias rurais foi adotar as plantas medicinais no cuidado de diversos problemas de saúde, utilizando-as, em muitos momentos, como primeira escolha. Algumas plantas medicinais são cultivadas na propriedade, outras são adquiridas na Pastoral da Saúde, vinculada à igreja Católica da cidade de Canguçu. O saber sobre as plantas medicinais predominantemente origina-se do ambiente familiar.

No decorrer da pesquisa de campo, diversas famílias mostraram os produtos preparados com plantas medicinais, que foram adquiridos na Pastoral da Saúde. De acordo com as interlocutoras, a Pastoral atende ao público nas segundas, quartas e sextas-

feiras à tarde, e se mantém com doações de produtos, utilizados nas diferentes formas de preparo das plantas medicinais (xaropes, pomadas, tinturas).

Nos relatos, assim como durante as observações, foi possível perceber que as plantas estão presentes.

*A gente se cura mais com chá aqui em casa. Meu marido já sabe, se eu estou com infecção, não durmo direito de noite, infecção na garganta, já faz de manhã o chimarrão com chá [plantas medicinais]. (Iasmim, 34a)*

*Eu uso muito chá [...], eu fazia tintura de própolis. Essas coisas eu faço sozinha, faço [a tintura] quando dá uma infecção de garganta, essas coisas. Eu até tenho própolis sempre na geladeira, eu fazia tintura pra sinusite, fazia tintura de cururu-rasteiro. (Ilma, 70a)*

*Eu sou muito de tomar um chá, se estou sentindo que eu vou me gripar, o meu chá é de bergamota, e aí na cama dá um suador, e no outro dia eu estou bom [...]. (José, 43a)*

Investigação realizada em uma comunidade quilombola, em Ananindeua-PA, identificou que as plantas medicinais também são uma das primeiras escolhas de cuidado familiar<sup>10</sup>. Para agricultores de base ecológica da região Sul do Rio Grande do Sul, o uso das plantas medicinais na prática do cuidado tem como objetivo a promoção da saúde e o tratamento de doenças, visando a uma melhor qualidade de vida, evitando o uso de medicamentos alopáticos, utilizando-os somente quando necessário<sup>5</sup>.

Além das práticas de cuidado realizadas pelo núcleo familiar, as famílias mencionaram outros espaços de cuidado, como a igreja, o grupo da OASE, a pastoral da saúde e os vizinhos.

A igreja IECLB, nesse contexto, age aproximando as relações entre os vizinhos e as famílias da comunidade. Além disso, viabiliza atividades de lazer, como os jogos de futebol, que ocorrem nas festas das comunidades religiosas. A associação ambiente/terra,

plantas medicinais e alimentação, também é intermediada pela participação dos membros da comunidade em capacitações –, proporcionadas por instituições vinculadas a IECLB –, assim como encontros sinodais (Sínodo), realizados uma vez por ano, com outras comunidades religiosas, nos quais são abordados esses temas.

É relevante destacar que os interlocutores organizam seu tempo visando desempenhar as atividades na comunidade religiosa e na propriedade, além dos momentos de lazer, tendo o futebol como a principal atividade de recreação.

Corroborando com os achados deste estudo, uma investigação realizada em um assentamento da região canavieira de Ribeirão Preto (SP), identificou que os trabalhadores recorriam a diversas práticas para o cuidado à saúde, como a busca de atenção nos serviços localizados no entorno, as práticas religiosas, o uso de plantas medicinais, as atividades socioculturais, o lazer e o esporte<sup>8</sup>.

Outra pesquisa<sup>20</sup>, ocorrida em São Lourenço do Sul/RS, mostrou que o futebol é uma das atividades esportivas mais praticadas entre os colonos. Os jogos são uma das formas de entretenimento e sociabilidade, convertendo-se em importante espaço de lazer e encontro para as famílias.

No contexto das famílias investigadas, a religiosidade tem importante impacto na vida cotidiana, fazendo parte da construção dos conceitos, valores e convívio social. Este vínculo com a igreja Luterana faz com que tanto as mulheres quanto os homens desempenhem funções na comunidade, participando das diferentes atividades.

A igreja, o pastor e o grupo da OASE fazem parte dos cuidados à saúde. A religião mostrou-se

importante no cotidiano das famílias rurais, fornecendo conforto espiritual para superação das doenças e dos problemas enfrentados, integrando o sistema de cuidado.

O grupo da OASE mostrou-se um importante recurso da autoatenção utilizado pelo microgrupo social, sendo referido como um espaço de acolhimento, escuta, apoio e solidariedade. Em diversos momentos, as mulheres mencionavam situações nas quais tiveram o grupo como espaço para compartilhar suas alegrias e desabafar tristezas, recebendo apoio emocional para superar os problemas enfrentados.

*Eu não tinha com quem me abrir, lá [no grupo da OASE] eu desabafava no ombro delas, chorava. Porque eu fiquei desesperada. As [mulheres] do grupo apoiam muito nesses momentos. (Eduarda, 57a)*

*O grupo da OASE também é um espaço, que a gente reparte as nossas alegrias e os problemas, quando se têm. Muitas vezes, as pessoas não precisam de tanto remédio, precisam de palavra, de ouvir. Todo mundo que vai lá [no grupo da OASE] se sente bem. (Lia, 39a)*

A comunidade religiosa se fortalece como coletivo, apesar da distância entre as propriedades e de alguns integrantes residirem em outras localidades rurais, essa propicia uma sociabilidade vicinal. Para as famílias desta pesquisa, as atividades de lazer são relevantes no cuidado à saúde.

*Para mim, duas coisas são importantes, assim pra lidar [trabalhar], é ir nas estufas e ver as plantas bonitas, crescendo, e poder sair e jogar meu futebol, lazer, né. Isto é, são duas coisas que te trazem saúde, para mim pelo menos, são válvulas de escape, te divertir, lazer. (José, 43a).*

A fala de José evidencia a importância da relação entre saúde, trabalho e lazer, necessitando estar interligados, pois o trabalho resulta em saúde e é necessário estar saudável para o lazer e para as

atividades laborais. Aos domingos, os homens, e as poucas mulheres da comunidade religiosa que praticam esse esporte, vão jogar futebol. Seus familiares comparecem aos jogos, para torcer pelos times e encontrar com amigos, vizinhos, integrantes da comunidade e familiares, sendo um espaço de socialização.

Este resultado foi semelhante ao descrito no estudo realizado no assentamento de Ribeirão Preto (SP), no qual trabalhadores defenderam o lazer e as atividades socioculturais como estratégias coletivas de promoção da saúde<sup>8</sup>.

Neste sentido, as práticas de cuidado à saúde integram as relações entre os membros da comunidade e com os vizinhos. A partir da convivência com as famílias rurais, percebeu-se que o cuidado com a saúde envolve relações, condutas e hábitos, em busca de uma vida mais saudável, revelando a importância atribuída à convivência em comunidade.

Para alguns interlocutores, “o vizinho é uma coisa muito importante”, sendo considerado como integrante da família, mesmo sem haver parentesco. A relação com os vizinhos ocorre por meio de trocas, como de sementes e mudas de plantas; mediante a permuta de serviços; empréstimos de equipamentos agrícolas; para cuidar da propriedade quando se ausentam; e acesso à água (compartilhamento ou cedência da sanga), pois esta é escassa para a maioria das famílias do Remanso. Ademais, recorrem aos vizinhos para o cuidado à saúde, como no fornecimento de plantas medicinais ou esclarecimento de dúvidas quanto a seu uso, auxílio quando há necessidade de cuidado, tanto no domicílio quanto nos serviços disponíveis no sistema de saúde.

A reciprocidade na realização dos serviços e a troca de alimentos também foi identificada em uma pesquisa<sup>21</sup> realizada com ascendentes de pomeranos, residentes em duas comunidades rurais de Itarana, no Espírito Santo. O estudo identificou que os alimentos e comidas típicas têm papel importante nas relações de trocas entre famílias, por meio de doações e recebimento de alimentos de produções caseiras e colheitas das lavouras, principalmente, quando a família que recebe não tem acesso a àquele alimento.

A rede de relações constituída por vizinhos, familiares, grupo da OASE, igreja, entre outros foi referida por diferentes interlocutoras como importante no cuidado à saúde, como destacado no depoimento reproduzido a seguir.

*A gente tem que se alimentar assim, com coisas saudáveis e também o convívio, com as amigas, as pessoas que têm amigas, ajuda na saúde, no todo, eu acho que é muito amplo isso. (Maria, 58a)*

As relações sociais, de amizade e a boa convivência entre as pessoas foram referidas como componentes importantes para o cuidado em saúde, ajudando “na saúde, no todo”. Na investigação<sup>8</sup> realizada no assentamento de Ribeirão Preto (SP), os trabalhadores rurais atribuem que o processo de saúde-doença se relaciona, direta ou indireta, com o modo de vida rural *versus* urbano, em relação à existência e à qualidade da alimentação e do trabalho e ao caráter das relações sociais e interpessoais.

Assim como recorrem aos diferentes espaços de cuidado do sistema informal de saúde, as famílias rurais também utilizam os serviços – público e privado – ofertados pelo sistema formal de saúde. A escolha do serviço (público ou privado) depende da “urgência”, gravidade e das experiências anteriores.

*Os exames que o V. [nome do esposo] fez, a gente acabou pagando porque ele [médico] pediu, o ultrassom e o raio X. Por causa que a gente queria meio de urgência, né. (Leticia, 35a)*

*Foi dia 3 de dezembro que eu fiz a cirurgia [do câncer de mama], descobri em outubro. O médico logo disse, quando eu desconfieei, eu logo procurei ajuda, na hora, e aí eu fiz a minha cirurgia, tudo particular. Tudo! Porque eu não podia esperar, eu sentia aquele caroço, dei jeito de tirar fora de uma vez, né. É, toda a mama eu tirei, e agora depois, aí eu quero fazer o implante no SUS. (Inês, 47a)*

*A gente vai no posto de saúde, mas, assim, quando é uma coisinha; agora, quando já é uma coisa mais grave, aí vai no médico particular. (Lia, 39a)*

*É que nem esses dias, aí eu tinha tanta dor [na coluna], que não conseguia nem me levantar [...], aí fomos no F. [médico particular] de novo, ele só trocou o remédio por um mais forte [...]. Por isso que às vezes a gente não tem como esperar pelo SUS. Dentista sim, essas coisas assim eu sempre levo. O meu marido vai ali no posto, meu filho é cuidado pelo posto ali também, a dentista que cuida dele. (Iasmim, 34a)*

No depoimento de Inês, a escolha em realizar a cirurgia particular foi em decorrência do diagnóstico de câncer e por considerar que “não podia esperar”. O câncer é uma doença que “apavora” os interlocutores, considerado por muitos incurável.

A decisão de consultar um curador profissional e algumas das atividades que se realizam depois da consulta constituem parte do processo de autoatenção. “As carências econômicas, a existência de doenças incuráveis ou ainda não curáveis, bem como a busca de soluções para males existenciais, levam a busca e frequente criação ou ressignificação das formas de atendimento”<sup>13</sup>.

Para as famílias, há situações que demandam atendimento nos serviços de saúde que “podem esperar” e outras que “não podem esperar” pelo atendimento. Quando as interlocutoras consideram

uma situação “urgente ou grave”, não podendo aguardar pelo atendimento no SUS, utilizam os serviços privados de saúde, como nos relatos anteriores. Já o tratamento dentário, como não é considerado “grave”, na maior parte das vezes é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A maioria dos atendimentos pelo SUS ocorre na cidade de Canguçu, e os encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade são feitos para cidades de referência, como Pelotas ou, com menor frequência, Rio Grande. Em decorrência da distância e de haver somente um horário de ônibus, os moradores têm dificuldade para utilizar alguns serviços de saúde, como fisioterapia e realização de exames laboratoriais.

O problema de deslocamento dos moradores da área rural do 1º distrito de Canguçu interfere no acesso aos serviços de saúde. Um exemplo relatado por uma interlocutora foi que sua dificuldade para andar, devido à artrose nos joelhos, resultou em indicação médica de fisioterapia, porém não está realizando por dificuldades no transporte. Na localidade do Remanso há somente um horário de ônibus, pela manhã, e o valor é considerado elevado (mais de vinte reais). Diante dessa adversidade, a agricultora realiza o tratamento em casa, utilizando bolsa com água quente para a dor, e fomentação à noite, com álcool e alho ou álcool com “nó de bambu”.

Os exames laboratoriais são agendados presencialmente na cidade, no início de cada mês. Após o agendamento, o usuário retorna para coleta, posteriormente para retirar o exame e, em outro momento, para mostrar o resultado ao médico. Esse fluxo faz com que muitas agricultoras paguem pela realização dos exames nos laboratórios, com isso não

demandando tantos deslocamentos à cidade, evitando a perda de dias de trabalho.

*Tem um dia específico só pra marcar, aí tu chega lá cinco horas da madrugada, a fila já está grande, e se passou da cota, aí não vai fazer. Muitas vezes sai mais barato tu pagar [particular], se tu vai de ônibus, quanto tu gasta, e de carro também, né. (Eduarda, 57a)*

*Isso que é ruim assim, fazer as coisas pelo posto, né. Às vezes tu perde um dia de serviço, aí tu vai, às vezes até prefiro pagar certas coisas. Que nem exame de sangue, às vezes é doze, treze reais, né. Aí uma passagem de ônibus aqui é mais de vinte, aí tu vai pra consultar, tu vai pra marcar, tu vai pra fazer e vai pra retirar, então tu já vai lá e faz de uma vez, né. (Mariana, 40a)*

*Quando preciso fazer exames, tem que ir de carro ou moto, porque o ônibus não chega a tempo. (Siderlei, 56a)*

De acordo com a Política de Qualidade e Eficácia dos Cuidados de Saúde Rural, desenvolvida pelo Grupo de Trabalho de Medicina Rural (*Working Party on Rural Practice*), a população que reside no meio rural, quando comparada à população urbana, possui menos acesso aos cuidados oferecidos no sistema oficial de saúde<sup>22</sup>.

Da mesma forma, a pesquisa realizada com mulheres, residentes na área rural de Prudentópolis-PR, evidenciou que ainda persistem desigualdades no processo assistencial em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde no contexto rural, como a distância entre a residência e os serviços de saúde, a dificuldade em conseguir a consulta e a acessibilidade aos serviços especializados<sup>23</sup>.

Uma pesquisa realizada com moradores da zona rural de três municípios da região do Oeste de Santa Catarina também identificou que a população rural possui dificuldades de acesso aos serviços de saúde, destacando-se a distância entre a residência do

usuário e os serviços de saúde, implicando tempo de deslocamento e custos<sup>24</sup>.

O exame de coleta do pré-câncer de colo uterino é realizado por algumas mulheres na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na cidade de Canguçu, já outras o realizam no serviço particular. Porém, exames de custo mais elevado, como a mamografia, são realizados pelo SUS, assim como a maioria das internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos.

Apesar de muitas interlocutoras optarem pelo atendimento privado, quando consideram necessário, reconhecem o alto custo dos serviços oferecidos, e que nem sempre há recurso financeiro para tal, como se constata nos relatos a seguir.

*É, hoje em dia a gente vai no posto, tem os médicos particulares, mas nem sempre se tem dinheiro pra ir. (Viviane, 40a)*

*Um pouco também é falta de dinheiro. Se a gente pudesse pagar um médico particular, mas aí tudo sai caro, né. Esses tempos, quando nós levamos ele [esposo] por causa do labirinto, aí nós pagamos médico particular, mas nós estávamos sem dinheiro no bolso, né, aí o cunhado dele pagou a consulta, tinha dinheiro no banco e pegou, aí ele disse depois: 'tu me dá o dinheiro, a hora que tu tem'. Pediram R\$ 220,00 pra consulta, porque não tinha sido agendada, tinha que agendar a consulta, mas como é que a gente vai adivinhar se vai adoecer. (Eduarda 57a)*

É possível observar, na fala de Eduarda, que outros familiares ajudam financeiramente, quando identificam a necessidade de atendimento no sistema privado, reforçando a importância do auxílio dos familiares nas situações de padecimento, seja com apoio financeiro, seja colaborando no cuidado, integrando a rede de relações.

A mercantilização da saúde torna-se um obstáculo à garantia da saúde como direito humano fundamental, negando o direito ao acesso – universal, igualitário e equânime – ao sistema de saúde<sup>25</sup>.

O acesso às consultas médicas, na SMS, é considerado difícil, necessitando, muitas vezes, deslocar-se de madrugada para a cidade, visando assegurar uma consulta.

*É, tem que sair bem cedo, tem que sair em volta de 4 ou 5 horas, depende do tempo que vai levar, né, aí vai pra fila. Tem que ir de carro, se vai de ônibus chega lá muitas vezes e não consegue pegar ficha, aí tem que esperar até o meio-dia, que eles dão ficha pra antes do meio-dia, aí espera até meio-dia, aí depois do meio-dia eles dão ficha de novo, pra de tarde até as cinco, né. (César, 61a)*

Foi possível evidenciar nos depoimentos que a dificuldade de acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento tem importância no cotidiano das famílias estudadas. Essa informação encontra apoio num estudo<sup>11</sup> que investigou a oferta e a demanda de serviços de saúde de Atenção Básica dos treze municípios da metade sul do Rio Grande do Sul, e demonstrou que Canguçu apresentava valores abaixo do esperado para a própria população em consultas básicas não urgentes.

Indo ao encontro desses autores, a dificuldade em acessar os serviços de saúde também foi referida pelas famílias assentadas da região noroeste do Rio Grande do Sul, onde esse obstáculo fortalece a exclusão do assentamento<sup>9</sup>.

Para compreender o cuidado em saúde, os profissionais de saúde necessitam conhecer e potencializar essas iniciativas de autoatenção do grupo familiar e microgrupo social, além do contexto sociocultural.

## Conclusão

Esta pesquisa possibilitou compreender que as práticas de cuidado à saúde entre famílias rurais do Sul do Rio Grande do Sul são oriundas da articulação entre o sistema informal e o formal. Para tanto, foi

essencial conhecer a organização da unidade familiar, o trabalho e a relação com a terra em que vivem, além de como produzem e ressignificam as práticas de cuidado, suas ações cotidianas e a organização social do grupo, de acordo com seu contexto cultural. Ao mesmo tempo em que efetuam cuidados provenientes do saber familiar e do seu grupo social, também utilizam o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde.

A partir desta pesquisa, foi possível compreender o sistema de cuidado à saúde entre as famílias rurais. A religião mostrou-se importante no cotidiano das famílias rurais, fornecendo conforto espiritual para superação das doenças e dos problemas enfrentados.

As práticas de cuidado utilizadas pelas famílias rurais são as mais diversas e estão associadas aos diferentes serviços de saúde e espaços de cuidado. Elas envolvem diferentes saberes, tanto os oriundos do sistema formal, ou seja, do modelo biomédico hegemônico, quanto do sistema informal de saúde. As práticas de cuidado estão permeadas do cuidado familiar aos serviços biomédicos, não ocorrendo um fluxo único, mas utilizando-se dos diferentes espaços e serviços, de acordo com suas necessidades, exercendo a autoatenção em saúde.

Foi possível perceber que o sistema público de saúde de Canguçu apresenta fragilidades no atendimento às necessidades de saúde das famílias rurais. A distância entre a área rural e a urbana dificulta o acesso aos serviços de saúde do sistema formal. Para as famílias, a procura pelos serviços de saúde, tanto público quanto privado, em geral ocorrem posteriormente aos cuidados realizados pela família e seu microgrupo social, considerando a gravidade de cada situação.

Quanto às contribuições para a enfermagem, salienta-se a necessidade da enfermeira, que ainda possui sua formação acadêmica pautada no modelo biomédico, ampliar seu olhar para o contexto sociocultural das pessoas, atentando para as diferentes práticas de cuidado utilizadas pelos indivíduos e microgrupos sociais, valorizando e incluindo essas práticas por meio de um cuidado integral e dialógico.

A pesquisa apresenta como limitação ter sido realizada com integrantes de uma Comunidade Luterana rural, apresentando particularidades que não podem ser extrapoladas para outros grupos populacionais, como a influência da religiosidade no cuidado, a predominância da ascendência alemã e pomerana, o contexto rural e a distância do urbano, interferindo no acesso aos serviços de saúde.

## Referências

1. Prates LA, et al. "Vem passando de geração para geração": as práticas de cuidados de mulheres quilombolas. Rev Enferm UFSM. 2019; 9(e40):1-22.
2. Acioli S, et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. Rev Enferm UERJ. 2014; 22(5):637-42.
3. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Latino Am Enferm. 2010; 8(3):173-81.
4. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.
5. Ceolin T, et al. Cuidado em saúde pelos agricultores de base ecológica do Sul do Brasil. J Nurs Health. 2014; 4(2):99-109.
6. Lima ARA, et al. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(2):365-372.
7. Menasche R, Marques FC, Zanetti C. Autoconsumo e segurança alimentar: a agricultura familiar a partir dos saberes e práticas da

alimentação. Rev Nutr PUCAMP. 2008; 21(Supl):145s-158s.

8. Scopinho RA. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(Supl.1):1575-1584.

9. Wunsch S, Budó MLD, Beuter M, Garcia RP, Seiffert MA. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. Esc Anna Nery. 2014; 18(3):533-538.

10. Gama PA, Souza TC, Borges WD, De Castro NJC. Práticas de cuidado e cura no quilombo Abacatal. Mundo Amazon. 2019; 10(1):225-242.

11. Gerhardt TE, et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(suppl.1): 1221-1232.

12. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC. 2012.

13. Menéndez EL. Sujeitos, saberes e estrutura: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Aderaldo & Rothschild. 2009.

14. Ceolin T. Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul [tese]. Pelotas: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas; 2016. Disponível em: <<http://guaiaca.ufpel.edu.br/handle/prefix/3830>>. Acesso em 23 jun 20.

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa 2019. IBGE, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/canguçu/panorama>>. Acesso em 11 mai 2020.

16. Cardoso de Oliveira R. O trabalho do antropólogo. 2. ed. São Paulo: Editora Unesp. 2006.

17. Bonfim VS. Gadamer e a experiência hermenêutica. Rev CEJ. 2010; XIV(49):76-82.

18. Schneider M, Krone EE, Menasche R. De Morenos e Alemães-Batata a Quilombolas e Pomeranos: reflexões acerca de marcadores identitários e políticas públicas. Rev Antropolítica. 2016; 41:266-294.

19. Pitano SC, Romig KLK. A influência da cultura pomerana na transformação do espaço geográfico no extremo Sul do Rio Grande do Sul. Rev Formação (Online). 2018; 25(46):109-128.

20. Krone EE. Comida, memória e patrimônio cultural: a construção da pomeraneidade no extremo sul do Brasil [dissertação]. Pelotas: Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pelotas; 2014. Disponível em: <<http://guaiaca.ufpel.edu.br/handle/ri/2675?mode=full>>. Acesso em 27 abr 20.

21. Schmidt A, Farias RCP. A comida e a sociabilidade na cultura pomerana. Tessituras. 2015; 3(2):195-218.

22. Wonca. WorkingPartyon Rural Practice. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(suppl.1):15-24.

23. Pitilin EB, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(5):726-732.

24. Kessler M, et al. Morbidades da população rural e a utilização de serviços de saúde. Rev Enferm UFPI. 2016; 5(3):24-29.

25. Martins PPS, Eich M, Martins LS. O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho: verso e averso do direito a saúde negado. Anais do VIII Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e VI Seminário "O Trabalho em Debate". UNESP/USP/STICF/CNTI/UFSC; 25 a 27 de setembro de 2012; UNESP. Franca/SP. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/08.pdf>>. Acesso em 9 abr 2020.

**Artigo extraído da tese:** "Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

#### Agradecimentos:

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de doutorado sanduíche, realizado no Departament d'Infermeria da Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha. Bolsista da CAPES - Proc. nº 99999.004526/2014-07.