

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM SOCIOLOGIA

VARIANTE FAMÍLIA E POPULAÇÃO

**MODOS DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE
DE UMA PEQUENA COMUNIDADE RURAL**

TESE DE MESTRADO APRESENTADA POR:

MARIA DO CÉU ANTUNES MARTINS MARRUCHO

ÉVORA, 1998

SIGLAS

A.P. – Antecedentes Pessoais

A.V.C. – Acidente Vascular Cerebral

C.S.P. – Cuidados de Saúde Primários

E.N. – Estrada Nacional

H.T.A. – Hipertensão Arterial

N. U. T. E. - Nomenclatura de Unidade Territoriais para fins Estatísticos.

O. M. S. - Organização Mundial de Saúde

P.D.M. – Plano Director Municipal

P. I. S. – Pinhal Interior Sul

S. A. P. – Serviço de Atendimento Permanente

T.P. – Tuberculose Pulmonar

À MEMÓRIA DA MINHA MÃE
E
AO MEU PAI

À COMUNIDADE DE RIO VERDE

Tecendo a Manhã

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.

De um que apanhe esse grito
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre outros galos.

E se incorporando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

João Cabral de Melo Neto

AGRADECIMENTOS

Estas palavras dirigem-se a todas as pessoas que de diferentes formas contribuíram para a concretização deste trabalho.

Em primeiro lugar distingo com profunda gratidão o meu orientador, Professor Doutor Francisco Ramos, pela permanente disponibilidade manifestada desde o primeiro momento do curso, pela aceitação do convite que lhe dirigi para orientar esta dissertação e muito especialmente pelo dedicado interesse e acompanhamento que sempre manifestou e dispensou em todas as fases do trabalho. A sua atitude crítica e perspicaz no desenrolar do trabalho, os seus conhecimentos e a sua experiência e o seu elevado empenho na revisão minuciosa do trabalho foram altamente proficuos, enriquecedores e determinantes na sua realização.

Em segundo lugar, o meu reconhecimento a um vasto leque de pessoas que também se afiguraram relevantes no estudo.

Ao Dr. Luís Fernandes, o Clínico Geral que assiste a população da comunidade estudada, pela sua amabilidade, simpatia e ajuda, revelando-se um informante chave neste trabalho.

Ao Ex.^{mo} Sr. Director da Escola Superior de Enfermagem Enfermeiro Ismael Martins pelo interesse que sempre revelou ao longo desta caminhada em que também foi interveniente.

Ao meu colega, amigo e mestre, Zé Manel, devo de forma muito particular um gesto de gratidão pelo esforço e empenhamento que assumiu na equipa, facilitando-me as actividades pedagógicas. A sua compreensão e o seu vasto saber facilitaram a progressão deste trabalho.

Às responsáveis pela Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem pela sua competência, disponibilidade e carinho com que sempre dispensaram toda a rede de informação que ali procurava.

A todas as pessoas que não estiveram alheias a este processo. Aos que se disponibilizaram para me ajudar, aos que me colocaram questões sobre o estado de

evolução do trabalho e aos que me dirigiram palavras amistosas de encorajamento e de força; a todas essas pessoas expresse a meu sincero reconhecimento.

Também uma particular referência a toda Comunidade de Rio Verde pela sua total disponibilidade e grande envolvimento neste trabalho.

Finalmente uma palavra de profunda gratidão e apreço àqueles que de muito perto contribuíram para que pudesse desenvolver a atitude reflexiva que um processo de investigação exige, sabendo aceitar o meu distanciamento.

Ao José Albino, meu marido pelo apoio que sempre me deu.

Ao João, meu filho, pelo elevado sentido de responsabilidade e também pela boa disposição que a sua presença sempre impõe.

Ao Zé, meu filho, pela sua sensibilidade e compreensão. Também pela alegria que me irradia sempre que lhe dedico algum tempo.

Dos seus olhares cintilantes brotam sinais de luz e de vida. Espero ter contribuído para manter acesa essa luz e para a construção das suas vidas.

A TODOS ESTOU GRATA

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO

1 - A PROBLEMÁTICA.....	12
2 - OBJECTIVOS METODOLOGIA E PLANO DO TRABALHO	16

PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Capítulo I - A COMUNIDADE RURAL E A SAÚDE

1. DEFINIÇÃO DE COMUNIDADE	20
2.O CONTEXTO FAMILIAR E SOCIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE	25
2.1.FAMÍLIA, CLASSE SOCIAL E A SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA	25
2.2. FACTORES INFLUENTES NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	29
2.3.O RECURSO A OUTROS MEIOS NO CAMPO DA SAÚDE	32
3. A ACÇÃO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE À COMUNIDADE	39
3.1. A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	39
3.1.1. Definição de Cuidados de Enfermagem de Saúde na Comunidade	41
3.1.2. A Filosofia dos Cuidados de Enfermagem de Saúde na Comunidade	42
3.1.3. O Papel e Funções da Enfermagem nos Cuidados de Saúde à Comunidade	43
3.2. A ESCOLHA DE UM QUADRO DE REFERÊNCIA	48
3.2.1. Modelo de Enfermagem de Actividades de Vida	49
3.2.1. Teoria dos Cuidados Transculturais	51

Capítulo II - A ABORDAGEM METODOLÓGICA

1. O TIPO DE ABORDAGEM	59
2. A ESTRATÉGIA DE COLHEITA DE DADOS.....	61
2.1.TÉCNICA DE RECOLHA E REGISTO DE INFORMAÇÃO	61
2.2.ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	70
3. A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE.....	72

PARTE II

A COMUNIDADE DE RIO VERDE

Capítulo I - CARACTERIZAÇÃO GERAL

1. DESCRIÇÃO SUMÁRIA	78
2. ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS	81
2.1. RELIGIÃO	81
2.2. CRENÇAS, MEZINHAS E SUPERSTIÇÕES	83
2.3. COSTUMES TRADICIONAIS	89
2.4. COLECTIVIDADES	90
2.5. HABITAÇÃO	92
3. ACESSIBILIDADE	96
3.1. REDE VIÁRIA E TRANSPORTES	96
3.2. A REPRESENTAÇÃO DA COMUNIDADE SOBRE OS VECTORES ACESSIBILIDADE E ISOLAMENTO	98

Capítulo II - O TECIDO SOCIAL

1. EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DA FREGUESIA 1864 – 1991	103
3. AS FAMÍLIAS DA COMUNIDADE DE RIO VERDE	107
3.1. AS RELAÇÕES FAMILIARES E DE VIZINHANÇA	114

Capítulo III - A SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA E AMBIENTAL

1. POPULAÇÃO ACTIVA POR SECTORES DE ACTIVIDADE ECONÓMICA	119
2. ACTIVIDADES ECONÓMICAS	121
3. O MEIO AMBIENTE	126

Capítulo IV - A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: BREVE NOTA	131
2. RECURSOS DE SAÚDE	135

Capítulo V - A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

1. REPRESENTAÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA NA COMUNIDADE	137
2. O NÍVEL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	141
3. ATITUDES E COMPORTAMENTOS FACE A ALGUMAS ACTIVIDADES DE VIDA	159
4. ATITUDES E COMPORTAMENTOS FACE A ESTILOS DE VIDA NÃO SAUDÁVEIS	171

Capítulo VI - NOTAS DE CAMPO	174
------------------------------------	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS

BIBLIOGRAFIA	202
ANEXOS: 1 - GUIÃO DE ENTREVISTA	212
2 - EPIDEMIA DA FEBRE TIFOIDE	214

ÍNDICE DE FIGURAS

- QUADROS -

QUADRO 1 – AS DOZE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E OS ESTADOS DE DEPENDÊNCIA/INDEPENDÊNCIA	50
QUADRO 2 – PRÁTICAS CASEIRAS FACE A PROBLEMAS COMUNS	87
QUADRO 3 – EFECTIVOS POPULACIONAIS DA FREGUESIA DE CAMBAS	104
QUADRO 4 – A PROCESSO MIGRATÓRIO DAS FAMÍLIAS RESIDENTES EM RIO VERDE	106
QUADRO 5 – NÚMERO DE FILHOS POR FAMÍLIAS, ÓBITOS OCORRIDOS E NÚMERO ACTUAL DE FILHOS	112
QUADRO 6 – FREQUÊNCIAS DAS VISITAS ENTRE AS FAMÍLIAS	115
QUADRO 7 – ÁREA APROXIMADA DAS PROPRIEDADES POR FAMÍLIA	121
QUADRO 8 – LOCALIDADE ONDE A POPULAÇÃO RECORRE PARA RECEBER SERVIÇOS DE SAÚDE	135
QUADRO 9 – NECESSIDADES EXPRESSAS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	136
QUADRO 10 – INDICADORES PARA AVALIAR O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA EM RELAÇÃO ÀS ACTIVIDADES DE VIDA	151
QUADRO 11 – CAPACIDADE PARA A ALIMENTAÇÃO	152
QUADRO 12 – CAPACIDADE PARA A HIGIENE	153
QUADRO 13 – CAPACIDADE PARA SE VESTIR E CALÇAR	154
QUADRO 14 – CAPACIDADE PARA ANDAR	155
QUADRO 15 – DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS COM COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DAS ACTIVIDADES EM ESTUDO	156
QUADRO 16 – INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA DO TÉTANO E COBERTURA ANTITETÂNICA	157
QUADRO 17 – QUANTIDADES DE ÁGUA INGERIDA SEGUNDO A ÉPOCA DO ANO	163
QUADRO 18 – FREQUÊNCIA DO BANHO NA COMUNIDADE DE RIO VERDE	166
QUADRO 19 – INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NA COMUNIDADE DE RIO VERDE	172
QUADRO 20 – QUANTIDADE INGERIDADA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	173

- GRÁFICOS -

GRÁFICO 1 – POPULAÇÃO DE CAMBAS, POR SEXO (1864-1991)	104
GRÁFICO 2 – POPULAÇÃO DE CAMBAS SEXOS REUNIDOS (1864-1991)	105

- DIAGRAMAS -

DIAGRAMA 1 – MODELO SUNRISE	58
DIAGRAMA 2 – DIAGRAMA FAMILIAR 1	107
DIAGRAMA 3 – DIAGRAMA FAMILIAR 2	142

- FOTOGRAFIAS -

FOTOGRAFIA 1 – VISTA GERAL DE RIO VERDE	79
FOTOGRAFIA 2 – VISTA PARCIAL DE RIO VERDE	79
FOTOGRAFIA 3 – CASA TRADICIONAL DE RIO VERDE	94
FOTOGRAFIA 4; 5 – O BALCÃO DA CASA COMO ESPAÇO DE DESCANSO E OBSERVAÇÃO	95
FOTOGRAFIA 6 – ACTIVIDADE QUOTIDIANA DE RIO VERDE	130
FOTOGRAFIA 7 – VISTA PARCIAL DE RIO VERDE	130

- MAPAS -

MAPA 1 – CONCELHO DO DISTRITO DE CASTELO BRANCO E CONCELHO DE MAÇÃO 76 (DISTRITO DE SANTARÉM)	
MAPA 2 – RIO VERDE NA FREGUESIA, CONCELHO E REGIÃO	77

INTRODUÇÃO

1. A PROBLEMÁTICA

Este estudo versa sobre uma pequena comunidade rural constituída por dezanove famílias, somando um total de trinta e duas pessoas. Rio Verde é o pseudónimo pelo qual será designada. A opção por esta pesquisa surge em consequência de uma certa inquietação pessoal e profissional pelo facto desta comunidade assumir características que a tornam francamente vulnerável a problemas de saúde. A problemática que envolve a presente investigação prende-se com um conjunto de elementos que desde já se afigura oportuno explicitar, para compreender melhor o contexto geral da unidade de análise.

A aldeia está situada a 4 Km da sede de freguesia e a 46 Km da sede do concelho, o qual se enquadra na região "*Pinhal Interior Sul*", segundo a terminologia adoptada pela Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos de nível III (NUTE III), juntamente com os concelhos de Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei e Mação. Oleiros, é, na zona do Pinhal, o concelho que está mais isolado fisicamente e, à semelhança de uma larga faixa interior do País, esteve exposto durante os anos 60 e 70 a um forte movimento migratório da população. Neste contexto, seria difícil à aldeia de Rio Verde fugir ao referido fenómeno. Tal como em muitas aldeias do concelho, verificou-se nesta pequena comunidade, uma forte mobilidade geográfica da população mais jovem, no decorrer dos últimos trinta anos. Uns, atraídos pelas áreas urbanizadas e pelos países industrializados que eram o garante duma situação económica estável, outros por razões educacionais, abandonaram paulatinamente aquele que outrora fora o seu espaço privilegiado, mas onde actualmente não reconhecem alguma possibilidade de ver realizadas as suas necessidades pessoais e profissionais.

O resultado destes movimentos migratórios apresenta duas faces: positiva e negativa. Positiva, porque grande parte da população teve acesso a melhores níveis de vida e algumas condições de ascensão social. Negativa, devido às consequências da deserção verificada: a aldeia foi ficando cada vez mais despovoada, com uma população envelhecida e sem nenhum dinamismo social e económico. Hoje, Rio Verde é uma pequena comunidade constituída quase exclusivamente por pessoas idosas. Das 32 pessoas que aí vivem, 25 têm idades superiores a 65 anos. Para além do acentuado envelhecimento, a comunidade confronta-se com mais duas realidades que a colocam, em meu entender, numa situação de marginalidade social e acentuam a sua vulnerabilidade: a fraca acessibilidade, que advém da inexistência de transporte público e o isolamento familiar, motivado pela ausência dos filhos.

De facto, não existe nenhum serviço rodoviário que sirva as pessoas deste aglomerado. A Rodoviária da Beira Interior circula a 2 Km da aldeia. À excepção de dois residentes que possuem viatura própria, os restantes elementos vêem-se confrontados com a necessidade de percorrer essa distância a pé, o que se torna um factor limitativo para a comunidade em geral e muito especialmente para os mais idosos. Por sua vez, sem filhos na aldeia, penso que será difícil desenvolver processos de ajuda que aligeirem as dificuldades sentidas no grupo em estudo.

Outro elemento que desde logo se afigurou problemático está relacionado com a assistência à saúde. A extensão de saúde, o recurso de saúde mais próximo, situa-se na sede de freguesia a 4 km da aldeia.

Perante o conjunto das circunstâncias descritas (características da população, condicionantes familiares e dificuldades na assistência à saúde) não tive dúvida em considerar este grupo como potencialmente vulnerável a problemas de saúde, reconhecendo-o à partida merecedor de um estudo profundo. Por outro lado, o facto de ter nascido na aldeia foi factor relevante para abraçar a ideia de desenvolver a minha tese precisamente nesta comunidade.

O conjunto de carências a que esta comunidade parece estar votada remete-a para uma situação de exclusão social e isolamento. O isolamento produz costumes

sedimentados, cristalizados, que praticamente não se alteram. Verifica-se um máximo de “estabilidade” e acomodação pessoal, reduzindo-se ao mínimo a possibilidade de mudança. No plano da saúde, qualquer tipo de isolamento (espacial ou geográfico, estrutural ou funcional) poderá ter implicações negativas. Sabe-se também que as condições de saúde de uma população estão relacionadas fortemente com o nível de desenvolvimento socioeconómico pois dependem, por um lado, da capacidade de oferta em quantidade, qualidade e eficiência de serviços de saúde e da sua acessibilidade, e, por outro, das condições gerais de vida que se reportam à alimentação, à habitação ou ao meio ambiente.

Nas prioridades do Sistema de Cuidados preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S. 1985), a *meta nº 27*, refere-se à distribuição dos recursos numa forma racional e de acordo com as necessidades da população da seguinte forma: “Até 1990, em todos os Estados Membros, as infra-estruturas dos sistemas de prestação de cuidados deveriam estar organizadas por forma a que os recursos estivessem distribuídos de acordo com as necessidades e que os serviços fossem física e economicamente acessíveis à população, além de culturalmente aceitáveis por esta.(...) “A acessibilidade aos serviços de saúde pode ser comprometida pela distância, pela insuficiência ou pelo custo dos meios de transporte, ou por horários incómodos. Pode também haver factores económicos, culturais, e de organização que limitem a acessibilidade aos serviços de saúde” (O.M.S. 1985: 121).

Mais adiante, a mesma organização estabelece outra prioridade na *meta nº 28*, que preconiza: “Até 1990, o sistema de cuidados de saúde primários de todos os Estados Membros deveria assegurar uma vasta gama de serviços desde a promoção da saúde aos cuidados curativos, de reabilitação e de apoio, por forma a responder às necessidades de saúde essenciais das populações e a dar uma atenção especial aos indivíduos e grupos de alto risco, vulneráveis e deficientemente servidos.” (...) “Devem melhorar-se os serviços de cuidados à periferia para auxílio às pessoas idosas (...) no sentido de melhorar o seu estado e tomar medidas para localizar as pessoas isoladas por razões geográficas, sociais ou linguísticas, (...) que não têm acesso aos cuidados de saúde nem a outros recursos sociais” (O.M.S. 1985:123). A mesma Organização defende ainda a promoção de políticas sociais particularmente caracterizadas por medidas que apostam na prevenção de sistemas de

exclusão ou marginalidade. Reforça igualmente medidas estimuladoras de mecanismos de solidariedade. Paralelamente defende a criação de um rede de instituições locais com serviços ao domicílio dos idosos.

Passaram oito anos do limite estabelecido pela O.M.S. para a concretização destas metas, mas tenho dúvidas se as realidades experimentadas por esta comunidade coincidem com os princípios acabados de referir.

A problemática caracterizadora de Rio Verde pode ser enunciada da seguinte forma:

- população economicamente débil, muito dependente da agricultura tradicional, e onde o fenómeno migratório teve elevadíssima expressão;

- população duplamente muito envelhecida;

- população sem transporte público e cuja assistência à saúde implica elevados custos humanos: a grande maioria dos residentes têm que incorrer a esforços humanos penosos e despesas significativas;

- A grande maioria das famílias têm os filhos ausentes;

- Um terço das famílias é constituído por um único indivíduo;

Face a tais constatações algumas perguntas de investigação podem, à partida, ser colocadas:

1. Como é que os problemas de acessibilidade e isolamento são sentidos pela comunidade e de que modo interferem na situação de saúde da população em causa?
2. Quais as necessidades de saúde da comunidade de Rio Verde?
3. Como é que a comunidade age para superar os problemas de saúde ?

2. OBJECTIVOS, METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

De acordo com as questões orientadoras enunciadas, os objectivos deste estudo são os seguintes:

Objectivos gerais:

1. Estudar a Comunidade de Rio Verde numa perspectiva monográfica.
2. Descrever e analisar a situação de saúde da comunidade de Rio Verde.

Objectivos específicos:

- A) Caracterizar a comunidade nos contextos geográfico, cultural, socioeconómico e ambiental;
- B) Conhecer a percepção da comunidade face aos vectores acessibilidade/ isolamento;
- C) Conhecer a percepção que a comunidade tem sobre a saúde e identificar o nível da situação de saúde da comunidade;
- D) Descrever e analisar atitudes e comportamentos face a algumas actividades de vida;
- E) Identificar atitudes e comportamentos face a estilos de vida não saudáveis;

A abordagem metodológica é, fundamentalmente, de cariz qualitativo. Desenvolveu-se um estudo monográfico sobre uma aldeia que se pensa em vias de extinção, a muito curto prazo. Este estudo exigiu a minha presença no terreno, onde passei a encontrar-me numa atitude diferente daquela que até então me fazia deslocar à aldeia. Durante o período de trabalho de campo, numa atitude mais atenta e eventualmente mais perspicaz observei e colhi elementos para dar resposta às minhas preocupações, sem rejeitar aspectos que se afiguraram no momento interessantes, pertinentes e enriquecedores para a compreensão de determinadas vivências da comunidade em estudo.

A presente investigação divide-se em duas partes principais: a primeira remete para o campo de acção teórico-metodológico e a segunda intitulada "a comunidade de Rio Verde", traduz o cenário da investigação.

A primeira parte decorre a partir da presente Introdução e contém dois capítulos:

- o capítulo I – *A Comunidade Rural e a Saúde* em que abordo temáticas fundamentais do ponto de vista teórico: “Definição de Comunidade”, “O Contexto Familiar e Social nos Cuidados de Saúde à Comunidade”, “A Enfermagem nos Cuidados de Saúde à Comunidade” e a “Escolha de um Modelo de Referência”.
- o capítulo II – *A Abordagem Metodológica* em que justifico o tipo de abordagem, as estratégias de colheita de dados e apresento a construção do modelo que segui para analisar os dados.

A segunda parte tem seis capítulos de acordo com o seguinte plano:

- o capítulo I – inicia-se com uma *Caracterização Geral* da aldeia que engloba a sua descrição de forma sumária, os seus aspectos sócio-culturais e a sua acessibilidade ao exterior.
- o capítulo II – Aborda o *Tecido Social* da Comunidade. Após uma análise da evolução da população da freguesia passa-se a uma apresentação das famílias que a constituem, seguindo-se uma abordagem às relações familiares e de vizinhança.
- o capítulo III – caracteriza a comunidade numa perspectiva *Socioeconómica e Ambiental*.
- o capítulo IV – dá enfoque à *Assistência à Saúde da População* com particular destaque para os recursos de saúde e a forma como são utilizados.
- o capítulo V – traça o perfil da *Situação de Saúde da Comunidade*. Em primeiro lugar, procuro conhecer e compreender os conceitos saúde e doença definidos pela comunidade, identificar quais os elementos a quem a população atribui a responsabilidade pela sua própria saúde, bem como as causas que encontra para a doença. Em segundo lugar, descreve-se e analisa-se o nível de situação de saúde com base na morbilidade e no nível de capacidade funcional para as seguintes actividades: alimentação, cuidados de higiene, vestir e calçar, e andar. Em terceiro lugar, procuro identificar, analisar e compreender atitudes e comportamentos face às seguintes actividades de vida: alimentação, higiene

geral e oral, sono e repouso e ocupação de tempos livres. Por último caracterizam-se atitudes e comportamentos face a estilos de vida não saudáveis.

- o capítulo VI – as *Notas de Campo* constituem um relato evocador do desenrolar de acontecimentos da vida quotidiana da comunidade.

Finalmente, termino com as *Considerações Finais* onde reuno os aspectos mais relevantes do estudo.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Capítulo I

A COMUNIDADE RURAL E A SAÚDE

1. O CONCEITO DE COMUNIDADE

O conceito de comunidade tem sido utilizado em vários sentidos e múltiplos objectivos não só na vida quotidiana como também na descrição e análise da sociedade. Dentre as ciências sociais, as disciplinas de sociologia, antropologia e, mais recentemente, a ecologia terão sido aquelas que mais se debruçaram sobre a definição do termo.

O conceito comunidade foi, para alguns autores, sinónimo de sociedade. Nos séculos XVIII e XIX, o atomismo e o organicismo dominavam na teoria social. A teoria atomista “considerava a comunidade ou a sociedade como um nome para designar a soma total de indivíduos” (Sousa 1978: 40). Em oposição a este ponto de vista, a teoria orgânica descreve “a sociedade como uma realidade sui generis, independente dos indivíduos, seus componentes” (Sousa 1978: 41).

Ferdinand Tönnies, autor da obra *Comunidade e Sociedade*, serviu-se de ambas as teorias para distinguir o termo comunidade e sociedade, ao sustentar que a vida social tem não apenas um aspecto orgânico, mas também um individualismo racional. Daí ser comum afirmar-se que o conceito de comunidade esteve no centro da Sociologia de Tönnies. Este autor construiu um quadro conceptual em que a *comunidade* (*Gemeinschaft*) e a *sociedade* (*Gesellschaft*) se opõem como duas formas distintas da sociabilidade humana ou das relações sociais entre os indivíduos. Tönnies faz intervir o conceito de *vontade* para esclarecer os dois tipos de relação social. Na base das acções humanas, diz-nos Tönnies, existem duas espécies de vontade. A vontade “essencial” ou “orgânica” e a vontade

"instrumental" ou "racional". E acrescenta: "À vontade orgânica correspondem as relações comunitárias, fundadas em sentimentos naturais e em vínculos de sangue. À vontade reflectida correspondem as relações societárias, fundadas no cálculo e que geram um direito fundamentado no contrato" (Mousseau 1982: 241). Para melhor compreensão destes dois conceitos, recorramos a alguns autores. Através deles, fica-se a saber que Tönnies distingue três formas de comunidade, conforme a intensidade de relação estabelecida entre os membros do grupo: a relação de parentesco (*comunidade de sangue*) é identificada como a forma mais intensa de relação, seguindo-se a relação de vizinhança (*comunidade de lugar*) e a relação de amizade (*comunidade de espírito*). Embora a primeira seja considerada a forma mais intensa de relação, a última é conhecida como a forma de comunidade verdadeiramente humana e suprema. Cada uma destas formas de relação, dá origem aos diferentes agrupamentos humanos: primeiro a família, depois a aldeia, e, por último a cidade (Ferreira et al 1995).

Enquanto na comunidade predomina o conceito de indivíduo como uma unidade, como um "ser real e natural", na sociedade predomina o conceito de um "ser artificial que desempenha papéis e coloca máscaras", onde o grupo humano é caracterizado pela ausência de factores unificantes e por relações impessoais e distantes. Na sociedade nada se dá sem a perspectiva de se receber algo de valor mais elevado. O contrato é a figura que sela esta troca. Na sociedade, o equilíbrio é mantido numa base de contratos e convenções que, segundo o autor, nada têm de natural, e funciona pelo medo recíproco. As relações fazem-se acompanhar de objectos materiais ao contrário da comunidade, onde dominam, as palavra e os actos, e onde os objectos apenas se usam e possuem em comum (Ferreira et al 1995).

Tönnies oferece-nos, pois, um quadro de análise, baseado na natureza dos vínculos sociais; o sentimento e a moral ao caracterizar as formas da comunidade opõem-se à razão e ao interesse que encarnam a forma de sociedade. Nesta perspectiva, o conceito de sociedade refere-se a um agregado de indivíduos separados, desvinculados e anónimos, com organização social baseada em contrato e não em parentesco, onde os vínculos entre pessoas são utilitários e não pessoais ou sentimentais. O conceito de comunidade, enfatiza a unidade entre as pessoas, a identificação entre si e a partilha comum de tradições,

interesses e valores. Jorge Dias, de forma muito simples, diz tudo isto por poucas palavras: “a comunidade é a convivência permanente e autêntica, a sociedade passageira e aparente ...” (Dias 1961: 512).

Pelo que foi dito, pode afirmar-se que em Sociologia, o conceito de comunidade é utilizado em dois sentidos que se encontram relacionados mutuamente. O primeiro é utilizado para “captar a especificidade das formas de sociabilidade na sociedade tradicional, e na sociedade industrial” (Mousseau 1982: 241). De facto, quando se refere a comunidade de aldeia, construímos logo a imagem de um pequeno mundo onde se conhece toda a gente, onde todos estão interessados em todos, e onde se manifestam relações profundas de solidariedade; quando se refere a comunidade de cidade concebemos um outro tipo de colectividade onde prevalecem relações de tipo não comunitário, fundadas sobre a utilidade, a competição ou sobre o conflito, onde prevalecem relações de superficialidade e sentimentos de solidão, e em que ressalta a impessoalidade e o anonimato.

O termo comunidade utilizado num segundo sentido, tem a ver com o facto da comunidade ser vista como “um grupo cuja especificidade permite considerá-lo como uma totalidade...” (Mousseau 1982: 241). Por exemplo, nos primeiros estudos de comunidade que surgiram em Portugal, foi dada uma ênfase considerável a este principio de totalidade. Foi o caso de Jorge Dias, grande percursor dos estudos de comunidade em Portugal, no domínio da Antropologia. Autor de várias obras entre as quais se destaca o estudo de Rio de Onor, uma aldeia situada no Nordeste do país, também ele se debruçou sobre o significado do termo. Veja-se a definição apresentada na sua obra *Ensaios Etnológicos*, por me parecer adequada. É, como se pode verificar, simultaneamente abrangente e pormenorizada. “Por comunidade entendemos um grupo local integrado por pessoas que compartilham um território bem definido, as quais estão ligadas por laços de intimidade e convívio pessoal e participam de uma herança cultural comum” (Dias 1961: 39). Este autor refere três características fundamentais que envolvem o conceito: a “distinção dos seus limites”, a “homogeneidade cultural” e a “auto-suficiência”. A primeira permite considerar que, não só os indivíduos que constituem a comunidade, como os que não lhe pertencem têm consciência dos seus limites. A segunda caracteriza-se pela comunhão de acções, sentimentos e pensamentos e a terceira significa que a comunidade tem a capacidade de prover todas as

necessidade dos seus membros (Dias 1961: 41). São estas características que permitem conceber a comunidade como uma unidade específica e individualizada.

Jacques Mousseau contesta este princípio que toma por um todo uma aldeia, um bairro ou uma família, por reconhecer que afinal muitas vezes se acaba por abstrair o objecto de estudo de um tecido social mais amplo, afigurando-se este extraordinariamente importante para a compreensão dessa mesma comunidade (Mousseau 1982).

Todavia, é preciso notar que Jorge Dias assume uma postura aberta e flexível quando reconhece a comunidade como um todo. Também ele dá ênfase às interrelações que necessariamente se estabelecem devido ao contacto entre comunidades, e às influências recíprocas que daí advêm. Ao mesmo tempo, reconhece que, para além de não ser fácil, nem sempre é recomendável, pretender conhecer todos os aspectos da vida da comunidade, tudo aquilo que é concepção do mundo e da vida dos habitantes de uma comunidade, a partir de vários ângulos, tal como ele fez no estudo de Rio de Onor. É preciso ter em conta que Jorge Dias desenvolveu estudos de comunidades em finais da década de quarenta. Estava perante comunidades pequenas, bastante isoladas e conhecia bem a sua língua, o que de certo modo facilitou a adopção da perspectiva total e funcional.

A comunidade foi entendida como unidade não só para Jorge Dias como para muitos sociólogos. Por exemplo, L. F. Schnore, afirma que "a comunidade é uma unidade básica da estrutura social" (Worsley 1977: 339). A comunidade do tipo pequena aldeia pode ser vista nesta óptica.

Para Robert Redfield a expressão comunidade refere-se a unidades maiores de cultura, como sejam os povos, as nações, as civilizações. Para este autor, o conceito comunidade no sentido definido por Jorge Dias, toma o nome de "pequena comunidade" (Dias 1961). Redfield caracterizou a pequena comunidade com base em quatro critérios: distinção, pequenez, auto-suficiência e homogeneidade de habitantes. No fundo, esta diferenciação de conceitos cinge-se apenas a questões de terminologia, já que, não afectam os aspectos essenciais que caracterizam o conceito.

A abordagem sobre o termo ficaria incompleta se não se desse a conhecer o conceito explorado pelas ciências da saúde. Nesta área, a comunidade é encarada numa

perspectiva ecológica ou de eco-sistema que se molda no modelo epidemiológico de multicausalidade.

Seguindo a proposta feita pela IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, que teve lugar na Oficina Sanitária Panamericana, pode definir-se uma comunidade como “um grupo de indivíduos concentrado ou disperso, permanente ou migratório e com diversas formas de organização social. Os seus elementos partilham com diferentes graus de intensidade características socioculturais, socioeconómicas e sociopolíticas, interesses, aspirações e problemas comuns, entre os quais se incluem os que dizem respeito à saúde” (Ahumada e Delgado 1991: 137).

Face ao exposto, deixo expresso o meu entendimento sobre o conceito. Não há dúvida que uma comunidade pode ser definida como um grupo de indivíduos que têm como características comuns, um lugar de residência, interesses semelhantes na maneira de viver e estão ligados por laços de solidariedade. Todos estes elementos são essenciais para a construção do conceito. No entanto, considero que os elementos que melhor caracterizam o conceito, sendo por isso imprescindíveis na definição do termo, são sobretudo a entre-ajuda e os interesses comuns que unem os membros do grupo.

O profissional de saúde que estuda uma comunidade não pode perder de vista a noção de causalidade. O estudo de todos os factores que constituem o ambiente humano (de ordem física, social, cultural, económica ...) e das relações recíprocas que mantêm os indivíduos e os grupo entre si e com o seu meio ambiente, é imprescindível para que se possam adequar os cuidados às necessidades da população.

2. O CONTEXTO FAMILIAR E SOCIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE À COMUNIDADE

A partir da década de sessenta do nosso século verifica-se uma alteração substancial na forma de tratar e entender os problemas de saúde devido, por um lado, ao abandono de conceito de saúde como ausência de doença, por outro, à consideração da doença como um facto social. Não será, assim, de estranhar o interesse crescente pelo estudo de temas relacionados com a forma como a saúde é entendida pelas populações com diferentes heranças socioculturais e como elas afectam as suas atitudes e comportamentos perante a saúde e a doença ou ainda como as variáveis sociodemográficas e culturais intervêm na utilização dos serviços de saúde.

Parece evidente que as condições familiares, sociais e económicas têm uma influência importante no processo da saúde e da doença. Estes factores intervêm, em alguns casos, na morbilidade e no risco de adoecer e, noutros, no modo como a doença se manifesta, na conduta do doente e na utilização dos serviços de saúde. Pode afirmar-se que o conceito de saúde e doença ultrapassam o conceito restrito biológico para se converterem em fenómenos socioculturais.

2.1. FAMÍLIA, CLASSE SOCIAL E O PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA

O profissional que trabalha em Cuidados de Saúde Primários deve estar preparado para realizar uma assistência que tome em consideração elementos como a família, entendida como um grupo social primário que transmite a herança cultural aos membros que a constituem. Por família entende-se a unidade biopsicossocial integrada por um número variável de elementos, ligados por vínculos de consanguinidade, casamento e/ou união estável, habitando num mesmo local. Partindo de uma concepção sistémica, entende-se a família como um subsistema social aberto, em constante interacção com o meio natural, cultural e social e onde cada um dos seus elementos interactua com um meio envolvente.



onde coexistem factores biológicos, psicológicos e sociais de elevada relevância na determinação do estado de saúde ou de doença.

A família tem sofrido modificações significativas na sua estrutura e funções, resultantes de variáveis como a alteração no processo de divisão do trabalho entre o homem e a mulher, mas sobretudo devido a mudanças de valores e atitudes. Durante muito tempo prevaleceram famílias de tipo extenso com predominância patriarcal, em que às mulheres estavam reservados os trabalhos domésticos e a educação dos filhos. Era a família extensa própria dos meios rurais, que tornava possível compartilhar e conviver num mesmo espaço partilhado por várias gerações. Cada geração assumia diferentes responsabilidades, reduzindo a sua actividade laboral à medida que se esgotavam as forças.

Com o processo de industrialização e urbanização, alterou-se esta estrutura produtiva fechada que era coesa e estável: verificou-se a migração das famílias dos meios rurais para os meios urbanos industriais; a necessidade de aumentar rendimentos levou a mulher a entrar no mercado de trabalho; os papéis do homem e da mulher de certo modo fundiram-se, pois ambos passaram a trabalhar fora de casa confiando a educação dos filhos a outras instituições; o número de filhos diminuiu essencialmente por razões económicas. Tudo isto contribuiu para que a instituição familiar nos países desenvolvidos tivesse sofrido mudanças no seu processo de formação e composição. Estas mudanças começaram a verificar-se mais recentemente na sociedade portuguesa, seguindo esta, de certa maneira, um comportamento que vem sendo experimentado durante as últimas décadas noutros países da Europa Ocidental.

Um estudo recente sobre a família portuguesa confirma alterações no processo de formação e composição, podendo salientar-se as seguintes: um elevado número de famílias é constituído por um único indivíduo; existe uma significativa proporção de casais sem filhos; predomina a família conjugal relativamente a outros tipos de família e, no quadro de envelhecimento, mais de metade das pessoas que vivem sozinhas são idosas (Mendes, Pereira e Pinto 1994).

A presença cada vez mais frequente de famílias monoparentais parece ter uma repercussão negativa sobre a saúde dos seus membros, pelo aparecimento de problemas

diferentes: isolamento, insuficiência económica, sobreprotecção dos filhos ou ausência do papel parental são algumas das situações mais comuns.

O ciclo vital da família foi concebido com uma sequência de estádios que a mesma atravessa, desde a sua formação até à sua dissolução. O conceito de ciclo de vida refere-se à história de cada família, à sua evolução e à sua transformação. A atenção para com o ciclo vital não é recente. Evelyn Duval e Reuben Hill, desde os finais dos anos quarenta, iniciaram um trabalho de investigação sobre as necessidades da família e as relações familiares ao longo do seu ciclo de vida. O casamento, o nascimento do primeiro filho e depois do último, a entrada na escola do primeiro e depois do último filho e a sua entrada no trabalho, a saída dos filhos da convivência familiar a seguir ao casamento marcam etapas da vida familiar em que se redefinem as expectativas recíprocas e a organização da vida quotidiana. (Duval 1971; Hill 1987).

A O.M.S. criou um modelo constituído por seis etapas ou fases com a seguinte sequência: I - Formação II - Extensão III - Extensão completa IV - Contração V - Contração completa VI - Dissolução. Nestas ocorrem situações particulares, relacionadas com a idade dos cônjuges e filhos, com as diversas situações económicas, com a presença de determinados acontecimentos vitais que intervêm no processo de saúde/doença da família.

A organização funcional, entendida como sistema adoptado pelo grupo familiar para o desempenho das suas funções, deve ser analisada de acordo com o seu contexto social. Pretendo com isto dizer que qualquer interacção entre os componentes desse sistema tem a sua origem nos diversos aspectos psicossocioculturais que actuam sobre a família: o trabalho, o grupo social a que pertence, as formas de consumo, o comportamento transmitido, as tradições, etc.

A desorganização familiar tem lugar quando a família é incapaz de desempenhar as suas funções; a disfuncionalidade, anomalia a que dá origem, deve ser considerada como um importante factor de risco, a levar em consideração ao abordar a saúde da família. "Entre as várias disfunções são mais comuns as seguintes: famílias inconsistentes, caracterizadas por frequentes alterações de valores e critérios dos seus membros mais representativos (pai ou mãe); famílias ambíguas, onde não existem critérios definidos ou concordância entre as

figuras de autoridade; famílias dependentes, onde a coesão e necessidade de apoio atingem tais níveis que entorpece a relação entre os seus membros; famílias desfeitas, determinadas pelo divórcio, morte, abandono ou afastamento afectivo de um dos seus progenitores e, por último, as chamadas famílias sísmicas, onde a violência intragrupo é o factor patogénico fundamental” (Revilla e Garcia 1991: 95).

Estudos epidemiológicos realizados em muitos países revelam que a situação socioeconómica está claramente associada a determinadas doenças. O risco de adoecer e as taxas de mortalidade são diferentes, dependendo da classe social. R.G. Coe, analisando alguns estudos realizados na década de cinquenta, chega à conclusão que os estratos sociais mais desfavorecidos estão mais sujeitos a doenças infecciosas e parasitárias, a um maior número de doenças profissionais relacionadas com a exposição a trabalhos mais pesados e menor facilidade para aceder aos benefícios dos cuidados de saúde (Coe 1979).

As alterações introduzidas nas classes sociais dos países industrializados não modificaram substancialmente estas diferenças; assim, Timio observa uma maior presença proporcional de doenças crónicas entre as classes mais baixas, e Pennebacker mantém que as famílias com menos recursos utilizam menos os serviços de saúde, mesmo que estes sejam baratos ou mesmo gratuitos, do que as de maior poder económico (Revilla e Garcia 1991).

Por sua vez, I. M. Rosenstock debruça-se sobre as relações entre crenças de índole sanitária e a classe social. Defende que as pessoas pobres apresentam, com menor frequência que as ricas, a combinação necessária de crenças que permitira iniciar uma acção preventiva, dado que o nível económico e crenças exercem um efeito independente sobre a acção preventiva (Rosenstock 1987). Para explicar este resultado, o autor apresenta os seguintes argumentos: os pobres têm menos informação sobre os processos da doença; valorizam menos a saúde; têm mais apreço pelos meios que permitem obter benefícios rápidos, e têm mais dificuldade em se habituar a um ambiente hostil.

2.2. FACTORES INFLUENTES NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Adoecer constitui um fenómeno muito complexo no qual intervêm, por um lado, factores externos ao próprio indivíduo, relacionados com o ambiente físico e social e, por outro, factores internos ao indivíduo que fazem variar a forma como o utente percebe, avalia e actua sobre a doença.

Vários autores fazem referência à importância dos factores de comportamento, sobre os quais têm influência variáveis de natureza socioeconómica e cultural, para explicar os diferentes índices de utilização dos serviços de saúde em função da idade, sexo, classe social, entre outros. Entre os factores que intervêm no processo de utilização dos recursos de saúde refira-se a consciencialização do indivíduo e as suas atitudes face aos problemas de saúde/doença, a necessidade percebida pela população relacionada com a percepção da doença, a experiência passada com os serviços de saúde e a atracção dos serviços de saúde que, por sua vez, dependem do seu pessoal e de diversas componentes da sua aceitabilidade e acessibilidade (distância, custos humanos ou outras barreiras que entrem o processo).

A percepção de saúde está relacionada com aquilo que cada um considera que é a saúde, ou seja, com o conceito que cada um tem de saúde. "A saúde e a doença apresentam-se sempre como um modo de interpretação da sociedade pelo indivíduo, e como um modo de relação do indivíduo com a sociedade" (Herzlich 1984: 178). Com efeito, as representações dos indivíduos e as práticas que accionam face à saúde e à doença são a expressão dos diferentes universos práticos e simbólicos dos indivíduos e dos seus grupos de pertença. Uma pessoa ou uma comunidade não-letrada tende a atribuir frequentemente a razão da saúde ou a presença de doença a origens sobrenaturais. Em oposição, comunidades cujas pessoas receberam influência dos conhecimentos científicos sobre a saúde reconhecem que são fundamentalmente os factores de natureza física, psicológica e social que estão na origem do processo saúde - doença.

Durante muitos anos, o conceito de saúde fazia apenas referência à ausência de doença e contemplava esta sob uma perspectiva biológica e individual. Eram ignorados os elementos psicológicos e sociais que derivam do facto dos indivíduos estarem inseridos

numa determinada comunidade. Foi no século xx que se generalizou a ideia da saúde à luz do modelo pluri-etiológico. A saúde deixou de ser considerada um fenómeno isolado ao comprovar-se que está profundamente relacionada com factores de múltipla natureza: social, socioeconómica, educacional, religiosa e factores individuais, como a idade e sexo. Por sua vez, todos esses factores influenciam a percepção da saúde ou do seu oposto, ou seja o reconhecimento da falta de saúde.

Por outro lado, a maneira como uma pessoa considera o seu estado de saúde, produz diferenças quanto à necessidade de receber cuidados para auxiliar na solução do problema reconhecido. Essas diferenças ainda ditam diversificação das normas, através das quais esses cuidados devem ser recebidos; normas que variam desde procurar auxílio na família, amigos, passando por curandeiros e bruxas até atingir os profissionais de saúde.

As pessoas situadas em categorias económicas mais elevadas estão geralmente mais conscientes acerca dos sinais e sintomas de certas doenças do que as pessoas de baixo nível socioeconómico, recorrendo mais rapidamente aos profissionais de saúde. A pobreza encontra-se associada a uma falta de conhecimento acerca das questões da saúde e nalguns casos, a dificuldades no acesso à assistência aos serviços de saúde. Assim, as pessoas pobres e com baixo nível educacional têm muitas vezes um visão fatalista acerca das doenças.

A religião interfere significativamente com a percepção da saúde, na medida em que é comum algumas pessoas entenderem a perda de saúde como resultado de uma punição divina. A crença neste princípio tende a criar nas pessoas uma atitude de resignação e conformismo face aos problemas de saúde.

A idade tem, por outro lado, grandes implicações na percepção da saúde: geralmente as pessoas mais velhas consideram a saúde um valor máximo, uma das coisas mais importantes da vida, mas não esperam ter a mesma saúde que tinham enquanto jovens. Por sua vez, os jovens preocupam-se particularmente com questões que coloquem em risco a sua aparência física. Este último grupo tende a valorizar a dimensão externa da pessoa ou seja o corpo e a imagem física, enquanto que o grupo dos idosos tende a valorizar a dimensão interna da pessoa, ou seja a dimensão espiritual.

Estar doente é sempre uma sensação subjectiva de uma situação anómala. Perante a percepção dos sinais de doença, as respostas podem variar, indo desde negação da nova situação, até à aceitação completa. Neste último caso, o utente sente-se como doente e face a essa percepção podem seguir-se duas vias: ou toma uma decisão passiva, aguardando a solução espontânea das queixas ou, pelo contrário, activa, procurando ajuda nos familiares, amigos, vizinhos ou no sistema de saúde.

O pessoal que trabalha nos serviços de saúde faz parte da cadeia de acontecimentos que intervêm na utilização dos serviços de saúde. L. de La Revilla e E. Sevilla Garcia consideram que o médico é a pessoa que melhor controla o acesso do utente às consultas, na medida em que umas vezes constitui barreira que dificulta o acesso aos serviços e outras estimula os utentes a frequentar as consultas.

A acessibilidade aos serviços de saúde também intervém com elevado peso na procura dos serviços de saúde. Alexandre Abrantes e Ernesto Correia, num estudo efectuado aos utentes do Centro de Saúde das Caldas da Rainha, inquirindo as dificuldades de acesso por eles encontradas, concluíram que “a maioria dos utentes depende de transportes públicos para se deslocar ao Centro de Saúde e gasta mais tempo do que seria desejável na utilização dos serviços, perdendo uma grande parte deles o dia inteiro ... uma parte importante do tempo gasto deve-se, às distâncias que as pessoas têm que percorrer, verificando-se que as freguesias mais afastadas - e que são mais pobres - estão em desvantagem relativa” (Abrantes e Correia 1983: 68).

Num sentido ideal, os serviços de saúde devem ser acessíveis a toda a população; no entanto, na prática, observam-se determinadas circunstâncias nas quais surgem barreiras que dificultam ou impedem os indivíduos a estes serviços.

A acessibilidade aos serviços de saúde não deve ser exclusivamente entendida no seu aspecto geográfico, dado que muitas vezes apresenta menor relevância do que os aspectos económicos, burocráticos e discriminativos. Para L. de La Revilla e E. Sevilla Garcia “os obstáculos podem ser de natureza geográfica ou física, quando os serviços estão afastados da população; económicos, quando os indivíduos ou a comunidade não possuem capacidade económica para custear a assistência; de tipo legal, quando a lei não contempla

uma cobertura universal para todos os problemas ou estruturas; de tipo cultural, quando os serviços não são aceites pela população à qual se dirigem” (Revilla e Garcia 1991: 100).

2.3. O RECURSO A OUTROS MEIOS PARA OBTER SAÚDE

É um facto que se recorre frequentemente a processos não ortodoxos para tentar obter a cura duma enfermidade ou atenuar um sofrimento atribuído a um problema de saúde, à margem da medicina oficial.

Muitos dos processos utilizados pela chamada medicina tradicional foram correntemente utilizados pelos médicos no princípio do século; entretanto, foram sendo abandonados com a aparição de fármacos e técnicas poderosas, sem que a sua eficácia fosse alguma vez cientificamente posta em causa. Contudo, a sua prática persistiu no interior das comunidades e hoje, em período de alta tecnologia, insiste-se na persistência do recurso à medicina popular. É uma temática geradora de congressos onde as intervenções de curandeiros de determinadas povoações locais se juntam com as de cientistas, técnicos de saúde e ramos afins. Parece ter chegado o momento em que se reconhece como necessário promover o diálogo e o intercâmbio entre os diversos campos do saber.

Mas esta tendência não é assim tão recente. Já em 1977, o Director Geral da Organização Mundial de Saúde fazia apelo à inclusão da medicina tradicional no âmbito da própria Organização, justificando-a como necessária, para se atingir a tão ambiciosa e abrangente meta de proporcionar serviços de saúde para todos no ano 2000. Escrevia assim: “Esta meta ambiciosa está, com toda a franqueza, fora do alcance dos actuais sistemas de cuidados de saúde e do pessoal formado em medicina moderna... Foi por isso que a OMS propôs que o grande número de curandeiros tradicionais que hoje exercem em praticamente todos os países do mundo não seja ignorado. ... Muitos destes curandeiros já passaram por um treino bastante complexo em sistemas antigos de medicina que elaboraram métodos de tratamento e padrões de medicamentos aceitáveis, muito antes de surgir a medicina moderna. Outros aprenderam o que sabem como herança transmitida ao longo de gerações, a destilação de um grau surpreendente de conhecimentos, habilidade e

sabedoria práticas sobre os males mentais, físicos e psicológicos da espécie humana” (Mahler 1977: 3). Note-se que, o mesmo autor não defende esta inclusão de ânimo leve. Pressupõe, para o efeito, formação aos diversos membros, particularmente nas áreas de higiene pessoal, assistência materno - infantil, inclusive planeamento familiar, orientação nutricional, imunização contra doenças infecciosas, entre outras, podendo ao mesmo tempo afastá-los de práticas que podem provocar riscos à saúde.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde recomendou a integração das práticas tradicionais de cura à medicina moderna, e enfatizou a necessidade de “garantir respeito reconhecimento e colaboração entre os praticantes dos diversos sistemas de tratamento e cura” (OMS 1978: 622). Portanto, não há dúvida sobre o papel que a referida organização reservou à medicina popular no sistema de cuidados de saúde primários.

Pretende-se com esta reflexão tentar compreender a lógica através da qual as pessoas estruturam e orientam o seu quotidiano, face à realidade das práticas caseiras no campo da saúde. Ao longo da minha carreira profissional foram-me referidas pelos utentes várias práticas populares de saúde e verifiquei que, paradoxalmente, elas tinham sido um assunto tabu na minha formação. Colocaram-se dúvidas e interrogações que se transformaram em motivos de reflexão: porque não conhecer, e não interrogar formas diferentes de pensar, viver, curar e cuidar?

Alguns estudos têm evidenciado que muitos dos problemas de saúde que afligem as pessoas não são levados aos serviços de saúde. As pessoas que sofrem de algum desconforto físico ou abalo emocional têm várias maneiras de se auto-ajudar ou procurar ajuda de outros. Cecil Helman identifica três alternativas de assistência à saúde: a alternativa informal, a alternativa profissional e a alternativa popular.

A alternativa informal engloba todas as alternativas terapêuticas a que as pessoas recorrem sem pagamento e sem consultar curandeiros e pressupõe um conjunto de crenças sobre a conservação da saúde. As crenças “são normalmente um conjunto de normas específicas para cada grupo cultural, sobre o comportamento ‘correcto’ preventivo de doenças ... incluem crenças sobre a maneira saudável de comer, beber, dormir, vestir e trabalhar. Pode incluir também o uso de feitiços, amuletos e medalhões religiosos para afastar a má sorte, uma doença inesperada ou para atrair a sorte e a saúde”. (Helman 1994:

72). Os processos vão desde a auto-medicação a tratamentos caseiros (recomendados muitas vezes por parentes, vizinhos, amigos etc.) até actividades de cura ou assistência em igrejas ou grupos de auto-ajuda. Os tratamentos são normalmente veiculados por pessoas ligadas umas às outras por laços de parentesco, amizade, residência comum ou religiosos.

A alternativa profissional insere-se no sistema de saúde vigente numa determinada sociedade; é fornecida pelos diversos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ...). Na maior parte dos países, a medicina científica é a base do sector profissional.

Finalmente, Cecil Helman faz referência à alternativa popular como um sistema não integrado no sistema médico oficial. De facto, no Ocidente esta prática está à margem do sistema de saúde vigente e oficial; mas o mesmo não se passa no Oriente, principalmente em países onde o índice populacional é elevado e onde a maior parte da população vive em áreas rurais, desprovidas de serviços modernos. Por exemplo, na Índia e na China, a medicina tradicional *ayurveda* ou chinesa faz parte do sistema de cuidados à população. Pode considerar-se mais do que puramente popular pois baseia-se num sistema bem organizado de conhecimentos médicos extraídos da observação e da prova clínica. Conforme observa John Bland “As plantas medicinais empregadas na medicina ayurveda e chinesa são inteiramente conhecidas e codificadas em verdadeiras farmacopeias, as quais enumeram e descrevem não só as matérias primas como também as formas farmacêuticas tradicionais com a sua formulação completa, qualitativa, o modo de acção, as indicações terapêuticas e a posologia” (Bland 1978: 29). A aceitação da chamada medicina popular não se fica por aqui. Também no Paquistão se aceita o *unanitibb* (medicina tradicional) como sistema estatal que coexiste com a ‘medicina moderna’. Nestes países, a medicina tradicional atingiu um elevado nível de desenvolvimento, ministrando-se cursos que nos seu programas contemplam disciplinas das diversas áreas científicas (Said 1983).

A alternativa popular pode envolver métodos de cura com uma componente sagrada porque os tratamentos implementados são regidos pela componente divina, pela dimensão sobrenatural: as doenças são creditadas a forças sociais ou sobrenaturais: mau olhado, feitiçarias, bruxarias e punição divina. São normalmente métodos seculares porque os tratamentos são baseados numa herança de sabedoria transmitida, normalmente de pais

para filhos, ao longo dos séculos. A utilização de plantas com propriedades curativas é uma constante.

As relações entre curandeiros populares e os profissionais da saúde são, normalmente, marcadas pela desconfiança e descrédito mútuos. No mundo ocidental, a medicina contemporânea, científica, vê a maior parte dos curandeiros populares como charlatães, representando um perigo para a saúde das populações. Mas embora se reconheçam falhas e alguns riscos na assistência à saúde por esta via, em contra partida reconhecem-se também vantagens especialmente por tratar de problemas psicossociais.

Uma das vantagens apontadas por Helman ao recurso da alternativa popular em comparação com a medicina científica é o facto de proporcionar maior envolvimento da família no diagnóstico e tratamento.

Seguidamente, dar-se-á especial enfoque à alternativa popular, incluindo nesta, as práticas terapêuticas alternativas que Helman inclui na alternativa informal. A junção de ambas as alternativas afigura-se útil não só por uma questão de simplificar a sistematização apresentada, mas principalmente porque entendo que o conceito de alternativas populares pode ser alargado às práticas terapêuticas de carácter informal.

A prática terapêutica popular é também designada de medicina popular. Por medicina popular, segundo a OMS, entende-se “o conjunto de todos os conhecimentos e práticas, explicadas ou não, para diagnosticar, prevenir ou eliminar um desequilíbrio, através da experiência pessoal e observação transmitida de geração em geração” (Barbosa 1985: 32).

O autor citado debruça-se antropologicamente sobre a medicina popular encarando-a como um fenómeno cultural e reflecte sobre a eficácia do poder simbólico da medicina popular e sobre como captar essa mesma função simbólica.

Acentua que a medicina popular deve ser analisada, na actualidade, em duas dimensões com características bem diferentes. Uma primeira dimensão quando se encara a medicina popular como “única alternativa para aliviar o sofrimento num contexto de insuficiente e inadequada cobertura sanitária” (Barbosa 1985: 33). De facto, a desigualdade de desenvolvimento que ainda actualmente se manifesta entre países e regiões, não permite a toda a população beneficiar da assistência à saúde. Uma segunda dimensão, quando se situa a medicina popular no contexto urbano, e se tende actualmente a encarar como

recurso a “medicina paralela” (Barbosa 1985: 33). A medicina popular é uma realidade que persiste há muitos séculos, mesmo nos meios urbanos, onde já se tem pronto acesso à moderna assistência à saúde.

É verdade que muitas pessoas, apesar de pertencerem a comunidades com características culturais diferentes, testemunham resultados eficazes e satisfatórios resultantes da ingestão de variados chás, aplicação de cataplasmas ou mesmo de rituais exorcísticos que, por vezes, encerram elevada dramatização entre os actores. E se os primeiros dois tratamentos podem ser confirmados ou refutados objectivamente pela ciência, já o mesmo não se pode afirmar sobre os rituais exorcísticos, rezas, etc. Por isso terá interesse questionarmo-nos sobre a função simbólica destes ou outros processos utilizados.

Para o conhecimento da sua eficácia é fundamental que se articulem várias faces, várias dimensões da questão: a identificação e descrição pormenorizada das plantas medicinais, e a determinação dos seus princípios activos do ponto de vista biofarmacológico com o estudo de outras dimensões, como sejam as práticas rituais físicas ou verbais que acompanham a sua ingestão e o respectivo significado simbólico.

As pessoas, como os objectos, são investidas de toda a espécie de poderes que têm valor simbólico num dado meio. O poder simbólico é uma construção da realidade que tende a estabelecer um sentido às acções humanas. Caracteriza-se por ser um “poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou económica), graças ao efeito específico da mobilização, só se exerce se for *reconhecido*, quer dizer ignorado como arbitrário” (Bourdieu 1994: 14). O simbólico é algo que só o ser humano cria, recria, entende ou procura entender, atribuindo-lhe significado. O simbólico nutre a acção humana, anima os próprios objectos, dando um sentido à vida na relação com os outros e reforça o processo relacional. A utilização de instrumentos, técnicas, remédios, plantas medicinais exige não ser dissociada do suporte relacional que lhe confere todo o seu significado.

Barbosa salienta a importância da relação terapêutica nos processos terapêuticos populares e a eficácia das práticas mágicas. De acordo com o mesmo autor, “as práticas mágicas são eficazes porque provocam uma reorganização simbólica do universo mental e social. A carga de significações dos rituais, ao canalizarem as emoções em momentos

particulares da vida, atravessa a consciência para levar uma mensagem directa ao inconsciente e por essa via permitir, por exemplo, uma organização simbólica do universo psíquico” (Barbosa 1985: 35). Parte dos rituais da medicina popular consistem numa série encadeada de processos que têm por finalidade rodear, encerrar a doença, visualizá-la, fazê-la sair do corpo. São acções simbólicas, ou seja, representações figurativas concretas de qualquer coisa de abstracto (por exemplo, coração símbolo do amor) e também de coisas concretas menos directamente manifestas (vinho, símbolo do sangue) organizadas por um processo de associações de ideias estruturado por um carácter comum (entre o que se é utilizado como imagem e o que se quer sugerir - a cor encarnada é semelhante ao vinho e ao sangue - aprendido desde a infância.

Os profissionais de saúde tendem a afirmar que as práticas ligadas à medicina popular tenderão a desaparecer com o esclarecimento das populações. Contudo, de acordo com Cristiana Bastos e Teresa Levy, verifica-se que “não são populações afundadas no obscurantismo de uma sociedade rural longínqua que as fazem sobreviver; elas aparecem manipuladas em conjunto com a medicina oficial e hospitalar. À sombra dos hospitais e centros de saúde se criam os curandeiros urbanos, à saída do médico se contacta a bruxa...” (Bastos e Levy 1987: 222). A superstição está pois, longe de se confinar aos países de terceiro mundo ou em vias de desenvolvimento ou mesmo às zonas rurais mais escondidas dos países ocidentais.

Barbosa, aborda ainda a questão: como captar o simbólico? O seu alerta vai no sentido de chamar a atenção dos riscos que se correm quando sobre estas questões se têm à partida atitudes de “rejeição pura e simples ou duma exaltação romântica dum passado idealizado” (Barbosa 1985: 37). Por exemplo, difundir publicamente uma técnica, que tem a sua razão de ser no segredo e num dado contexto, pode levar pura e simplesmente à sua desapareição. A revelação da verdade objectiva pode destruir este tipo de poder que radica no desconhecimento e conduz ao aniquilamento de uma crença (Bourdieu: 1994) O nosso papel como profissionais de saúde, será o de encontrar a coerência e lógica internas das tradições de uma cultura; uma tradição só ganha sentido se for considerada em relação ao conjunto de saberes, dos costumes e práticas em que se insere. Muitas das práticas da medicina popular entram em desuso porque já não têm sentido numa cultura em que a

relação do homem com a natureza, com o seu corpo, e a doença se foi transformando, porque se esgotou a sua capacidade significativa.

Quando um profissional de saúde se confronta com estas práticas, deve tentar compreendê-la, para encontrar um sentido e poder ajudar a modificá-la se se mostrar que é ineficaz ou nociva.

A medicina popular, perspectivada nesta óptica, pode constituir um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros. Talvez esteja na hora de se começar a lidar com outra abertura perante esta realidade uma vez que ela faz parte do quotidiano nos serviços de saúde. De facto, é com relativa frequência que os utentes revelam ao enfermeiro a utilização de outras alternativas de recursos. Uma revelação efectuada em secretismo, em que o utente faz sempre questão de pedir sigilo em relação à classe médica. É importante agarrar estas situações numa atitude relacional construtiva, isto é, ser capaz de fazer com que, cada relato, cada vivência, cada situação se convertam numa troca de experiências entre o profissional e o utente. Creio que esta nova atitude facilitará, simultaneamente, a humanização dos cuidados. Tal como afirma Eduardo Javega "... o fenómeno das medicinas alternativas apresenta-se não isoladamente como capaz de dar um nova resposta à doença e seus cuidados, mas também como uma possibilidade de dotar com um marco mais humano as relações entre os pacientes e a esfera sanitária, que responda fundamentalmente a dois aspectos: a prática de uma medicina que pode ser compreendida pelo doente, onde não perda a capacidade de decisão ou actuação sobre si mesmo e a busca de um contexto de compreensão dos processos de saúde e doença que vá mais além dos sintomas: tensões, vida urbana, família, dieta, ciclos biológicos, emocionais, etc." (Javega 1994: 41). Ao mesmo tempo, pode-se entender o recurso à medicina popular como um produto das necessidades das populações e das carências médicas e de enfermagem das regiões.

3. A ACÇÃO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE À COMUNIDADE

3.1. A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A existência de profissionais no domínio da saúde comunitária ou da saúde pública remonta a uma centena de anos. A responsabilidade primeira destes profissionais esteve enraizada nas doenças contagiosas, para o melhoramento da salubridade e para o estabelecimento de medidas de isolamento muito restritas, muito particularmente no que se refere à febre tifóide e à tuberculose. Graças a um melhor conhecimento da microbiologia e à evolução das técnicas laboratoriais verificaram-se rapidamente melhoramentos, por tornarem possível um diagnóstico mais precoce, derivando daí melhores cuidados de saúde. Outras medidas de controle como a imunização, o abastecimento de água potável e a eliminação salubre de dejectos foram igualmente outras prioridades. Desde então, a promoção e o melhoramento da saúde global da espécie humana continua a ser uma das grandes preocupações em todo o mundo. Na reunião de Alma-Ata (1977) foi aprovada uma declaração na qual assentam as bases para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (C.S.P.), com o principal objectivo de saúde para todos no ano 2000.

A expressão C.S.P. tem sido utilizada com diferentes significados e intenções em função do contexto social, político e económico em que é aplicada. Entre as interpretações mais comuns, estão, em primeiro lugar, as que conceptuam os C.S.P. exclusivamente do ponto de vista de uma determinada situação no sistema de saúde, como primeiro nível de assistência, esquecendo-se do seu conteúdo, extensão e metodologia de implantação; em segundo lugar, a que identifica os C.S.P. com a aplicação na prática de determinadas funções de saúde pública, sobretudo de âmbito social ou de tipo preventivo; em terceiro lugar, o ponto de vista que associa os C.S.P. com conteúdos de determinado nível de simplicidade. Cada um destes conceitos, vistos isoladamente assumem um carácter parcial e incompleto. Por isso é necessário, retomar o sentido dado pela Conferência Internacional de Alma-Ata, onde foi definido como uma estratégia, isto é, como "um conjunto de linhas gerais

de acção necessárias a todos os sectores que tenham de contribuir para a aplicação da política de saúde” (O.M.S. 1978).

O principal objectivo dos C.S.P. é fornecer um sistema de cuidados orientados principalmente para a resolução das necessidades e problemas de saúde concretos da comunidade. Cuidar da saúde compreende tanto o tratamento adequado à população doente, a detecção precoce da doença na população, como o estudo e controlo dos factores de risco sobre a população para promover e proteger a saúde. Os cuidados de saúde na comunidade baseiam-se na assistência a famílias, grupos e colectividades, mediante a implementação de programas de saúde cujo objectivo fundamental é melhorar o nível de saúde das populações mais desfavorecidas. Para tal, é necessário o contacto directo com a realidade social, o qual permite detectar e identificar os problemas de saúde, através da avaliação do meio envolvente e dos factores sociais que intervêm na saúde dessa comunidade.

A solução de problemas, como a ausência de medidas sanitárias, a falta de alimentos e de vestuário, a insalubridade de alojamentos e o controlo de doenças contagiosas, das doenças cardíacas e os acidentes exigem uma acção concertada, guiada por uma aproximação e uma concepção nova dos cuidados de saúde. Um dos axiomas da Conferência de Alma-Ata reconhece explicitamente a necessidade de uma intervenção multisectorial, isto é, a necessidade de actuações que abranjam não só o sector sanitário, como também os sectores económico, educacional, político, alimentar, entre outros. Por outro lado, há que ter em conta que nem todas as intervenções devem ser necessariamente preventivas, e que existe um importante campo, dentro dos Cuidados de Saúde Primários, para as actuações de cuidados e controlo. Aliás, a realidade que vigora no âmbito dos C.S.P. no nosso país e muito particularmente na região em que se insere a comunidade em estudo, coincide com uma prática de cuidados fundamentalmente virada para a vertente curativa.

Gil G. Piedrola sustenta o que referimos atrás quando defende que as características principais dos cuidados de saúde comunitários consistem em atender as necessidades de saúde, assistir o indivíduo não só na doença como também na prevenção da mesma, realizar de forma articulada com outras instituições e sectores a promoção da saúde e assistência à doença e o trabalho social, considerar os factores ambientais causais de

doença ou deficiências, propondo medidas correctivas, prestar assistência de forma integrada, tanto no centro de saúde, como no domicílio ou na comunidade (GIL G. Piedrola et al 1989).

Para realizar o amplo leque de funções e actividades próprias da equipa de Cuidados de Saúde Primários, é necessária a conjugação de trabalho produzido por profissionais de diversas áreas, com um objectivo comum e uma organização de trabalho baseada na divisão funcional, de acordo com as competências técnicas e disponíveis de cada profissional, e não com uma rígida adstrição a uma ou várias actividades.

Entendeu-se como passo fundamental para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários a formação de equipas multidisciplinares, constituindo estas a principal base organizativa do trabalho. Em Portugal, a formação de equipas começou a ser implementada há cerca de dez anos. Contudo, a mudança para o novo método de organização de trabalho tem-se efectuado de forma paulatina e progressiva, não estando ainda implementado em todos os Centros de Saúde; continua a verificar-se em determinados Centros de Saúde um sistema de organização por valências.

O núcleo básico da equipa de Cuidados de Saúde Primários deve ser constituído pelos profissionais considerados imprescindíveis para o desenvolvimento das funções essenciais no domínio assistencial, preventivo e de promoção da saúde, sem os quais é impossível falar de uma verdadeira equipa. O médico, enfermeiro, a assistente social e o pessoal não sanitário (elemento administrativo) constituem os elementos básicos. Todavia, a realidade de um grande número de Centros de Saúde no nosso país escapa a este princípio.

3.1.1. Definição dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Comunitária

Para definir os cuidados de enfermagem em saúde comunitária é preciso considerar o conjunto dos cuidados de enfermagem. Virgínia Henderson considera que a função da enfermagem é única. Consiste, "em ajudar o indivíduo, na doença ou na saúde, a manter ou a recuperar a saúde (ou a assisti-lo nos seus últimos momentos) para o cumprimento de tarefas, as quais ele mesmo realizará, se o indivíduo não tiver força, vontade ou

conhecimentos necessários; e ao cumprir estas funções de forma a ajudar a reconquistar a sua independência o mais rapidamente possível” (Custeau e Luisier s.d).

Existem numerosas definições de cuidados de enfermagem de saúde comunitária; uma das mais recentes foi redigida pela Associação Canadiana de Higiene Pública em 1977

“Os cuidados de enfermagem de saúde comunitária são a parte dos cuidados de enfermagem profissionais que se concentram sobre as necessidades das populações ao longo da sua vida a partir de um contínuum entre boa saúde e doença. Em colaboração com o cliente e com outros trabalhadores de saúde, a enfermeira liga o seu conhecimento dos problemas práticos e recursos da saúde comunitária aos métodos dos cuidados de enfermagem. Ela ajuda assim o indivíduo, a família e a comunidade a tomar as suas responsabilidades e a adquirir práticas sanitária saudáveis. Por outro , favorece por sua vez um estado de saúde geral, melhor, assim como, a confiança individual em si, para:

- a) a identificação de problemas de saúde e eventuais riscos
- b) a participação na eliminação desses problema
- c) a defesa dos interesses do utente

Os cuidados de enfermagem de saúde comunitária respeitam e encorajam a independência do indivíduo reconhecendo nele e nos seus familiares o direito de tomar decisões e de tomar a seu cargo, sempre que possível, a responsabilidade das questões da saúde. No cumprimento das suas funções profissionais, a enfermagem em colaboração com o utente, pode exercer independentemente ou em cooperação com outros membros da equipa de saúde... ela adopta as medidas em função da responsabilidade.” (1977)

3.1.2. Filosofia dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Comunitária

A filosofia que anima os cuidados de enfermagem em saúde comunitária está apoiada sobre os conceitos de valor e da dignidade humana.

Todos os indivíduos têm potencial e capacidade de desenvolver a sua saúde e o seu bem estar ao máximo, segundo o seu desejo e a sua vontade de mudar e de se adaptar a diferentes terapêuticas. Por um lado, os cuidados de enfermagem ajudam os indivíduos e as famílias a dar uma dimensão conveniente aos seus desejos e às suas necessidades de saúde. Por outro lado, ajudam a solucionar certos problemas no plano social, emocional e até ao nível do desenvolvimento psicológico. Enfim, a prática dos cuidados de enfermagem ajuda os indivíduos a conseguir um nível de bem estar mais elevado.

Esta filosofia que vê os cuidados de enfermagem de saúde comunitária baseados sobre a noção de valor e dignidade humana, aproxima-se do velho objectivo descrito por Marion Sheehan, que consiste em “tranquilizar as pessoas doentes, reconfortar e ajudar a gerir tanto fisicamente como mentalmente, ou ainda ajudar a aceitar o seu handicap” (Sheehan 1963: 641). Por sua vez, este objectivo pressupõe o entendimento da saúde como um direito fundamental de todas as pessoas e, obviamente, a existência de um sistema de saúde que garanta a sua defesa como necessidade prioritária. Os Cuidados de Saúde Primários constituem o sistema de saúde concebido para garantir e responder a critérios de justiça e de igualdade no acesso ao direito da saúde.

3.1.3. O Papel e Funções da Enfermagem nos Cuidados de Saúde à Comunidade

A implementação dos Cuidados de Saúde Primários e por consequência, a constituição de equipas multidisciplinares, cujo núcleo básico é constituído por profissionais médicos, de enfermagem e assistentes sociais, implica a definição de funções a desempenhar pela referida equipa e por cada um dos seus membros.

Defende-se que o trabalho dos enfermeiros que trabalham com a comunidade, (prestando cuidados de saúde individuais e colectivos) parta das necessidades básicas do indivíduo, da família e da comunidade (Castanèda et al 1991). Para desenvolver este ponto de partida, são necessários profissionais com uma visão globalizadora e personalizada da assistência ao indivíduo, à família e à comunidade. Isto significa, uma abordagem dos problemas de saúde numa perspectiva física, psicológica e social, de modo que, para além de realizar as técnicas curativas, integre acções que promovam o bem estar mental e ajudem na resolução de problemas relacionados com o meio. Paralelamente, impõe-se que a atitude educativa esteja implícita em todas as suas actividades.

Todo o profissional de enfermagem que trabalhe com a comunidade defronta-se com situações onde coexistem a pobreza/abundância, a deterioração do desenvolvimento urbano, as injustiças sociais, as tensões e os conflitos raciais, etc.. Perante estas circunstâncias multifacetadas, o enfermeiro e restantes profissionais da equipa de saúde,

devem adquirir competências para poder contribuir para a solução dos problemas atrás referidos. A acção de enfermagem deve ser direccionada às famílias cuja saúde apresente maior risco e com maiores dificuldades em se deslocar às instituições de saúde; com efeito, os cuidados de enfermagem devem ser prestados no domicílio. É de realçar a crescente procura de cuidados pelo grupo etário mais idoso pelas seguintes razões:

- o número de pessoas idosas aumentou, vivendo muitas delas fora do grupo familiar ao contrário do que acontecia nas gerações precedentes. Este facto, leva muitas vezes o idoso a procurar serviços de saúde para satisfazer necessidades básicas fundamentais, anteriormente resolvidas pela família;

- O aumento crescente de doenças crónicas específicas deste grupo etário;

- A preocupação dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, ao procurar readaptar a pessoa quando surge uma determinada doença, a um determinado *handicap*;

O enfermeiro deve aproveitar todas as ocasiões no decorrer dos seus contactos com o utente e a família para clarificar certos conceitos não descurando o ensinamento prático em matéria de saúde a todos os membros. Ora, isto requer um sólido conhecimento de princípios num âmbito interdisciplinar principalmente ao nível das ciências biológicas, psicológicas, e sociais.

O interesse pela saúde da família ou de uma comunidade assume um carácter abrangente. Vai desde a preocupação com a pessoa e o seus sentimentos individuais, até à identificação de perigos que ameacem a saúde da comunidade, tais como más condições habitacionais, o abastecimento de água potável, a eliminação salubre de dejectos, os riscos de incêndio e de acidentes. Daí a necessidade de conhecer as causas possíveis das doenças relacionadas com o meio, os modos de contaminação e os seus meios de controle.

O papel do enfermeiro

A análise do papel da enfermagem em Portugal está centrado ao nível da equipa de saúde. O trabalho de equipa implica a existência de objectivos comuns e o planeamento conjunto de actividades cuja implementação na prática compreende áreas de trabalho compartilhadas e naturalmente uma justaposição de papéis que não deve ser motivo de

conflitos, mas de participação e colaboração entre os vários profissionais que a constituem. Assim, as funções não devem ser entendidas com carácter exclusivamente parcelar mas com o conjunto de actividades desenvolvidas no seio das equipas em que se integram. Devem ser considerados os benefícios apontados por Daniel Serrão, quando sublinha que "o trabalho em equipa facilita a exploração em comum das capacidades e experiência de um grande número de prestadores de cuidados de saúde" (Serrão 1997: 33).

A assistência à saúde de uma comunidade incide na prestação de cuidados que integrem actividades de promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação da doença. Os referidos cuidados incidem sobretudo na assistência a grupos específicos de população com factores de risco e visam a resolução de problemas elementares de saúde, tanto em aspectos físicos e psíquicos como sociais. Entre estes é de destacar: o seguimento e controlo de doentes crónicos; a prevenção de doenças transmissíveis; a assistência aos idosos, controlos periódicos de saúde do meio ambiente etc.. Todos os cuidados devem ser vistos no contexto da sua vida na comunidade local.

O trabalho de enfermagem na comunidade contribui para a concretização das medidas enunciadas nos diferentes programas de saúde, cujo objectivo fundamental é a promoção da saúde. Estes programas, são obviamente desenvolvidos em função do grupo populacional a que se destina. O contacto directo com a realidade social permite detectar e canalizar os problemas relativos a esta, através da avaliação do meio envolvente e dos factores sociais que intervêm na saúde do indivíduo. Por isso, o trabalho de enfermagem na comunidade pressupõe o conhecimento profundo do meio físico e social da comunidade.

O papel do enfermeiro no seio da comunidade, como se pode verificar, é um papel alargado: não se confina a um sector etário, não responde unicamente a necessidades que se circunscrevem a uma patologia, e não tem pela sua frente um único grupo ou uma comunidade específica. Existe uma diversidade componentes que caracterizam cada família ou grupo, que exigem um estudo prévio, para que as nossas sejam adequadas às suas reais necessidades. Este estudo pode ser chamado de diagnóstico da situação de saúde. Para fundamentar esta ideia, refiram-se Imperatori e Zurro ao considerarem o diagnóstico de saúde como o primeiro instrumento de trabalho para a aproximação da população.

Embora frequentemente se identifique o diagnóstico de saúde, com as necessidades de uma população, note-se que, segundo Imperatori e Giraldes, “não são a mesma coisa. O diagnóstico encerra uma noção de causalidade e de evolução prognóstica que não aparece necessariamente no conceito de necessidade. As necessidades de saúde constituem parte fundamental do diagnóstico, mas não são a sua totalidade (Imperatori 1993: 45). Para simplificar, admite-se a correspondência entre os referidos termos.

Revilla e Delgado identificaram já alguns inconvenientes ao modelo tradicional do diagnóstico de saúde, quando aplicado a pequenos grupos ou comunidades. Dentre eles salientam-se os seguintes:

- Não recolhe informação de tipo qualitativo útil para a tomada de decisões.

Segundo aqueles autores o modelo tradicional de diagnóstico de situação de saúde só considera útil e aceitável a informação que se pode medir. Esta perspectiva não valoriza a informação que não se pode quantificar, sem se dar conta que esta última tem um papel importante. Não tem em conta o grande caudal de conhecimentos, experiências, opiniões e juízos que a comunidade tem sobre a sua própria saúde. O uso destes dados de carácter subjectivo e muitas vezes não mensuráveis choca frontalmente com o modelo tradicional baseado em instrumentos técnicos como taxas e indicadores.

- Não detecta necessidades específicas de grupos particulares e muito específicos.

O modelo de diagnóstico de situação de saúde está focado para a luta contra a doença e a morte, dado que se baseia em indicadores negativos e não recolhe informação sobre as necessidades de saúde, comportamentos saudáveis. Isto impossibilita uma estratégia de promoção orientada para a potenciação desses hábitos.

- Nem sempre os dados estatísticos têm significado.

O modelo tradicional foi desenhado inicialmente para o estudo de grandes populações e a sua translação para pequenos grupos ou comunidades impossibilita a detecção de problemas particulares e específicos de um pequeno grupo ou comunidade. Os fenómenos de doença, morte, natalidade etc., são variáveis aleatórias, e como tal movem-se dentro de um certo intervalo de confiança; quando o número de indivíduos dos quais provêm os dados não alcança um determinado valor, a variabilidade do fenómeno medido é demasiado grande para oferecer informação credível.

Os autores atrás citados sugerem que o modelo de diagnóstico de situação de saúde seja orientado para a identificação de problemas. Para o efeito deve visar os seguintes elementos:

- a identificação de problemas e necessidades da comunidade;
- a detecção de factores de risco, estilos de vida incorrectos e problemas do meio ambiente;
- a avaliação da informação de tipo qualitativo, quer proveniente dos serviços de saúde como da comunidade;
- utilização de toda a informação de tipo quantitativa considerada necessária.

Na determinação das necessidades de saúde de uma comunidade é preciso considerar as características da população, as estruturas de apoio existentes, desde a família aos serviços de saúde e sociais e todo um conjunto de meios e factores passíveis de influenciar positiva ou negativamente a saúde dessa comunidade. Qualquer colectividade, seja ela urbana ou rural, comporta as suas características próprias, os seus pontos fortes e as suas fragilidades. O conhecimento aprofundado de todos esses elementos é essencial para a identificação dos principais problemas, e conseqüente formulação de linhas de acção. À medida que o enfermeiro aumenta o seu conhecimento sobre o meio onde trabalha fica mais habilitado a desenvolver um papel com vista a sensibilizar as pessoas que constituem essa comunidade para processos que conduzam à melhoria de práticas de saúde.

A análise da situação de saúde pressupõe, em primeiro lugar desenvolver um processo de colheita de dados, para de seguida identificar as necessidades de saúde e determinar as acções a empreender no sentido de melhorar a qualidade de vida da população.

A fim de melhor conhecer a população e o meio em que esta se insere, há que determinar os factores que vão orientar a recolha de dados que permitem fazer uma avaliação adequada. A avaliação de saúde e das condições de vida da comunidade deve-se efectuar de maneira contínua e sistemática. O estado de saúde dos indivíduos, das famílias, ou de uma comunidade tem que ser encarado em termos de interrelação humana com o meio ambiente. A avaliação é feita com o objectivo de ajudar a determinar o tipo de acções

que serão mais eficazes. Se os dados recolhidos sobre o estado de saúde demonstrarem que a intervenção de enfermagem constituirá um factor de mudança e de promoção da saúde, é o momento de fazer um diagnóstico. Este diagnóstico permite estabelecer de maneira precisa, o género de acções adequadas ao meio.

3.2. A ESCOLHA DE UM QUADRO DE REFERÊNCIA

A equipa multidisciplinar em saúde é composta por vários elementos pertencentes a várias profissões de saúde, todas elas empenhadas em conservar e promover a saúde e o bem estar das populações. Nenhuma profissão consegue, por si só, encarregar-se desta tarefa e daí a necessidade de todas elas pensarem sobre a forma de como podem contribuir para esse grande objectivo. Virgínia Henderson, enfermeira americana, reflectiu sobre o que a profissão de enfermagem deveria ser. Na sua perspectiva, a contribuição singular da enfermagem consiste na manutenção e na recuperação da independência da pessoa, relativamente à satisfação das suas necessidades fundamentais. “A função impar do profissional de enfermagem é prestar assistência ao indivíduo, doente ou não, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou a sua recuperação (ou a morte em paz), actividades essas que ele realizaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e o conhecimento necessários. E fazer isso dessa maneira é auxiliá-lo a obter a independência tão rápido quanto possível” (George et al 1993: 68).

O objectivo do modelo de enfermagem é oferecer uma estrutura para o profissional de enfermagem planear uma abordagem individualizada para as suas intervenções. “Adoptar um modelo conceptual é fazer sua, uma concepção suficientemente clara para orientar as actividades profissionais daqueles que optam, ou já optaram, por ser enfermeiros” (Adam 1994: 213).

O esquema de referência escolhido pelos profissionais que trabalham na área de saúde comunitária, deve valorizar a saúde como um processo dinâmico, interactivo globalizante e social. Para corresponder a estes critérios seleccionarei dois modelos: o

modelo de enfermagem de actividades de vida proposto por Nancy Roper e colaboradoras e o modelo teórico de Madeleine Leninger.

3.2.1. Modelo de Enfermagem de Actividades de Vida

Privilegiou-se este modelo porque valoriza a ideia de que todos os indivíduos estão envolvidos em actividades que lhes permitem viver. Quando por qualquer motivo essas actividades ficam comprometidas, a pessoa poderá necessitar de cuidados de enfermagem. A partir deste modelo é possível fazer uma avaliação das capacidades que a pessoa tem para realizar as actividades de vida, determinando assim o seu nível de dependência e conseqüentemente a ajuda de que necessitam em termos de cuidados de enfermagem.

Este modelo foi desenvolvido por Nancy Roper, Winifred W. Logan e Alison J. Terney, e baseia-se no modelo de vida. O modelo de vida é uma tentativa para identificar as características principais de um fenómeno altamente complexo - viver - e para indicar as relações entre os vários conceitos do modelo: as actividades de vida, o ciclo de vida, o continuum independência/dependência, os factores que influenciam as actividades de vida e a individualidade de viver (Roper Logan e Terney 1995).

Este modelo centra-se na pessoa como sendo um indivíduo ocupado em viver toda a sua vida, transitando da dependência para a independência, de acordo com a idade, as circunstâncias e o ambiente.

As actividades de vida são todas aquelas que contribuem para o processo complexo da existência humana. São a manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestir-se, controlo da temperatura do corpo, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte (Roper, Logan e Terney 1995). Cada uma destas actividades não pode ser vista isoladamente, uma vez que cada uma delas está relacionada com as outras.

À medida que uma pessoa percorre as etapas da vida existe uma mudança contínua e cada aspecto do viver é influenciado pelas circunstâncias físicas, psicológicas, socioculturais, ambientais e político-económicas encontradas através da vida. Existem

estádios nas etapas de vida onde uma pessoa não pode ainda (ou não pode mais) realizar certas actividades de vida de forma independente. Cada pessoa apresenta um estado de (in)dependência para cada uma das actividades de vida. O termo (in)dependência total utiliza-se para descrever os pólos de continuidade e as setas indicam o movimento em cada direcção de acordo com as circunstâncias que ocorrem ao longo da vida.

As autoras atrás referidas criaram um diagrama onde representam as doze actividades de vida e o estados de (in)dependência nos quais o enfermeiro pode situar a pessoa,(Quadro 1).

**QUADRO 1 - AS DOZE ACTIVIDADES DE VIDA E OS ESTADOS DE
DEPENDÊNCIA/INDEPENDÊNCIA**

ACTIVIDADES DE VIDA	GRAU DE DEPENDÊNCIA / INDEPENDÊNCIA
	Dependência total<.....>.....Independência total
Manutenção de um ambiente seguro•
Comunicação•
Respiração•
Alimentação•
Eliminação•
Higiene pessoal e vestuário•
Controlo da temperatura do corpo•
Mobilidade•
Trabalho e lazer•
Expressão da sexualidade•
Sono•
Morte

Fonte: Roper, Logan e Tierney 1995: 31

Como se verifica, ao ser traçada a posição de uma pessoa em cada actividade oferece uma impressão do grau de dependência/independência em relação às doze actividades de vida.

Embora cada pessoa desempenhe as suas actividades de vida, a qualquer momento e com vários graus de independência, cada indivíduo fá-lo de forma diferente. Até um certo ponto, estas diferenças surgem de uma diversidade de factores que influenciam a forma como a pessoa desempenha as actividades de vida, e estes factores formam o quarto componente do modelo. Os factores que determinam as actividades de vida são descritos em cinco grupos principais: factores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos (Roper, Logan e Tierney 1995).

As actividades de vida ao serem realizadas de forma diferente por cada pessoa, confirmam a "a individualidade da vida". A individualidade de cada um é materializada na actividade de vida, em parte determinada pelo estágio das etapas da vida e grau de dependência; é ainda influenciada pelos vários factores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos.

3.2.2. Teoria dos Cuidados Culturais

Pareceu-me que, para avaliar a situação de saúde das pessoas de uma comunidade, se impunha uma abordagem que procurasse ir mais além na compreensão do fenómeno sociocultural que é a saúde. Por isso, escolhi um modelo que valorizasse o sistema socio cultural das pessoas, de maneira a melhor compreender os seus hábitos de vida. Para se prestarem cuidados adequados às necessidades do indivíduo ou da comunidade é preciso, em primeiro lugar, aprender a descobrir o sentido do que se percebeu, do que se escutou e isto não pode fazer-se a não ser que as informações sejam agrupadas e analisadas à luz de conhecimentos que têm por objectivo torná-los significativos. A compreensão e a explicação de uma realidade social encontra-se essencialmente no significado que as pessoas dão aos suas acções. Para o descobrir é preciso ter em conta as opiniões individuais e procurar aí os princípios e valores que orientam os seus comportamentos. Tal só é possível quando as informações são contextualizadas na estrutura social e no contexto ambiental em que as pessoa vivem.

O modelo de Madeleine Leininger valoriza precisamente este princípio na medida em que enfatiza a importância da inclusão de conceitos antropológicos e culturais na prática de enfermagem.

Na obra *Teorias de Enfermagem* de Júlia B. George, encontramos uma vasta colectânea de teorias de enfermagem entre as quais se encontra a teoria desenvolvida por Madeleine Leininger designada por teoria de cuidados transculturais. Importa desde já, enquadrar a teoria na realidade que lhe deu origem.

Durante a metade dos anos 50, Madeleine Leininger, enquanto trabalhava com crianças, observou diferenças de comportamentos entre elas e concluiu que essas diferenças possuíam uma base cultural. Contudo, na prática, ela identificou uma ausência de conhecimentos sobre as culturas das crianças por parte dos profissionais de enfermagem. Por isso, reconheceu que se impunha preencher essa lacuna com um elo que permitisse compreender as variações culturais. O reconhecimento dessa lacuna foi o ponto de partida para a construção da sua teoria de “enfermagem transcultural”.

“Leininger definiu a enfermagem transcultural como um subcampo ou ramo culto da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com os seus valores culturais e contexto de saúde-doença.” (George et al 1993: 286). Mais à frente, este autor salienta: “Leininger enfatiza a importância do conhecimento obtido da experiência directa, ou directamente, daqueles que já o vivenciaram e que rotulam tal conhecimento como étnico. Ela defende que o conhecimento do cuidado, de origem étnica, é fundamental para o estabelecimento da base epistemológica e ontológica da enfermagem para a prática” (George et al 1993: 287). A perspectiva de Ann Marriner-Tomey é concordante com a do autor atrás citado quando afirma: “o objectivo geral da teoria da enfermagem transcultural é determinar as visões étnicas (visão interna) das pessoas sobre os cuidados, tal como estas os entendem e praticam, e estudar esta fonte de conhecimentos à luz das perspectivas éticas dos enfermeiros. O objectivo é proporcionar cuidados que se ajustem às necessidades e realidade do paciente” (Marriner-Tomey 1994: 429).

Leininger elaborou a sua teoria de enfermagem transcultural com base na premissa de que os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as experiências e percepções sobre os cuidados de enfermagem, mas também são capazes de as relacionar com as crenças e práticas gerais de saúde. Com base nesta premissa, entende-se que o cuidado de enfermagem deriva e desenvolve-se a partir do contexto cultural no qual deve ser propiciado. Dado que a cultura e o modo de vida das pessoas influencia as suas decisões e acções, a teoria transcultural é dirigida aos enfermeiros que aceitam descer ao mundo do utente e tomam os seus pontos de vista, conhecimentos e práticas com base para tomar decisões e aplicar acções.

Madeleine Leininger ofereceu definições para os conceitos de cultura, valor cultural, visão do mundo, estrutura social, contexto ambiental sistema profissional de saúde, cuidar/cuidado, preservação cultural do cuidado, acomodação cultural do cuidado e repadronização cultural do cuidado. Além das definições, apresentou pressupostos que sustentam que a enfermagem é uma profissão, que presta cuidados a pessoas de culturas diferentes (George et al 1993).

Nas palavras de Leininger, cultura representa o conjunto dos “valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as acções” (Marriner 1989: 129; George et al 1993: 287).

Para um conhecimento mais profundo do conceito de cultura recorre-se a outras definições da sociologia e antropologia, com a advertência que variam de autor para autor, razão pela qual se transcrevem apenas as que nos parecem adequadas ao interesse dos profissionais de enfermagem.

E porquê o interesse e a atribuição de importância ao fenómeno social denominado cultura, procurando a sua compreensão?

Uma pista é dada por Madeleine Leininger quando demonstrou a deficiência profissional de enfermeiras no exercício das suas funções em pediatria. O facto de aquelas profissionais não entenderem que as diferenças comportamentais das crianças estavam fundadas nas suas diferenças culturais teve implicações negativas na prestação de cuidados. Por outro lado, ainda actualmente, se verifica, que os profissionais de enfermagem

e outros profissionais de saúde continuam muitas vezes a desvalorizar o elemento cultural dos utentes a quem prestam cuidados. Na prática quotidiana dos profissionais de saúde, a tendência é para imperar uma certa dificuldade em compreender os comportamentos dos outros e a necessidade de os adaptar às nossas condutas. Esta tendência resulta do chamado “choque cultural”. Este ocorre frequentemente quando uma pessoa se transfere dum espaço físico e social para outro e surge na dificuldade em compreender os comportamentos dos outros e na necessidade de consubstanciar os próprios comportamentos.

A primeira formulação do conceito antropológico, de cultura pertence a Edward B. Tylor, segundo a qual a cultura “é o complexo unitário que inclui os conhecimentos as crenças, a arte, a moral, os costumes e todas as outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem enquanto membro da sociedade” (Boudon et al 1991: 62). Esta definição continua a ser tomada como referência pelo facto de conter elementos essenciais como sejam a integridade de cultura como complexo unitário, o seu valor como norma de comportamento para o indivíduo como membro duma sociedade.

Numa perspectiva sociológica, cultura é definida como tudo aquilo que é socialmente aprendido e partilhado pelos membros duma sociedade. Inclui artefactos como objectos de uso caseiro, trabalho ... bem como crenças e valores hábitos, costumes e leis sociedade (Horton e Hunt 1980).

“O sentido moderno do termo reporta aos modos de comunicação do saber nas sociedades em rápida transformação e aos objectos simbólicos produzidos por uma sociedade para veicular valores” (Boudon et al 1979: 62). A simbolização na definição de cultura foi posta em relevo por Clifford Geertz ao considerar cultura como um “padrão de significados, transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem o seu conhecimento e as suas actividades em relação à vida” (Geertz 1973: 103). De facto, qualquer acção do homem pode assumir o valor dum símbolo, isto é, pode ser inserida num sistema de interpretações e de expressões. Cada coisa, material ou não, ligada a um símbolo, pode receber um significado suplementar, que se adiciona ao seu significado normal e natural e exprime uma relação como uma

realidade conhecida ou misteriosa. Cada coisa e cada conhecimento pode ser motivo de simbolização, e pode tornar-se causa de cultura.

As múltiplas definições de cultura referem sempre como pontos comuns os modos de agir, sentir e pensar de uma sociedade (ou de um segmento), e os artefactos por ele elaborados. A cultura são as ideias, os valores e esquemas de pensamento e de acção próprios de cada um. É importante notar que a cultura não é um comportamento e sim um dos modeladores deste, que está presente em qualquer agrupamento de pessoas, com características próprias a cada uma delas (Lakatos: 1979). Por isso, as suas particularidades permitem que fossem mostradas as diferenças entre as sociedades. Em relação ao indivíduo, pode ver-se como ele se insere numa cultura, como esta serve para modelar a sua personalidade, enquanto ele próprio participa activamente na sua criação e na sua manutenção. Em relação à comunidade, a cultura pode olhar-se na sua estrutura actual e operante, sob o aspecto funcional e sincrónico, como um todo imediato e global, ou pode também estudar-se sob o aspecto histórico e diacrónico, para reconstruir o seu processo evolutivo e causal (Bernardi 1979: 27).

Os valores culturais referem-se ao modo mais desejável de agir ou de conhecer: “os valores culturais são as poderosas forças directivas que dão ordem e significado ao pensamento, às decisões e às acções das pessoas” (Marriner 1989: 129). Podem ser diversificados ou universais.

A diversidade cultural do cuidado indica a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado, criados pelo homem para o seu bem-estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida, ou para enfrentar a morte. Diferentemente, a universalidade cultural de cuidado refere-se a significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado comuns, também originários do homem, com a mesma finalidade (George et al 1993).

O cuidado em sentido genérico indica actos de assistência, destinadas a ajudar ou capacitar a pessoa família ou grupo com necessidades reais ou potenciais, com o objectivo de melhorar a situação humana ou modo de vida. “O cuidado é tido como um domínio central, dominante e unificador da enfermagem, e enquanto a cura não pode ocorrer sem o cuidado, este pode ocorrer sem a cura” (George et al 1993: 288). A diversidade cultural do cuidado refere-se à variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que

as pessoas estabelecem para proporcionar o seu bem-estar ou para enfrentar a morte. (George et al 1993: 288).

A teoria de cuidados transculturais desenvolvida por Madeleine Leininger é representada pelo modelo *Sunrise* criado pela mesma autora. O modelo descreve os componentes da teoria e tem por objectivo ajudar a compreender a maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado que lhes é oferecido numa cultura.

A diversidade cultural do cuidado refere-se à variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que as pessoas estabelecem para proporcionar o seu bem-estar ou para enfrentar a morte (George et al 1993: 288).

A teoria de cuidados transculturais desenvolvida por Madeleine Leininger é representada pelo modelo *Sunrise* (em forma de sol nascente), criado pela mesma autora, (Figura 1).

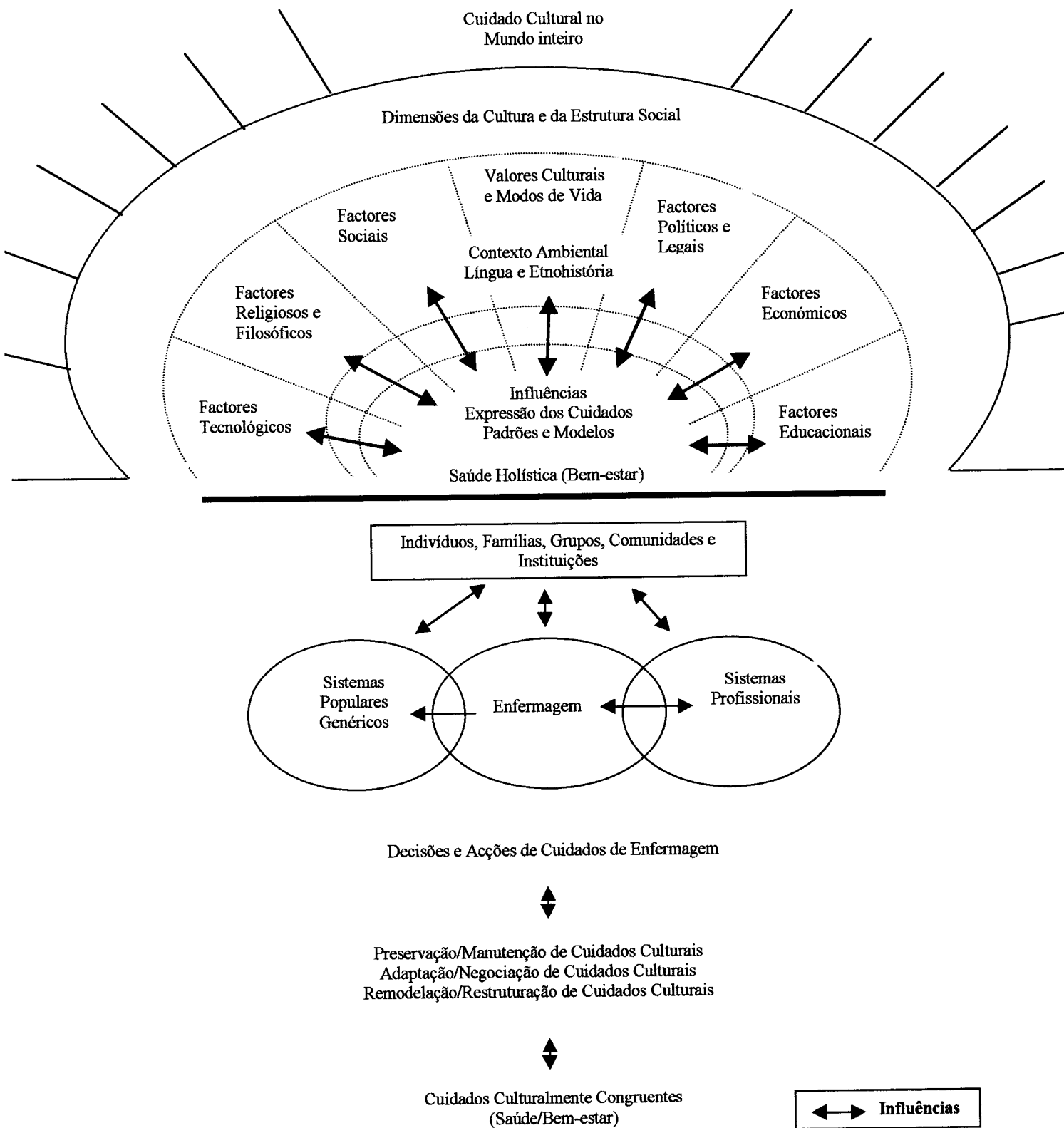
O modelo sol nascente simboliza a saída do sol (cuidados). A metade superior do círculo representa as componentes da estrutura social e factores sobre a visão do mundo que influenciam os cuidados e a saúde. Por sua vez estes factores interagem com os sistemas populares, profissionais e com a enfermagem, que se encontram na metade do círculo. As duas metades juntas constituem o sol completo, que representa o universo de todos os factores, que os enfermeiros devem ter em conta para poder apreciar os cuidados e a saúde (Marriner-Tomey 1994). O modelo considera os seres humanos como inseparáveis do seu fundo cultural e da sua estrutura social os quais constituem o pilar básico da teoria de Leininger.

Uma vez que este modelo serve vários níveis de análise, pode ser adoptado quer se trate do estudo de uma pessoa, uma família ou duma comunidade. Tal como afirma Ann Marriner, "A generalização da teoria a partir deste modelo pode dar-se a vários níveis, desde um micronível, (estudos a pequena escala sobre indivíduos concretos) até a nível médio (culturas específicas) a um macro nível (fenómenos a grande escala, tais como diferenças culturais) (Marriner-Tomey 1994: 434)

O uso deste modelo orienta a pesquisa para o uso de métodos qualitativos. Leininger contraria a utilização de definições e noções pré-concebidas, bem como de

perspectivas causais ou lineares. Corrobora a importância da exploração e do processo de descoberta na prestação de cuidados (também defendido por Collière). Por isso fomenta o uso do método de observação participante a qual oferece um enfoque holístico para o estudo das condutas humanas.

Figura 1 Modelo de *Sunrise*
Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais



Fonte: George et al 1993

CAPÍTULO II

A ABORDAGEM METODOLÓGICA

1.0 TIPO DE ABORDAGEM

Em investigação social o tipo de pesquisa tem uma relação directa não só com o assunto que se pretende desenvolver, mas também com a feição da questão particular que se quer estudar, pois, “a escolha para utilizar métodos quantitativos ou qualitativos é guiada pela questão de investigação. Geralmente, questões que sugerem um teste de relação ou diferença são tratadas através de uma abordagem quantitativa. Questões que sugerem uma exploração de experiências humanas são tratadas através de uma abordagem qualitativa” (Lobiondo - Wood 1994: 258).

Desta forma, os estudos quantitativos ocupam-se de problemas que podem sofrer uma mensuração objectiva, tomando o sujeito como um sistema repartível, e sendo o resultado da relação entre as variáveis das características do sujeito, enquanto que os estudos qualitativos se ocupam de questões subjectivas, que pertencem a experiências pessoais vividas. Segundo Boyd , “a pesquisa qualitativa envolve questões determinadas acerca das experiências humanas e realidades, estudadas através de contactos mantidos com as pessoas no seu ambiente natural, geradoras de riqueza, dados descritivos que nos ajudam a compreender as suas experiências” (Lobiondo-Wood 1994: 254). A pesquisa qualitativa visa a compreensão do homem de uma forma singular, dinâmica e holística. O seu foco é identificado como um processo complexo e aberto, e o propósito deste tipo de pesquisa visa dar significação às acções em que os actores se empenham. O conhecimento dos significados que as coisas e as acções tomam para o indivíduo ou para uma comunidade, revela-se necessário à compreensão e à explicação do comportamento humano. Esta pesquisa será um trabalho exploratório, de cariz qualitativo, que se ocupará

do estudo do comportamento humano, relacionado com a problemática anteriormente enunciada.

Face ao levantamento da situação na comunidade a estudar questiona-se a forma como as condições da acessibilidade e do isolamento são sentidos pela comunidade e de que modo interferem no desenrolar da vida quotidiana, muito particularmente na sua situação de saúde. Por outro lado, interroga-se sobre as necessidades de saúde da comunidade e sobre a forma como aquela população resolve os seus problemas de saúde. No sentido de responder a estas dimensões, fixaram-se os seguintes objectivos específicos:

- Caracterizar a comunidade nos contextos geográfico, cultural, socioeconómico e ambiental;
- Conhecer a percepção da comunidade face aos vectores acessibilidade/isolamento;
- Conhecer a percepção que a comunidade tem sobre a saúde.
- Identificar o nível de saúde da população;
- Descrever e analisar atitudes e comportamentos face a algumas actividades de vida (alimentação, higiene, sono e repouso e ocupação de tempos livres);
- Identificar atitudes e comportamentos face a estilos de vida não saudáveis;

Para conhecer as realidades humanas e as práticas sociais relativamente aos vectores em análise, e as quais se inserem e decorrem no contexto atrás referido, é fundamental conhecer as interpretações e os significados que as pessoas formulam àcerca dessas mesmas práticas. Por outro lado, a importância de sublinhar as inter-relações que se estabelecem entre as pessoas daquela comunidade, bem como a necessidade de uma descrição profunda dessas mesmas inter-relações, justificam a adopção deste tipo de abordagem. Na abordagem qualitativa, o acento é colocado sobre a exploração da profundidade da riqueza e da complexidade que caracterizam certos fenómenos mais do que sobre o estabelecimento duma relação de causalidade entre determinadas variáveis.

2. ESTRATÉGIA DE COLHEITA DE DADOS

2.1. TÉCNICAS DE RECOLHA E REGISTO DE INFORMAÇÃO

O estudo da comunidade impõe a observação no terreno. A unidade social em estudo sendo uma pequena comunidade, permite efectuar uma recolha mais intensiva de informação acerca de um vasto leque de práticas e de representações sociais. Pretende-se, pois, com este tipo de pesquisa que o objecto de análise se estude profundamente.

Como Firmino da Costa afirma, a pesquisa de terreno não é uma técnica isolada mas um método que supõe, uma presença prolongada, do investigador nos contextos sociais em estudo e o contacto directo com as pessoas e as situações. De facto, só no terreno se pode observar o máximo de elementos capazes de traduzir a realidade que se pretende conhecer. As pessoas, as suas atitudes e comportamentos, a sua maneira de estar e de dizer, são potenciais reveladores de significados que de outra forma será difícil interpretar e analisar.

Os investigadores que praticam pesquisa no terreno, não só estão de acordo quando afirmam que os procedimentos são a presença prolongada no contexto social em estudo e o contacto directo com as pessoas, as situações e os acontecimentos, como também consideram o investigador como principal instrumento de pesquisa (Costa 1986). Com efeito, o pesquisador é parte do estudo e elemento essencial para o rigor metodológico do estudo, que em questões humanas nunca pode eliminar o carácter intersubjectivo. Compreender o universo das representações sociais no quadro das suas vivências quotidianas relativamente aos vectores de análise, acessibilidade e isolamento, analisar a forma como as pessoas gerem as relações familiares e sociais e conhecer a percepção da comunidade sobre o processo saúde/doença, passa necessariamente pela adopção de uma atitude intersubjectiva. Nesta de linha de pensamento, assumimos que a subjectividade é essencial para a compreensão das experiências humanas da comunidade em estudo. As características pessoais podem influenciar ou ser influenciadas no processo de pesquisa

social. Isto significa que qualidades como a intuição, a empatia do pesquisador, devem ser além de auto-reconhecidas, estimuladas, desenvolvidas e valorizadas. “O pesquisador usa a sua personalidade no processo de pesquisa e isto é considerado um factor chave. A empatia e a intuição são usadas deliberadamente e devem ser cultivadas. O pesquisador deve estar envolvido intensamente com as experiências do sujeito, a fim de interpretá-lo; deve permanecer aberto às percepções do sujeito mais do que tentar atribuir significado através das suas próprias experiências” (Koisumi 1992: 42).

Entendo que o processo de conhecimento dos cuidados de saúde de uma comunidade só é possível quando o profissional de saúde observa, escuta e participa na vida dessa comunidade, dando não só atenção ao sistema de saúde, mas a todo o conjunto de experiências vividas por essa comunidade, muito particularmente aos seus modos de vida. Com efeito, a oposição entre o sujeito e o objecto (entre o investigador e o investigado) é questionável, na medida em que para haver essa dicotomia não pode existir uma relação efectiva, considerada fundamental no processo de pesquisa. Enquanto as duas esferas, sujeito e objecto, estão separadas, enquanto são exteriores uma à outra não pode haver uma relação de conhecimento, considerada desejável, para que a enfermagem e todos os profissionais de saúde prestem cuidados adequados e coerentes à comunidade.

A pesquisa de terreno não se limita à simples recolha de informação empírica. Muito mais do que isto, esta técnica “implica que à medida que a recolha de informação se vai processando, através do desencadeamento integrado das acções de pesquisa, o investigador esteja permanentemente a proceder a uma classificação e a uma interpretação dos dados (Costa 1986: 129 e 144).

A recolha directa de informação processou-se através de trabalho de campo, e foi realizada entre Janeiro e Setembro de 1997. Para recolher os dados utilizei como meios a observação directa, a observação-participante, conversas informais, a entrevista, e fontes bibliográficas e documentais. Os dados demográficos sobre a comunidade e o contexto geográfico envolvente forneceram uma panorâmica sobre a evolução da população e a sua inserção na região.

A observação directa foi efectuada sem utilização de protocolo: assim, não se efectuou uma observação sistematizada com base em categorias predeterminadas. Na

medida em que o estudo não contempla hipóteses, nem visa obter dados normativos, não se revestiu de interesse a uniformização de atitudes e comportamentos procurada através dos sistemas categoriais. Procura-se sobretudo compreender e interpretar factos humanos numa comunidade específica, observando os respectivos quadros de vida e comportamentos, no sentido de compreender a multiplicidade de relações em que estão inseridas as práticas do quotidiano. Deste modo, o sistema de observação adoptado enquadra-se essencialmente no tipo “descritivo” e no tipo “narrativo”, um sistema considerado aberto (Boutin, et al 1994:152), por não existirem categorias pré-definidas. Este tipos de observação permitem descrever e narrar acontecimentos tal como eles se produzem, num dado momento; uma descrição pormenorizada de acontecimentos, comportamentos e conversas consideradas interessantes para analisar e triangular informação.

O registo da informação colhida através da observação fez-se em paralelo ou retrospectivamente a um determinado acontecimento. A forma de registo de observações fez-se através notas de trabalho de campo. As notas de campo põem em evidência elementos da comunidade considerados ilustrativos e constituem um retrato evocador do desenrolar de acontecimentos da vida quotidiana da comunidade. São apresentados pela ordem natural da sua ocorrência.

Quando o observador atinge um certo nível de envolvimento relativamente aos acontecimentos e aos pontos de vista dos indivíduos, a observação toma um carácter participante. A observação-participante é uma técnica adequada para conhecer e analisar atitudes e comportamentos, expressivos de significado e de relações entre as pessoas, objectos e o seu meio. Pressupõe a integração do investigador no grupo e implica uma observação e participação activa e total sobre todos os aspectos da vida social. De facto, “... observar participando é uma forma de construir o objecto de pesquisa por meio da aculturação progressiva e da endoculturação permanente do investigador, na aprendizagem do conhecimento do grupo que estuda como se fosse membro do grupo em questão” (Iturra 1986: 157).

A observação participante é uma “tentativa de colocar o observador e o observado do mesmo lado, tornando-se o observador um membro do grupo de modo a evidenciar o

que eles vivenciam e trabalhar dentro do sistema de referência deles” (Mann 1970). António Custódio Gonçalves é concordante com a perspectiva de Mann quando justifica a razão pela qual não deve haver dissociação entre o observado e o observador. “O observador e o observado, embora distintos, não estão dissociados. A sua dissociação implicaria um modelo de objectividade por objectivação, um modelo positivista e objectivista, não considerado pertinente na análise das significações, dos comportamentos, dos valores, das mentalidades e das simbolizações.

A dissociação, cientificamente, porém indispensável entre observação e participação, é, apenas, uma disfunção intelectual, para efeitos de análise, e não exclui a participação afectiva. No entanto, a participação requer um esforço acrescido e permanente de distanciamento, porque o investigador deve, constantemente, elucidar o que sente e reflectir sobre a sua experiência: quanto mais empírica for a sua investigação, mais reflexiva esta deverá ser” (Gonçalves 1992: 95).

De acordo com o mesmo autor o modelo de objectividade por objectivação é um modelo que consiste em decompor objectos para depois os isolar, e, para tornar objectivo um campo de estudo do qual o analista está ausente. Ora, a objectividade absoluta nem sempre se coaduna com a análise da realidade humana no domínio das ciências sociais. Com efeito, também nesta investigação é de ter em conta este aspecto. Isto, porque, por um lado, para a compreensão do universo das representações sociais da comunidade de Rio Verde no quadro da suas vivências quotidianas, impõe-se a análise de um conjunto de relações sociais (familiares, laborais, religiosas, de lazer), onde por sua vez, se terão que analisar comportamentos humanos que veiculam sempre sentimentos valores e significações. Por outro lado, para analisar a situação de saúde é também necessário captar e compreender a realidade vivida e sentida pela comunidade nessa área. A percepção que a comunidade tem sobre a sua própria saúde, bem como os conhecimentos e práticas comportamentais relacionados com a saúde, são uma realidade humana particular e concreta, que permite conhecer o conteúdo humano desta comunidade. Ora, os componentes subjectivos, dificultam a redução dos factos a categorias e a estruturas abstractas muitas vezes elaboradas por métodos inadequados ao conhecimento que se pretende. Tal como afirma o autor atrás citado “o terreno é humano, e não se pode iludir o

carácter inter-subjectivo de qualquer relação humana.” (Gonçalves 1992: 90). Todavia, estou alertada para o facto de esta relação requerer um distanciamento por parte do investigador face ao objecto de investigação para que seja possível uma análise crítica, e ao mesmo tempo, implicar participação e simpatia perante o sujeito investigado.

O elevado envolvimento do observador na vida quotidiana do grupo, devido ao facto de ele ter que frequentar o maior número possível de locais do contexto social em estudo, à presença repetida dum grande número de actividades e à permanente interacção com as pessoas que pertencem a esse contexto social, podem originar um elevado “índice de interferência”. A invasão dos locais e actividades do quotidiano por parte do investigador é passível de alterar significativamente o curso normal de vida dos elementos do grupo. Por outro lado, “a conversação informal e a entrevista em particular são situações sociais em que a presença do investigador se impõe de uma maneira muito forte, em que o peso relativo do impacto do processo social de pesquisa é muito elevado” (Costa 1986: 137). Para evitar ou atenuar este problema o mesmo autor sugere “que a definição da identidade do investigador, os papéis que ele vem a desempenhar naquele contexto e o prolongamento da respectiva presença no terreno permitam que a unidade social em estudo de algum modo o digira. Quer dizer, que reorganize o tecido social em estudo dum modo que conte já, duradouramente, com a presença do investigador” (Costa 1986: 138).

No meu caso, a observação participante assumiu, à partida, um carácter natural. A ligação sustentada ao longo dos anos com as pessoas da aldeia facilitou, como é óbvio, a minha inclusão na comunidade; em consequência, o objectivo inicial da observação participante, que consiste em ganhar a confiança do grupo, foi facilmente atingido.

Impôs-se também o recurso ao depoimento de alguns membros mais conhecedores e disponíveis, pelo que dispus de informantes-chave para obter informação sobre eles próprios, sobre outras pessoas e aspectos e acontecimentos do contexto social em estudo. Está em causa a necessária triangulação da informação. “Diversos autores denominam triangulação o procedimento de validação instrumental efectuado por meio de uma confrontação dos dados obtidos a partir de várias técnicas, tais como a observação directa, a observação participante, a entrevista ou a gravação” (Boutin 1994: 76). O conceito de triangulação é assim alargado à ideia de validade teórica por confronto das inferências feitas

entre o investigador e indivíduos observados, interrogado ou ligados ao estudo. O autor, citado sustenta por outro lado, que, ao invés do que outros investigadores pensam a triangulação dos dados não deve ter como objectivo confirmar uns através dos outros, mas sim descobrir desvios entre si (Boutin 1994).

A entrevista foi também um instrumento de eleição para a recolha de dados. Para a consecução dos objectivos a que me propus, a observação directa e a observação-participante seriam insuficientes se não fossem completadas pela entrevista. Segundo Madelene Grawitz a entrevista é “um procedimento da investigação que utiliza um processo de comunicação directa para resolver informações relativas a um objecto fixado, e é uma técnica que tem por objectivo a organização de um relatório de comunicação verbal entre duas pessoas, inquiridor e inquirido e que permite ao inquiridor recolher informações...” (Grawitz 1984: 85) julgadas pertinentes. Pretende-se com esta técnica atingir uma relação interactiva com os participantes sem perder de vista o rigor e a impessoalidade. As condições para levar a cabo as entrevistas são descritas mais à frente. Optei por esta técnica por oferecer grande oportunidade para descrever e analisar atitudes e condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz quando e como diz: registo de reacções, gestos, etc e pela oportunidade que dá para obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais e que são relevantes e significativos.

A classificação das entrevistas variam segundo a classificação dos autores. Carlos Gil faz uma classificação com tónica na estruturação do instrumento produtor de informação em “informais, focalizadas, por pautas e estruturadas” (Gil 1989: 115). Utilizando a nomenclatura deste autor, realizaram-se “entrevistas estruturadas” já que, o questionário contém uma “relação fixa de perguntas” cuja ordem permaneceu invariável para alguns inquiridos, mas variável para outros. Uma variância que se justificou para não cortar a espontaneidade e o raciocínio do entrevistado. Adoptou-se esta atitude (flexível) no sentido de aproveitar ao máximo discursos interessantes para reflexão. Uma posição que se enquadra na perspectiva de Ghiglione e Matalon: centrando a tónica não no entrevistador, mas no entrevistado, exprimem a maior ou menor liberdade de resposta sob o termo “directividade” (Ghiglione e Matalon 1993: 62). Estes autores, reportando-se ao critério em causa, definem “entrevista não directiva, entrevista semi-directiva, questionário aberto,

questionário fechado (Ghiglione e Matalon: 64). De acordo com esta nomenclatura a forma de algumas entrevistas foram, pois, de tipo semi-directivo, nas quais “o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções... mas a ordem e a forma com os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo fixada uma orientação para o início da entrevista” (Ghiglione e Matalon 1993: 64). Durante as entrevistas, houve, de facto, a preocupação em fazer emergir o máximo possível de elementos de informação e de reflexão que servirão para análise de conteúdo que corresponda às exigências de explicitação e de intersubjectividade dos processos.

Os objectivos fixados apontam para a necessidade de recolha de informação ao nível das unidades familiares e dos contextos envolventes, com vista a captar elementos relativos à dimensão social e muito particularmente ao domínio da saúde. A informação que se pretende é de natureza variada, tanto de tipo quantitativo, como, sobretudo, de tipo qualitativo. E digo sobretudo de tipo qualitativo, por duas razões. Em primeiro lugar, porque para além de outros aspectos, me interessa compreender e justificar comportamentos, bem como determinadas interacções e relações sociais. Em segundo lugar, porque se afigura importante e necessário considerar a perspectiva da população, sobre determinados conceitos, determinados factos sociais como a saúde, sobre a maneira como as pessoas lidam com este processo e outros com ele relacionados. Tal apenas será possível se se integrarem na análise que se for desenvolvendo as explicações que as pessoas dão para os seus actos e comportamentos.

Todavia, é fundamental ter presente que essas explicações não podem escapar a uma análise que, por sua vez, as relacione com o contexto social em que se inserem. Daí que, tal como afirma Ferrarotti, “... este interesse pelos sujeitos leva implícito o princípio de assumi-los na perspectiva de membro(s) de toda uma cultura, ligado(s) a uma determinada comunidade e integrado(s) num determinado sistema de vida”(Ribeiro 1995: 126).

Uma abordagem deste tipo comporta riscos a que importa estar atento, riscos que se prendem sobretudo com a eventualidade de se verificarem contradições entre comportamentos e discursos. Ainda que o dizer da população se assuma como elemento fundamental para o investigador obter um rápido crescimento do conhecimento, estou alertada para o facto, de que o dizer se considera a primeira pista para o investigador, mas

o contraste que se verifica entre o dizer e o fazer será a prova da verdade da existência do homem como ser social. Um povo tem contradições na sua conduta (Iturra 1986). Contudo, deve ter-se em conta que um trabalho de investigação desenvolvido e vivido no terreno deixa uma grande margem de manobra, para se poderem conferir e confrontar as origens e a natureza da informação que vai sendo produzida, tornando, assim, visíveis, os eventuais desvios entre o que se diz e o que se faz, isto é, entre o discurso e a acção e dando, por consequência, oportunidade à clarificação da sua ocorrência.

Na realização das entrevistas seguiram-se os seguintes critérios:

- Realização das entrevistas apenas pela autora, de maneira a obedecer a uma linha de orientação uniforme. Esta linha de orientação prende-se com as experiências pessoais que o próprio investigador oferece ao estudo, além de que se é impossível retirar do estudo a presença do investigador, seriam multiplicadas as influências caso as entrevistas fossem realizadas por outrem, pela diversificação de experiências pessoais.

- Realização da entrevista após o conhecimento prévio do assunto pelo entrevistado e das actividades que se pretendia levar a cabo. Implicou o estabelecimento de um contacto preliminar com a pessoa a entrevistar logo no início do trabalho de campo para, por um lado verificar se ela era uma informante chave em relação às questões que procurava esclarecer e, se, por outro lado, se encontrava disposta a prestar as informações.

- Entrevistas realizadas numa relação interactiva evitando expressar sinais sugestivos de qualquer tipo de julgamento, para manter o rigor e evitar o enviesamento da informação.

Para que a informação transmitida corresponda o mais possível à realidade sentida e vivenciada, o entrevistado deverá sentir-se tão livre de tensão quanto possível. O entrevistado transmite o seu sentir de forma mais autêntica se se verificar relação de confiança entre o entrevistado e o entrevistador. No meu caso, reconheci na maioria das pessoas esse sentimento de confiança, perfeitamente justificável pela minha relação de pertença ao grupo. No sentido de manter a neutralidade de juízos face aos entrevistados, tornou-se necessário explicar por diversas vezes os objectivos da investigação a um mesmo informante: verificou-se frequentemente a tendência por parte dos entrevistados em procurar uma avaliação das suas respostas.

- Entrevistas realizadas tendo em conta a condição espácio-temporal.

Tiveram lugar no espaço definido pelo entrevistado ocorrendo em todos os casos nas residências dos entrevistados. Coincidiu com o local considerado desejável pelo entrevistador. A duração das entrevistas oscilou entre 40 - 60 minutos.

- O horário e a duração da entrevista foram adequados aos seguintes factores:

a) Idade do entrevistado (ter em conta os muito idosos cujos hábitos de deitar são diferentes dos restantes elementos)

b) Estado de saúde

c) Tipo de actividade realizada e ao ritmo de trabalho

d) Tempo (condições climatéricas)

e) Outro factor não previsto, mas que, no momento se justificou considerar (vontade demonstrada pelo entrevistado)

f) Cessação de participação do entrevistado caso este o expresse.

- Realização das entrevistas tendo em conta o contacto com as famílias em várias fases.

Numa primeira fase dei a conhecer a cada entrevistado o objectivo da minha investigação e a necessidade que se impunha em saber o que é que as pessoas pensam sobre os assuntos que me propus estudar. Face a essa informação, verifiquei por parte das pessoas sinais de receptividade e ao mesmo tempo satisfação. O facto de actualmente revelar um maior interesse pela aldeia e pelas pessoas que a constituem, ter-lhes-á criado, de algum modo, certas expectativas quanto à solução dos seus problemas. Admito que só o simples facto de alguém se disponibilizar, no sentido de conhecer melhor como é que eles vivem e sentem determinadas situações, determina, naturalmente, sentimentos daquele tipo. Mas, ao mesmo tempo e à medida que procurava explicar melhor o que pretendia realizar, via despontar uma enorme curiosidade. Uma curiosidade misturada com uma certa dose de espanto e quiçá de alguma desconfiança e incredulidade quanto aos meus intentos, inicialmente pouco compreendidos. Fundamento esta apreciação em afirmações e questões formuladas por alguns elementos, entre as quais as seguintes:

- "E esse trabalho era para 'môr de' nos pôr cá um transporte...?"

- "Se fosse capaz de fazer com que ao menos cá passasse a carreira!!..."

- "...Aqui, não vem médico, não vem enfermeiro, não vem nada, ...Estamos aqui desprezados."

- "...os velhos precisavam de um tratamento, ...os pais agora estão desprezados."

- "Pagam para fazer este trabalho?"

- "Tu é que havias de ser a nossa médica e a nossa enfermeira."

Face a estas perguntas e desabafos tive o cuidado de explicitar os principais intentos da investigação de maneira a não criar expectativas a que não pudesse responder. Ainda nas primeiras abordagens efectuadas individualmente, sublinhei quanto era importante e imprescindível colaboração para a concretização do estudo e garanti desde logo, sigilo e confidencialidade das respostas através do anonimato.

Numa segunda fase, procedeu-se à realização das entrevistas. Estas decorreram no período compreendido entre a última quinzena de Maio e Setembro de 1997, na residência dos entrevistados, como inicialmente já havia referido. Justificou-se efectuar mais do que um contacto não só pela extensão do número de questões, mas também pela necessidade de verificar os dados.

2.2. ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

As opções relativas à formulação de perguntas foram tomadas em função do quadro teórico de referência, do objecto de análise e dos objectivos delineados. Dado o tipo de abordagem e o reduzido número de questionários exigidos para o estudo, privilegiou-se a inclusão de um número significativo de perguntas abertas. Considerou-se ser essa a modalidade técnica que melhor serviria as pretensões do estudo, para assim se obterem os dados com mais liberdade, dando largas ao sentir de cada um.

Para testar o instrumento de colheita de dados realizaram-se três entrevistas na comunidade onde o estudo foi desenvolvido. Foram supridas algumas questões por se reconhecerem de pouco interesse e acrescentadas outras que se afiguraram pertinentes. A organização do protocolo processou-se de forma a obter informação em três vertentes, cada

uma delas definida pela natureza da informação que visa colher, pelo que inclui três partes bem distintas.

A primeira parte inclui questões com o objectivo de fazer uma caracterização geral das famílias da comunidade em estudo; a segunda parte abrange questões que visam caracterizar sociograficamente a comunidade, de maneira a conhecer os processos de relações sociais face aos vectores acessibilidade, isolamento e relação familiar e social; a terceira parte compreende questões com o objectivo de definir o perfil da situação de saúde da comunidade, (Anexo 1).

3. CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE

Apresenta-se em forma de esquema o modelo de análise que se construiu para responder aos objectivos fixados para o estudo. A justificação de todos os elementos incluídos será dada à medida que se forem descrevendo, analisando e interpretando os dados.

Objectivo – Conhecer a percepção da comunidade face aos vectores acessibilidade e isolamento

Conceitos	<i>Acessibilidade</i>	<i>Isolamento</i>
Dimensões	Meio de transporte	Significado do termo
Indicadores	Limitação ou impossibilidade resolver tarefas Custo humano Custo económico Custo tempo	

Objectivo - Analisar a forma como as pessoas gerem as relações familiares e de vizinhança

Conceito	<i>Relação</i>
Dimensões	Família Vizinhos
Indicadores	Recebe visitas Faz visitas Recebe telefonemas Telefona Relação de ajuda Espírito de entre-ajuda Ocupação de tempos livres

Objectivo - Conhecer a percepção de saúde e doença

Conceito	Percepção de saúde
Dimensões	<p>Significado de saúde e doença</p> <p>Consciencialização da responsabilidade sobre a manutenção da saúde</p> <p>Atitudes e práticas na vigilância de saúde</p>
Indicadores	<p>Sentido em que é definida a saúde</p> <p>Sobre quem recai a responsabilidade sobre a saúde</p> <p>Causas atribuídas às doenças</p> <p>Em relação a problemas comuns</p> <p>Como resultado de crenças</p>

Objectivo - Identificar o nível de saúde da população

Conceito	Nível de saúde
Dimensões	<p>Morbilidade</p> <p>Nível de capacidade funcional</p> <p>Situação Imunitária em relação à doença do tétano</p>
Indicadores	<p>Antecedentes pessoais</p> <p>Problemas de saúde actuais</p> <p>Em relação às actividades de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alimentação Cuidados de higiene Vestir e calçar Andar <p>Informação sobre a doença do tétano</p> <p>Informação sobre a vacina antitetânica</p> <p>Cobertura vacinal</p> <p>Receptividade sobre uma possível sessão de educação para a saúde</p>

Objectivo – Descrever e analisar atitudes e comportamentos face a algumas actividades de vida

Conceito	Atitudes e comportamentos face às actividades de vida
Dimensões	Alimentação Higiene geral Higiene oral Sono e repouso Ocupação de tempos livres
Indicadores	Preferências alimentares Alimentos mais consumidos Alimentos menos consumidos Ingestão de leite Organização das refeições(número e distribuição) Método de cozedura mais utilizado Banho como prática importante na saúde Frequência Banho como factor de bem – estar Frequência Produto e material utilizado Estado de dentição Recurso ao estomatologista Horas de sono Recurso a medicação Maneira de ocupar os tempos livres

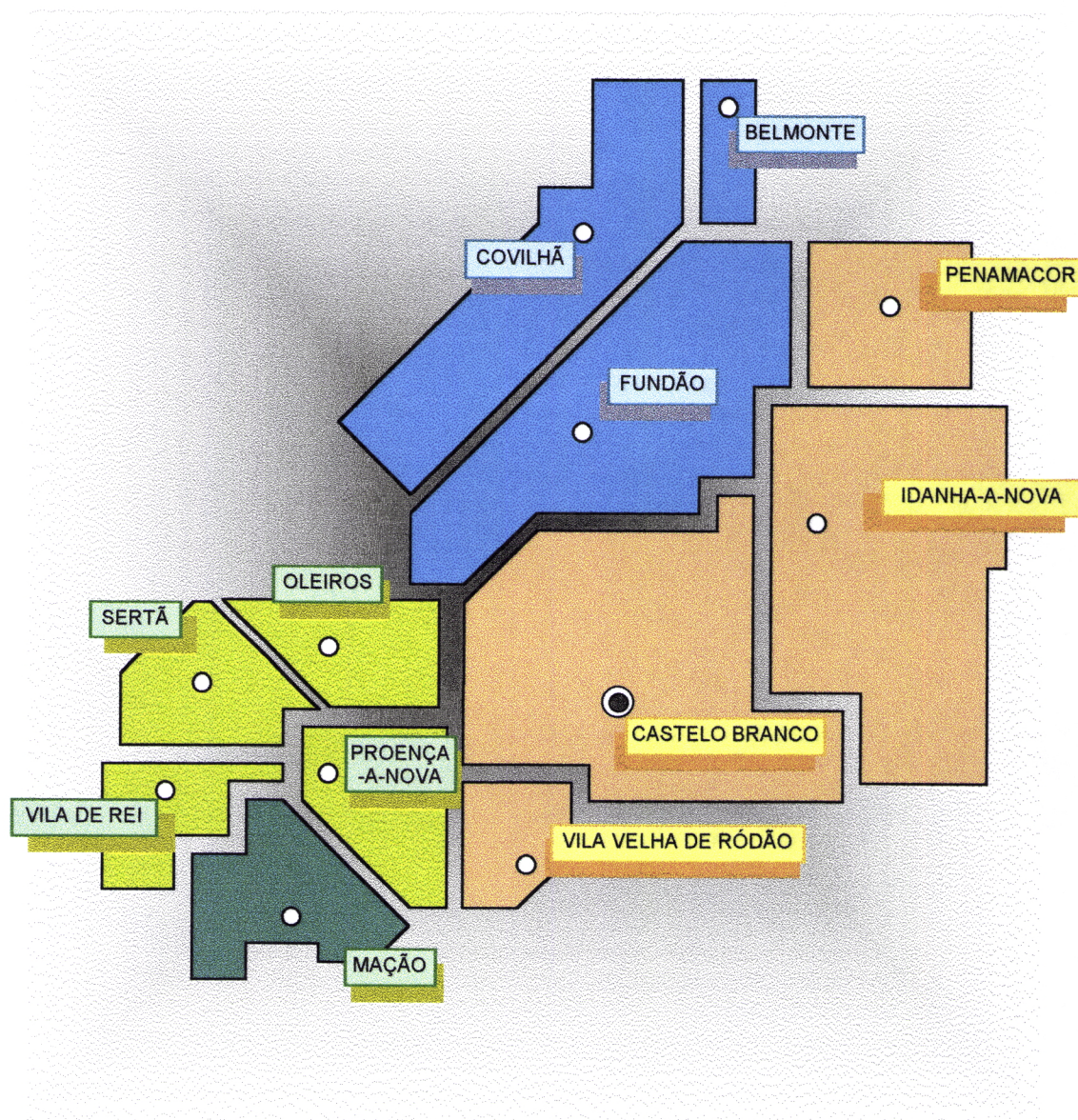
Objectivo – Identificar atitudes e comportamentos face a estilos de vida não saudáveis

Conceito	Estilos de vida não saudáveis	
Dimensões	Consumo de tabaco	Consumo de álcool
Indicadores	Número de cigarros A idade em que começou	Tipo de bebidas Quantidade; Frequência Quando ingere; Idade em que começou

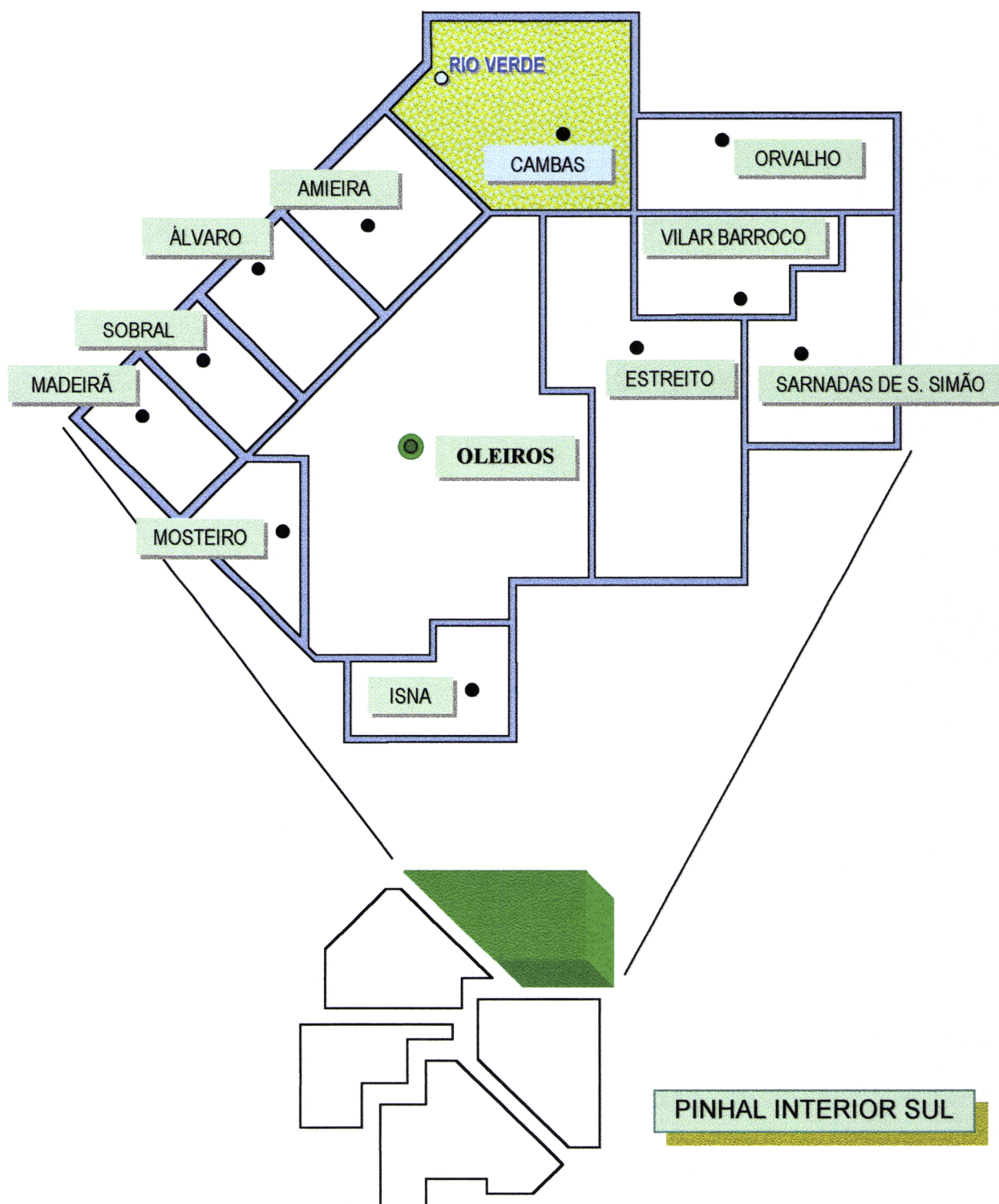
PARTE II

A COMUNIDADE DE RIO VERDE

MAPA 1
CONCELHOS DO DISTRITO DE CASTELO BRANCO
E
CONCELHO DE MAÇÃO
(DISTRITO DE SANTARÉM)



MAPA 2
RIO VERDE
NA FREGUESIA, CONCELHO E REGIÃO



Capítulo I

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA COMUNIDADE

1. DESCRIÇÃO SUMÁRIA

Rio Verde localiza-se no extremo norte de Oleiros relativamente próxima de Pampilhosa da Serra. Encontra-se a 4km da sede freguesia, a 48 km do Concelho e a 62 km do Distrito. O território em que se inscreve, é designado por zona do Pinhal Interior Sul (P. I. S).

É uma aldeia caracterizada por uma forma de povoamento concentrado, à semelhança de todas as freguesias do Concelho e da Região. O aglomerado desenvolve-se numa vertente sobranceira ao rio Zêzere. O quadro físico envolvente caracteriza-se por uma paisagem de xisto profundamente marcado pela rede hidrográfica. Além do rio, as serras são rasgadas por diversos vales. Abrigada numa serra verdejante, a serra de Campelos, onde predomina o pinheiro e algumas manchas de eucalipto, a aldeia enquadra uma beleza natural; as consequências da industrialização não passaram por ali. Assim, longe da poluição, Rio Verde oferece às poucas pessoas que a visitam e àquelas que por ali ainda permanecem uma atmosfera limpa e um ambiente de quietude quase absoluta. A aldeia está concentrada num núcleo rasgado por um vale. Este divide a povoação em duas partes e cada uma delas toma um nome. Chama-se “povo” à parte que se estende na vertente direita do vale, (a oriente) e “malhadinha” à parte que se desenvolve na vertente oposta (a ocidente). Os jovens de cada uma das partes sustentaram em tempos algumas rivalidades e pequenos conflitos: os que se situavam no povo faziam inveja aos da malhadinha por considerarem o seu espaço residencial mais importante, como se de outra aldeia se tratasse. A escola e a capela eram os trunfos da sua argumentação. O aglomerado tem uma estrutura com ruas estreitas, tortuosas e muito inclinadas.

FOTOGRAFIA 1 – VISTA GERAL DE RIO VERDE



FOTOGRAFIA 2 – VISTA PARCIAL DE RIO VERDE



Residem actualmente nesta aldeia 32 pessoas, formando um total de 19 famílias. O esvaziamento da comunidade foi a tónica marcante a partir dos anos 70. Refira-se que, entre finais da década de 40 até finais dos anos 60, ali viveram mais de uma centena de pessoas. Esse aumento populacional justificou a edificação de uma Escola Primária. Não foi possível obter dados precisos quanto à sua construção. No entanto, existe um consenso na informação obtida de vários residentes, entre os quais se encontram alguns que ajudaram na sua construção, que aponta para os anos de 1953 ou 1954. Manteve-se em funcionamento até 1985. De salientar o facto de, no ano de 1964, ter sido frequentada por 21- 23 crianças. Uma escola que a população viu nascer, crescer e morrer. Um espaço vivo, onde a vida se construía e onde se vivia intensamente, passou a figurar como testemunho de um passado. Um testemunho que agora se apresenta em estado de profunda degradação: vidros partidos, portas abertas e carteiras amontoadas no alpendre... O terreiro, esse espaço que outrora testemunhava gritos sibilantes produzidos pelo contentamento e a euforia incontida, próprios de crianças, a fruir o prazer do recreio, guarda agora o desencanto de um silêncio absoluto.

O despovoamento da aldeia obviamente que não aparece isolado. Corresponde de forma muito semelhante ao quadro que a freguesia oferece. A freguesia, contava em 1961 com 1563 habitantes, quando em 1991 regista apenas 513, (Quadro 3: pág.104). Ou seja, em três décadas, a população diminuiu em mais de dois terços. No que se refere à frequência escolar, os números também são sintomáticos do marcado envelhecimento populacional. Actualmente, a escola da freguesia é frequentada por duas crianças.

Quanto a infraestruturas, a população é servida pela Estrada Nacional (E.N.) 112, que passa a 2 km da aldeia. A extensão de saúde fica situada na sede de freguesia onde se efectua, regra geral, consultas médicas duas vezes por semana. Relativamente ao saneamento básico, a comunidade não tem rede de esgotos domésticos, nem abastecimento público de água. Este é feito através de três chafarizes que se encontram distribuídos pela aldeia. Actualmente, os chafarizes têm fraca utilização: o reduzido número de pessoas, associado ao facto de uma grande parte das famílias utilizar paralelamente a água proveniente de furos e nascentes, fez diminuir significativamente os encontros entre os vizinhos. Esta alteração fez diminuir a função social que o chafariz manteve durante anos.

2. ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS

2.1. RELIGIÃO

A colectividade rural, experienciada como comunidade de iguais, se se considerarem elementos como a homogeneidade cultural e a impregnação dos valores de cooperação entre casas, prolonga-se simbolicamente para lá do espaço terreno de vida. “Um dos prolongamentos capitais é a rede de patrocínio divino, constituída por figuras intermédias e intermediárias da relação com o sagrado, principalmente os santos e, ... com a Virgem Maria ou Jesus Cristo” (Silva 1994:246). Faz parte do quotidiano desta aldeia o culto a todos os elementos divinos mencionados. Todas as pessoas são católicas existindo um conjunto de práticas expressivas do sentimento de fé que prevalece na população. Para a prática do culto religioso existe a capela de Nossa Senhora da Conceição, situada no cimo do “povo”. É prática ritual a celebração de uma missa ao domingo nesta capela, mas também se celebra missa durante a semana. Verifica-se uma frequência significativa da missa dominical. Só em caso de doença se verifica incumprimento das obrigações rituais mais exigidas, como a missa dominical e a confissão anual. Está patente uma rede de valores decorrente da doutrina professada pelos elementos da comunidade: o casamento é encarado como uma instituição indissolúvel, o baptismo é um sacramento exigido, a confissão é um mandamento a seguir. No quotidiano, citam-se frequentemente frases das quais emergem valores como a bondade e o perdão, como por exemplo “devemos amar até os nossos inimigos” e outras que integram total resignação e aceitação face ao sofrimento e o custo que é preciso pagar para ganhar a vida eterna; o sofrimento é encarado como condição necessária para “ganhar o céu”.

Como expressão de forte religiosidade, foi também edificado um pequeno santuário à saída de Rio Verde, na primeira curva da estrada que liga a aldeia à sede de freguesia. Designado pelas “Almas”, este mini-santuário foi construído no início do século pela família Dias Ribeiro em resultado de uma graça concedida.

Não se encontrou registo escrito com a data de construção da capela e por isso baseei-me na memória dos residentes. Todos afirmam ter sido construída alguns anos antes da escola, existindo nitidamente um consenso na data de construção, que se fixa entre os anos 1950-1952. Os santos venerados nesta capela são Nossa Senhora da Conceição, Nossa Senhora de Fátima e Santo António. Até àquela data, o culto religioso teve lugar naquela que hoje é conhecida como capela velha, situada no centro da “povo”. O seu estado exterior mantêm-se fiel à construção inicial: paredes feitas em xisto sem reboco. Quando a população passou a ter nova capela, a velha passou a funcionar como escola (já que, para esse efeito, estava a ser utilizada uma casa de habitação, desde 1940). Hoje, a antiga capela é um palheiro; quando designado pelos mais velhos é quase sempre feita referência à capela velha para facilitar a sua identificação.

Realizam-se anualmente duas festas: uma, em honra da padroeira, Nossa Senhora da Conceição e outra instituída há aproximadamente 30 anos em honra de Nossa Senhora de Fátima. O êxodo da população teve implicações na data da primeira festa, que até meados dos anos 70 se realizou no dia 8 de Dezembro. A partir de então passou a realizar-se no Domingo que se situa mais próximo do dia de Natal. Uma vez que os organizadores da festa (as pessoas mais novas que deixaram a aldeia) se encontravam dispersos pelos vários pontos do país, afigurava-se complicado realizar duas deslocações num curto período de tempo.

As pessoas desta colectividade, à semelhança de outras, podem estabelecer um vínculo religioso mais efectivo associando-se às Confrarias. Existem associados da Irmandade do Santíssimo Sacramento e da Associação do Sagrado Coração de Jesus. Para ser associado, basta inscrever o nome e pagar anualmente as quotas que são 300\$00 e 20\$00, respectivamente. Existem três associados a esta confraria: António Godofredo, Manuel do Outeiro, e Florbela. São associados da Irmandade do Sagrado Coração de Jesus todos os elementos da comunidade. Têm como benefício “duas missas de graça quando morrem” (Maria da Graça). A recolha do dinheiro para pagamento da quota a esta associação é efectuada por um representante da associação. Este trabalho durante muitos anos coube à esposa de Manuel do Outeiro, mas com a sua morte passou o marido a assumir essa responsabilidade.

Também em Maio, a população manifesta a sua fé a Nossa Senhora de Fátima através da reza do terço. Felizbela, que em tempos foi catequista, protagoniza o acto. É ela que “passa o terço”.

Passar a Sagrada Família de casa em casa, acto concretizado “desde sempre” pela comunidade, é outro elemento religioso que releva a fé da população. A Sagrada Família roda por todas as casas sempre no mesmo sentido, de forma a manter-se sempre a mesma ordem. Permanece (24 a 48 horas, às vezes mais) em cada casa, onde deve estar iluminada. Na maioria das casas ainda se verifica uma iluminação tradicional: um copo com azeite, onde se acende um pavio. Faz-se a reza em louvor da Sagrada Família, coloca-se dinheiro no orifício destinado a esse efeito e passa-se à casa seguinte.

Mencione-se ainda o facto de a linguagem popular traduzir a importância ampla e tradicional da Igreja Católica. É muito frequente ouvir empregar a saudação “Deus Nosso Senhor lhe dê muito bom dia (ou tarde)” e “Nossa Senhora a ajude”. “Até amanhã se Deus quiser” continua a ser a forma mais comum que as pessoas empregam quando não se voltam a ver no mesmo dia. A despedida tem muitas vezes a forma de “Vai com Deus”. É igualmente frequente ouvirem-se expressões de mágoa, surpresa ou ira como “Valha-me Deus, Jesus, Nossa Senhora e Credo”. Quando se mencionam os nomes de parentes defuntos, as pessoas acrescentam-lhes “Que Deus tem”.

Tudo isto são aspectos reveladores da atitude religiosa das pessoas da comunidade de Rio Verde, que permitem pensá-la como um pequeno pólo de religiosidade e sociabilidade camponesa.

2.2. CRENÇAS, MEZINHAS E SUPERSTIÇÕES

No capítulo I, ponto 2.3 deu-se especial enfoque à diversidade de práticas de carácter tradicional, ou seja, às práticas e saberes ligados à doença e à cura que não os da ciência médica, salientando-se a sua capital importância no quotidiano das populações. Seguiram-se diversos autores que analisaram profundamente esta questão, sublinhando as desvantagens do desencontro entre as práticas da “medicina popular” e a “medicina

profissional”. Foi salientada a importância das diferentes práticas que estruturam a dinâmica das relações que o indivíduo estabelece com a doença e alertou-se para a necessidade dos profissionais de saúde compreenderem estas práticas com referência aos sistemas de valores e representações que as sustentam. Há que relativizar estes processos e evitar enveredar pelo desmoronamento ou a desvalorização dessas crenças. As crenças “são normalmente um conjunto de normas específicas para cada grupo cultural, sobre o comportamento ‘correcto’ preventivo de doenças ... incluem crenças sobre a maneira ‘saudável’ de comer, beber, dormir, vestir-se trabalhar, rezar e conduzir a vida em geral. Em algumas sociedades, a manutenção da saúde inclui também o uso de feitiços, amuletos e medalhões religiosos para afastar a má sorte, uma doença inesperada e para atrair a boa sorte e a boa saúde” (Helman 1994: 72). Os processos radicam na auto-medicação, tratamentos caseiros, recomendados por parentes, vizinhos, amigos etc. Os tratamentos são normalmente veiculados por pessoas ligadas umas às outras por laços de parentesco, amizade, residência comum ou religiosos.

De facto, o ser humano face a problemas transcendentais a si mesmo, que o remetem para situações de fragilidade e para os quais não encontra solução, procura formas ou fórmulas para ser ajudado ou protegido. De acordo com Jorge Dias, a superstição é a crença em certas forças a que é preciso apelar, em auxílio do homem, ou que muitas vezes só se desejam interpretar. O instrumento que permite ao homem dominar essas forças é a magia. A magia possui determinadas fórmulas para os diferentes casos (Dias 1983).

Das minhas vivências em criança, recordo algumas práticas utilizadas pela minha avó entre as quais cito duas. Para as constipações mais complicadas (quando acompanhadas de tosse irritativa) preparava papas de linhaça (a que chamava uma cataplasma), que depois de envolvidas num pano de linho, me aplicava na face anterior do tórax ao deitar; para matar as lombrigas fazia um cordão com dentes de alho (sem casca) e à noite era-me aplicado no pescoço.

Parti da ideia de que estas ou outras práticas estariam ainda hoje a ser reproduzidas pela população da aldeia onde nasci e vivi até aos dez anos. A suposição de que grande parte das pessoas de Rio Verde têm ainda impregnada na sua mente um conjunto de crenças sobre maneiras de tratar a doença que por sua vez orientam a sua conduta,

conduziu-me para o aprofundamento desta questão. O conhecimento desta realidade ajudar-me-ia, por sua vez, a conhecer a percepção que a população tem sobre a sua própria saúde. Parti assim para a identificação de atitudes e práticas na vigilância de saúde, no sentido de explorar as atitudes e práticas em relação a problemas de saúde comuns bem como as atitudes como resultado de crenças.

Na comunidade de Rio Verde, Maria Francisca diz que o marido sabe “benzer as vistas, quando por exemplo uma pessoa bate no olho ou quando tem um “unheiro”. Adianta ainda “o meu ‘hóme’ também sabe tirar cobrantes”. Explica: ... “é quando as pessoas se queixam da cabeça ou quando secava o leite”. A mesma entrevistada refere ainda: “No caso de um cobrão os médicos não querem nada com isso. Não sabem”. “...Aquele mal é só benzer e dizer as palavras:

Pergunta-se à pessoa:

Que tens tu?

E a pessoa responde:

Tenho um cobrão

Depois benze-se dizendo as palavras:

Eu te corto cobrão, a cabeça, o rabo e a raiz do coração

Pergunta-se outra vez:

Que tens tu ?

Tenho um cobro

Eu te corto cobro, a cabeça., o rabo e o corpo todo

Repete-se a primeira pergunta e volta-se a benzer”.

Quando aparecem “frucos”, curam-se com “palha de alhas, rama de pinho seca (tem que se colocar na cantareira onde houver loiça), pólvora e azeite. Queimam-se, e à cinza juntam-se a pólvora e o azeite. “Untam-se os frucos até ‘queimar’, até que sequem. Faz-se tantas vezes quantas forem precisas até murchar. Às vezes é preciso repetir três vezes”.

Henriqueta Alegria é da mesma opinião, quando afirma: “No caso de cobrões (de sapo ou de cobra) escusam de correr para médicos”. Diz ainda como se estancava a hemorragia a uma variz. Há mais de 40 anos José Santinho, seu marido, teve aquele problema, tendo sido resolvido com a aplicação de teias de aranha na ferida.

Em Rio Verde as atitudes e práticas em relação a problemas comuns de saúde relevam um forte recurso a tratamentos caseiros. Dos tratamentos mais referidos para cada uma das situações, constam:

Para a diarreia, os caldos de farinha (farinha de trigo, açúcar e água) e o chá de tília; em situações de dor e ardor ao urinar, o chá de barbas de milho; em pequenos cortes, aplicam desinfetantes como água oxigenada, betadine, e tapam com um “trapo” ou uma compressa. Neste caso verificaram-se 5 pessoas que não fazem qualquer tratamento, usam só um trapo para estancar a hemorragia. A dor de dentes é aliviada com aguardente, a dor de garganta com o sumo de folhas de oliveira, as constipações com chá e as dores musculares e ósseas com “esfregações de água ardente”, (Quadro 2).

QUADRO 2 - PRÁTICAS CASEIRAS FACE A PROBLEMAS DE SAÚDE COMUNS (RIO VERDE)

PROBLEMAS	PRÁTICAS	RESPONDENTES
Diarreia	Caldo de farinha	6
	Chá de tilia	3
	Dieta mais leve	2
	Medicamentos	2
	Espera que passe	2
	Aguardente com muito açúcar	1
	Vai ao médico	1
Ardor e dor quando urina	Chá de barbas de milho	3
	Chá de ortiga	2
	Médico	2
Pequeno corte	Aplicam desinfetantes (água oxigenada, betadine) e tapam com um trapo ou uma compressa.	13
	Não faz nenhum tratamento quando faz uma pequena ferida	5
	Só um penso rápido	3
	Casca de fava seca para unir e depois betadine	1
Dor de dentes	Bochecha com aguardente	4
	Toma um comprimido	2
	Extraí (recorrendo ao médico)	1
Dor de garganta forte	Mastiga folha de oliveira e engole o sumo	5
	Chás quentes (folha de oliveira e de diabelhas)	3
	Leite quente	1
	Recorre ao médico	1
Cólicas	Chás de cidreira	2
Constipações	Chás (cascas de cebola, salsa, flor de sabugo, pimpenela, príncipe, cidreira, mel limão)	18
	Vinho quente com açúcar ao deitar	1
	Café quente com açúcar ao deitar	1
	Xarope e aspirina	2
Dores musculares e ósseas	Massagens com aguardente	13

Mais de metade dos entrevistados (12) acredita na capacidade que outras pessoas têm para tratar doenças, 9 não acreditam e 1 não sabe. Justificam a sua crença com base nas capacidades, saberes e certos poderes que determinadas pessoas têm para tratar algumas doenças. “No caso de um braço ‘estroçado’ o endireita é mais entendido, percebe. Cobrões também têm de ser tratados de outra maneira, e escusam de correr para médicos” (Henriqueta Alegria). “Os endireitas, aqueles que são bons, compõem os braços e as pernas” (José da Ponte). “Acredito que há qualquer coisa nessas pessoas, um poder qualquer” (Joaquina Cruz). “Não posso ir à bruxa se tiver um cancro, porque ela disse não percebe nada” (Gabriel Mota). “Coisas de entorse acredito, coisas de doenças como a da minha falecida mulher, não (António marinheiro). Nestes discursos é possível ainda captar algumas ideias que estruturam a realidade de quem os proferiu. Existe uma nítida separação entre as doenças que os médicos não podem curar e as que podem curar; de igual modo, se evidencia uma separação das doenças que só podem ser curadas por “pessoas entendidas” daquelas que somente os médicos podem curar. Por outro lado, a competência do endireita afigura-se um elemento essencial no processo de cura.

Das nove pessoas que não acreditam, três tendem a justificar a sua convicção com base nos conhecimentos que os profissionais de saúde têm em relação a outras pessoas que tratam doenças: “Porque eles (médicos) estudam para saber o mal que nós temos” (Guiomar). “As pessoas que estudam terão mais conhecimentos a respeito das doenças” (Francisco Marques).

Face à pergunta “acha que às vezes é preferível recorrer ao endireita, ao curandeiro ou à bruxa” dezoito responderam sim, dois responderam não e outros dois, talvez. A bruxa e mais frequentemente o endireita foram efectivamente recursos utilizados: quinze pessoas já foram ao endireita e quatro já recorreram à bruxa.

2.3. COSTUMES TRADICIONAIS

Numa comunidade rural, a sua organização básica passa pela família, pelas relações de vizinhança, bem como pela circulação de bens, serviços e de técnicas utilizadas. Neste contexto o trabalho é mais um factor de conhecimento interpessoal e de entreajuda.

Embora se verifique uma certa evolução no que concerne a alguns meios utilizados para a realização de determinadas tarefas agrícolas, ainda se mantêm algumas cuja técnica utilizada é predominantemente manual, continuando a ser efectuadas da mesma maneira que há quarenta, cinquenta ou cem anos atrás. É o caso das debulhas. Praticamente todas as famílias produzem milho em maior ou menor quantidade. As debulhas são um trabalho comunal, para o qual é solicitada ajuda a cada família. Não é necessário que todos os elementos da família estejam presentes, mas cada casa deverá fazer-se representar. Esta é uma das principais trocas diádicas do tipo *tornajeira*. *Tornajeira* resulta da conjugação das palavras *torna* que sugere a ideia de troca ou retribuição e *jeira* que significa a dias. “A junção dos dois termos na palavra *tornajeira* tem o significado muito concreto de ‘uma troca de um dia de trabalho’ entre dois aldeãos que não envolva qualquer transacção monetária. Troca-se trabalho e tempo, e não dinheiro”(O’ Neill 1984: 178). *Tornajeira* é uma forma de obrigação recíproca que se mantêm entre as famílias desta aldeia.

Em Rio Verde nenhuma casa é uma ilha isolada e para sobreviver é obrigada a depender de outras famílias. Cada família é, em si mesma, insuficiente em equipamento e recursos de trabalho, sendo-lhe impossível funcionar sozinha. Uma vez que o elemento fundamental para a produção agrícola é o trabalho braçal, sendo este cada vez mais reduzido e apresentando-se progressivamente com menos força, verifica-se maior necessidade de recorrer ao trabalho por troca e à entre-ajuda constante. Como dizia Fernanda Campos, a sorrir: ...”hoje fui ajudar o t’ Zé Dentinho a apanhar uma batatas; ele há-de ajudar o meu ‘hóme’ a pregar um caibro.” De facto, cada casa não se preocupa apenas com a realização das suas tarefas agrícolas mas também com as dos outros, porque cada um deles depende igualmente das pessoas que com ele colaboram. Este espírito de troca e entreajuda é particularmente visível no trabalho estendendo-se às alfaias,

aos animais e muitas vezes às refeições (durante ou depois do trabalho), mas também a processos mais difíceis de enfrentar, como a doença e a morte.

Maria da Graça declara: “quando estive doente em Coimbra, ofereceram-se para fazer a limpeza da casa e as pessoas iam ter às hortas para ajudar o meu ‘hóme’ a fazer o serviço”. Também no caso de morrer algum membro do agregado familiar, ninguém precisa ter a preocupação de confeccionar alimentos nessa casa. Cada uma das restantes casas se encarrega de ir levando uma cesta com comida. Essas famílias que nesses dias são mais alargadas pela chegada de familiares e parentes, acabam por ter à sua disposição fartura e variedade de pratos onde não falta o pão, bolos, fruta e bebidas. De facto, são gestos peculiares, ricos de significado, e, sobretudo facilitam notavelmente a vida das famílias nestes dias.

2.4. COLECTIVIDADES

A Casa do Povo é a única colectividade que existe em Rio Verde. A sua construção data de 1980, período em que o êxodo da população se afigurava uma realidade evidente e incontrolável. A ideia de se construir uma Casa do Povo em Rio Verde nasce no seio de famílias situadas na faixa etária mais jovem, então fixadas em diversas regiões do país, onde num relativo curto período de tempo já haviam prosperado economicamente.

Movidos pelo conhecimento de outras realidades experimentadas por outras aldeias, sensibilizados para os benefícios que esta instituição podia trazer aos elementos da comunidade e, muito provavelmente, movidos pelo desafio de implementar na sua aldeia, algo de diferente e novo, podendo com isso comprovar as suas qualidades dinamizadoras e o seu valor social, certo é que, dependente ou independentemente de cada um desses motivos, a ideia foi concretizada. Mas não só com a vontade desse grupo mais jovem: Neste processo verificou-se o envolvimento e a participação de famílias residentes na aldeia. A escolha destas famílias por parte dos elementos “de fora”, parece não ter acontecido ao acaso, na medida em que incidiu precisamente em pessoas pelas quais a comunidade em geral mantinha uma certa consideração individual e social. Seria suposto que a aceitação do

cargo por parte elementos que assumiam uma posição de prestígio na aldeia, facilitaria de algum modo, a concretização da obra.

Assim surgiram os quatro elementos que deram corpo à Comissão Fundadora da Casa do Povo: dois com residência em Rio Verde, um com residência em Castelo Branco e outro a residir em Lisboa. Na composição da referida Comissão entraram apenas elementos do sexo masculino. É fácil compreender a ausência da mulher neste tipo de actividades sociais, ainda mais porque se está num meio rural. A não assunção deste papel pela mulher enquadra-se nas normas vigentes deste tipo de comunidades. O afastamento da mulher é perfeitamente justificado pela aceitação e reconhecimento social, de que este papel deve ser desempenhado pelo homem porque é ele o elemento mais conhecedor destes assuntos e, por isso, mais apto para dinamiza processos que exigem o estabelecimento de contactos com o exterior e implicam trabalho burocrático, onde a mulher não penetra. A obra executou-se com o recurso a diferentes estratégias: peditórios aos elementos da comunidade, participação da Câmara Municipal de Oleiros e contracção de um empréstimo à padroeira da aldeia.

Com a Casa do Povo a população passou a usufruir de um espaço próprio para finalidades diversas, mas sobretudo, para funções recreativas e sociais. Já foi salão para servir refeições de casamento, para declinar e fazer avançar projectos florestais, que exigiam parecer prévio e ou envolvimento dos elementos da colectividade. Desde a sua existência que mantém uma utilização bianual, aquando da comemoração das duas festas religiosas. Nesses festejos é fundamentalmente espaço de convívio social: serve de palco para os actores que participam nos bailes, mas também dá lugar aos espectadores que simplesmente desejam apreciar e conversar.

É durante aqueles bailes que se continua a reproduzir a dança típica da aldeia “a moda da raspadinha”. Merece destaque pela sua originalidade e diferença, em relação à popular dança folclórica. A raspadinha parece identificar-se mais com o tipo de dança irlandesa do que com o folclore popular português.

Todavia, a utilização frequente da Casa do Povo prende-se com a realização de convívios sociais promovidos por algumas famílias distribuídas pelos diversos pontos do país. Esses convívios têm 9 anos de existência e ocorrem trimestralmente; as datas foram

determinadas para coincidirem sempre com os últimos sábados dos meses de Dezembro, Março, Junho e Setembro. A morte ou outra situação dolorosa que eventualmente ocorra em algum dos membros da colectividade são sempre motivos para suprimir temporariamente a sua realização.

2.5. HABITAÇÃO

Suzane Daveau distingue dois grandes tipos de casa rurais, “a do Norte, construída em geral de pedra e que reúne, nas suas formas elementares, a ‘loja’ funcional no rés-do-chão e a habitação no primeiro andar, e a do Sul, de taipa cuidadosamente caiada, em geral sem andar e com casa de habitação separada dos anexos funcionais” (Daveau 1995: 148).

As casa antigas de Rio Verde enquadram-se totalmente nas características da casa do Norte. Apresentam dois pisos: loja térrea para animais e guarda de alfaias e produtos agrícolas e o sobrado ou primeiro andar destinado à habitação, com a cozinha e os quartos mas independentes. As paredes são construídas em xisto, já que este constitui o elemento geológico dominante, sem reboco. Umas já se encontram em ruína, outras num estado avançado de degradação. A maioria das casas tradicionais, apresenta cobertura com telha romana, com beirais de “folhas” de ardósia sobrepostas. As restantes casas foram submetidas a obras de beneficiação no sentido de aumentar a sua área e proporcionar maior conforto. Com estas obras, a casa tradicional deu lugar a construções de cimento, algumas pintadas de cores berrantes, atenuadas pelo decorrer do tempo, outras revestidas de azulejos onde as portas e caixilharias de madeira, foram em muitos casos, substituídas pelo alumínio e pelo estore de plástico. Esta remodelação contribuiu para a descaracterização progressiva da povoação. Não obstante, oferece, indiscutivelmente, mais conforto às actuais casas do que a casa tradicional beirã. Um conforto no meu entender situado muito aquém do desejável. Nota-se uma forte desigualdade entre as casas de Rio Verde (à semelhança do que acontece noutros meios rurais pobres) e as casas que obedecem ao planeamento físico interior e exterior, que se impõe no meio urbano.

À excepção de duas casas que apresentam três pisos as restantes são compostas de dois pisos com planta regular e com telhados de duas águas.

A grande maioria das casas têm uma escada exterior com um balcão frente à porta. Estes balcões ainda mantêm uma função social importante, na medida em que aí se passam horas de descanso e lazer; ao fresco no verão, ou aproveitando résteas de sol quando o tempo refresca. Virados para a rua, permitem comunicação fácil com o exterior: as pessoas vêem-se, saúdam-se e retêm-se. Pode ser um espaço em que simplesmente ocorrem momentos breves de conversação, ou então, servir para longas conversas, onde os mais disponíveis se juntam àqueles que, pelos suas incapacidades físicas, dificilmente se encontram com os vizinhos noutros sítios. É sempre um espaço que dá lugar à maior ou menor interacção, onde se verificam momentos mais ou menos intensos de sociabilidade.

Registe-se o facto da última construção nesta aldeia ter ocorrido há aproximadamente 20 anos. O significado é obvio e parece traduzir uma rejeição unânime e definitiva por parte dos nativos de Rio Verde.

As pessoas desta zona, até há relativamente pouco tempo, atribuíam pouco valor à habitação. A maioria das famílias, inclusive as de maiores posses, tinham casas exíguas, cujo recheio era mínimo e de características pobres. Na distinção entre famílias remediadas e pobres não se valorizava tanto o critério a casa de habitação, mas sim o número e a extensão de propriedades agrícolas e de terrenos florestais. Era tido como vergonha a apresentação de terrenos incultos ("de relva"), e por isso todos os elementos da família, incluindo as mulheres, deviam reservar o maior tempo possível ao amanho da terra. As próprias mulheres teciam críticas, quando uma ou outra mulher relegava para segundo plano as tarefas agrícolas para se dedicar ao cuidado da casa. Hoje, as pessoas mais velhas, ainda citam o ditado popular expressivo da valorização atribuída à terra nesta região: "Casa onde caibas, fazenda que não saibas".

FOTOGRAFIA 3 – CASA TRADICIONAL DE RIO VERDE



FOTOGRAFIA 4 E 5 – O BALCÃO DA CASA COMO ESPAÇO DE DESCANSO E OBSERVAÇÃO

- 4 -



- 5 -



3. ACESSIBILIDADE

3.1. REDE VIÁRIA E TRANSPORTES

Para analisar a acessibilidade é necessário ter em conta três factores: a distância, as características da infra-estrutura viária e os transportes públicos existentes. A descrição que a seguir se apresenta, foi efectuada tendo por base estes elementos.

A ligação rodoviária com o exterior da aldeia é assegurada por uma Estrada Municipal em razoável estado de conservação que por sua vez tem ligação com a Estrada Nacional 112. A população dispõe de uma camioneta, que resulta da ligação rodoviária Inter-Distritos, Castelo Branco–Coimbra, efectuando-se só em dias úteis, com uma circulação em cada sentido. Isto significa, que, sábados, domingos e feriados a população está impedida de sair nas direcções atrás referidas (Castelo Branco ou Coimbra). A saída da população para o Concelho encontra-se ainda mais agravada, porque, só existe uma camioneta a ligar o concelho com a aldeia. Essa ligação verifica-se às segundas-feiras pelas 6 horas e 20 minutos. Como já havia referido circulam a 2 km da aldeia.

Actualmente a acessibilidade da Freguesia e do Concelho pode considerar-se bastante melhorada em relação há um ano atrás. Embora a distância a que se encontra do concelho e as características da estrada (E. N. 112) lhe confirmam ainda uma relativa reduzida acessibilidade, existe um Caminho Municipal de 15 - 20 Km, alcatroado, que a liga ao concelho, reduzindo assim significativamente o tempo do percurso. No tocante à acessibilidade ao Distrito, também não é muito adequada devido a traçados relativamente sinuosos e antiquados. Toda a rede Concelhia e a própria Sede do Concelho têm uma fraca acessibilidade rodoviária em termos nacionais, devido à sua localização excêntrica à rede principal do País. Nenhum Itinerário Principal ou Complementar definido na rede nacional passa no Concelho.

Em termos de transporte público rodoviário existe só um operador que actua no Concelho, a Rodoviária da Beira Interior. A única carreira regular que passa na freguesia, resulta da ligação rodoviária Inter-Distritos, Castelo Branco-Coimbra. Efectua-se

diariamente, uma circulação em cada sentido. Entre Cambas-Oleiros, não há nenhuma ligação directa. Como alternativa existem o taxis em todas as freguesias.

Perante a conjuntura atrás descrita comprova-se que o sistema de transportes que serve a aldeia e freguesia à semelhança do implementado no concelho reflecte uma elevada situação de carência.

A rede viária do Concelho de Oleiros é constituída por várias Estradas Nacionais, que asseguram as ligações mais importantes ao exterior e também as principais ligações internas, e por Estradas e Caminhos Municipais, que efectuam ligações secundárias ao exterior ao exterior e asseguram ligações internas complementares. As principais ligações à rede viária exterior são feitas actualmente através das E.N.s 112, 238, 350 e 351, destacando-se a importância das E.N. s 112 no sentido (Sueste), 238 e 351 como vias de ligação aos principais pólos de nível local, regional, nacional e também à rede internacional. Dada a sua localização e atendendo às significativas carências em termos de vias principais, a acessibilidade externa do Concelho é muito reduzida, o que tem constituído um importante factor limitativo do seu desenvolvimento económico e social. São de salientar as más condições oferecidas pela via que liga Coimbra a Castelo Branco.

Ao nível interno, as características geométricas de certas vias, de construção muito antiga e frequentemente inseridas em terreno acidentado e o estado em que se encontram os pavimentos de grande parte da sua extensão constituem, igualmente, um óbice às deslocações motorizadas intra-municipais. Assim, pode afirmar-se que as acessibilidades internas são máximas na zona Poente do Concelho (onde se situa a respectiva Sede, único polo gerador de tráfego com expressão significativa), principalmente em virtude da maior densidade viária a dessa zona.

Nas restantes zonas do Concelho, à excepção da zona Nordeste, a acessibilidade pode considerar-se muito reduzida, tanto pela deficiente qualidade das vias existentes como pela menor densidade de ligações.

Na referida zona Nordeste, onde se situam os dois aglomerados do nível secundário da zona urbana do Concelho - Estreito e Orvalho - possui uma acessibilidade moderada, atendendo à relativamente maior densidade viária da zona e ao nível hierárquico das principais vias que a servem (E.N. s 112 e 238).

3.2. REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA COMUNIDADE SOBRE OS VECTORES ACESSIBILIDADE E ISOLAMENTO

Todos os elementos acabados de referir no ponto anterior constituem uma entidade visível; são, de facto, elementos objectivos. A partir deles não parece haver dúvida que a comunidade de Rio Verde se encontra numa situação de difícil acesso aos diferentes serviços com os quais precisa de se articular. Todavia, ao lado destes dados, está a forma como as pessoas vivem e sentem esta realidade; fiz questão em conhecê-la. Nesse sentido equacionaram-se questões de forma a dar voz aos que se confrontam com a realidade atrás descrita.

Assim, quis saber se cada um dos entrevistados sente necessidade de sair da aldeia para outras localidades, quais as situações que motivam a necessidade de sair para o exterior da aldeia, se deixam por resolver assuntos importantes pelo facto de não ter transporte público na aldeia e como resolvem as situações. Colocaram-se ainda duas questões para saber o que representa sair da aldeia para outras localidades e o que significa estar isolado.

Face à primeira questão, constatou-se que dezassete pessoas sentem necessidade de sair, duas pessoas raramente sentem essa necessidade e três não sentem necessidade. Dois dos que não acusam necessidade de sair da aldeia são muito idosos e um encontrava-se doente com acentuada limitação física¹.

As principais situações a motivar a saída para o exterior prendem-se com factores de várias índoles: religiosa (participação em funerais, ofícios, missa que ocorrem na sede de freguesia e outras aldeias próximas), assistência à saúde (consultas médicas e actos de enfermagem - pensos e injeções), comercial (compra de produtos nas feiras), burocrática (finanças, caixa agrícola, bancos) e familiar e social (visita de filhos e parentes próximos, visita de doentes nos hospitais).

Existem quatro pessoas a não resolver algumas destas situações pela ausência de transporte público na aldeia. Estas pessoas remetem-se para discursos do tipo: "Já não posso subir o enfesto e muitas vezes deixo de ir ao mercado. Logo às vezes, bem precisava

¹ (faleceu em Novembro)

de ir às feiras para poder escolher roupa, calçado ...são coisas que a gente tem que experimentar e que é preciso de tempos em tempos comprar. Precisava de ir e muitas vezes não vou” (Maria da Graça). De facto, há artigos referidos como necessidade que não se encontram à venda nas tabernas da aldeia e por isso a aquisição desses produtos é uma das razões bastante evocadas. A falta de forças referida limita cada vez mais as saídas. Por outro lado, a visita a familiares é também por parte de alguns adiada: “quantas vezes deixo de sair por não ter transporte, principalmente para ver os filhos que estão longe” (Joaquina Cruz). Quando a necessidade de sair está relacionada com a aquisição de certos produtos como alimentos, medicamentos, etc., recorre-se com frequência ao vizinho e ao carteiro. Outra alternativa é o aluguer do táxi que se procura seja em conjunto com outros vizinhos para atenuar o preço.

Várias pessoas referem grande dificuldade para se deslocar ao Concelho: a camioneta circula apenas uma vez por semana às 5h e 30m (fora da aldeia como se sabe).

À questão formulada sobre o que representa ter que sair da aldeia uma vez que a camioneta não passa na aldeia, obtiveram-se respostas que se situam em três índices de dificuldade: representa muita dificuldade (ou problema) para seis pessoas, alguma dificuldade para sete pessoas, e não representa dificuldade para nove dos entrevistados.

Referem muita dificuldade e alguma dificuldade os que apresentam problemas em andar e um caso particular por inadaptação aos veículos automóveis. Por isso, sentem o acto de sair como “um grande incómodo” e para Francisca e Felizbela o problema é sentido como uma “doença”, uma “aflição”. A primeira porque “não se dá nos carros” e a segunda porque só se desloca com duas muletas, “tem muito medo de cair por lá sozinha”. O facto de estar fora da aldeia fá-la sentir “desamparada” “insegura” e “nervosa”. Ainda de entre os que referem muita dificuldade, vários foram aqueles a acusar a questão económica, devido à utilização frequente de táxi para recorrer a consultas médicas. Deve sublinhar-se o facto de que, para outros, apesar de se verificar grande dificuldade em andar grandes distâncias, sair da aldeia não representa grande dificuldade; situam-se numa atitude de aceitação perante os factos e contam com a ajuda de filhos e vizinhos, para resolver afazeres no exterior. Recorrem poucas vezes a consultas.

Também em algumas destas pessoas se nota uma atitude de resignação; o facto de nunca terem conhecido outra realidade melhor, contribui para uma maior aceitação do problema. Expressões como “o que é que a gente há-de fazer? Já se cá encontrou isto assim!...”, são o exemplo perfeito dessa atitude. Há uns que sentem o problema como “aborrecimento, porque se deixa a vida por arranjar” e porque já tem deixado de ir ao médico por não ter transporte quando não está muito em condições de ir a pé (Virgínia). Apesar de alguns manifestarem alguma dificuldade em sair da aldeia, acabam por demonstrar uma certa preparação psicológica em relação à situação e conferem às situações que têm de resolver fora da aldeia um carácter não urgente: “não vamos quando queremos, vamos noutro dia. A não ser por problemas de saúde, o resto não se faz num dia faz-se noutro (Francisco Marques)”. “Não tendo transporte temos de contar com o tempo da viagem a pé; é o tempo que for preciso nesse dia; já se está habituada...” (Henriqueta Alegria). As pessoas já sabem que têm que reservar tempo “para essas coisas”, e é com isso que contam.

Não representa dificuldade sair da aldeia para quem tem facilidade de andar a pé, “enquanto puder caminhar não me mete medo andar daqui para fora, e, depois há sempre pessoas conhecidas que dão boleia (Manuel do Outeiro); para quem revela pouca necessidade de sair “nunca precisei muito de andar em viagens a minha vida foi sempre aqui”(João Alvito); para quem atribui carácter não urgente à maioria das situações que motiva as saídas, “vamos quando queremos e podemos ...se não é num dia é no outro” (José da Murta) e para quem a solução adoptada não parece constituir problema, “resolvo tudo o que é preciso; vou a todo o lado onde quero ... alugamos um taxi quando é preciso ir ao mercado. Juntamo-nos três ou quatro pessoas e alugamos um carro. Temos que arranjar o transporte, procura-se a melhor maneira” (Maria da Luz). Embora sair da aldeia não represente dificuldade, muitos deles sublinham a necessidade de uma camioneta na aldeia.

À laia de conclusão, pode afirmar-se que a maioria das pessoas manifestam necessidade de sair da aldeia por razões religiosas, de assistência à saúde, comerciais familiares e sociais. Manifesta-se limitação e impossibilidade de resolver algumas tarefas fora da aldeia. Evidenciam-se sobretudo custos humanos e económicos para concretizar essa tarefas. O custo em tempo parece ser o menos sentido.

O facto de não se verificar facilidade no que concerne à obtenção dos diversos serviços e ao conjunto de processos interactivos que a população necessitaria ver concretizados levou-me a pensar que as pessoas da comunidade de Rio Verde se sentiriam isoladas. Daí que tivesse equacionado uma questão no sentido de apurar respostas para esclarecer este pressuposto. A realidade sentida afasta-se daquilo que havia suposto. Na verdade, a maioria das pessoas não se sentem isoladas nem em relação à família nem em relação aos vizinhos. Sentem os efeitos da distância a que se encontram dos filhos (ou parentes próximos) pois não é possível uma convivência diária; assiste-lhes por isso alguma tristeza. No entanto, os contactos telefónico e escrito e as visitas são um suporte emocional, contribuindo significativamente para afastar a sensação de isolamento. Os discursos caem quase todos em teores semelhantes a este “A gente está longe um do outro (refere-se à filha), mas não me sinto isolado, porque ainda bem não telefona-me, e eu também lhe telefono; faz de conta que não é isolamento. Eu falo para ela, ela fala para mim e assim se desabafa um bocadinho... e depois, nós aqui visitamo-nos uns aos outros e vêmo-nos de amiúde, convivo muito aqui com o ..., e com toda agente. Mesmo no trabalho, ajudamo-nos muito e por isso não sinto isolamento ” (José Dentinho, viúvo). Em relação aos vizinhos, à excepção das pessoas que manifestam dificuldade em manter uma proximidade mais frequente com aqueles, devido a problemas de saúde, os restantes também não se sentem isolados. A confirmá-lo fica também o testemunho de Fernanda Campos “Não porque os encontro, falamo-nos, convivemos. Conversamos uns com os outros. Nós aqui é como seja toda a gente de família. Somos uma vizinhança muito dados uns para os outros...”.

A última questão, com a qual se pretendia saber o significado de isolamento trouxe respostas que me fizeram reflectir profundamente sobre o assunto.

Para sete pessoas isolamento é uma expressão vazia de significado. É oportuno referir que, de todas as perguntas efectuadas neste estudo, esta foi a única em que várias pessoas manifestaram “dificuldade” em descodificar o termo: “eu não sei bem o que é isso...eu não sei explicar essa coisa de isolamento....,” Verifiquei *a posteriori*, com o desenvolver dos discursos, quando procuravam definir o conceito, que a dificuldade anunciada constituía uma pseudo-dificuldade. Estava relacionada com o facto de nunca se terem sentido isoladas e, por isso, “isolamento” nunca passou de uma abstracção. “No nosso



sítio, aqui, estamos isolados e não estamos. ...Mas aqui o nosso sítio é mais saudável; para mim é melhor. A cidade tem mais barulhos, e aqui descansa-se mais. A cidade para mim é mais ruim do que aqui. Não sei bem explicar essa coisa de isolamento. ...Aqui, assim, de estar muito abafado? abafado, longe dos outros, aqui?... Por acaso até me sinto muito bem.” (José Dentinho). Neste depoimento, o entrevistado evidencia os inconvenientes da cidade, vê na aldeia o seu espaço privilegiado. Não lhe atribui causa para o isolamento; confere-lhe factor de bem-estar. Na aldeia encontra um grande valor – o silêncio – a proporcionar-lhe descanso. Também José António afirma: “eu nunca estive isolado; isto aqui é um descanso... não sei dizer muito bem porque nunca tive. Mas acho que é uma coisa triste”. A lógica deste discurso é semelhante. Dele emerge também um sentido positivo atribuído à aldeia: o valor é o descanso.

Para quinze pessoas o termo isolamento assume significados “concretos”, relacionados com diferentes realidades e conceitos:

- É visto como o resultado de doença, impossibilitando a pessoa de sair de casa e de “andar de um lado para o outro”; conduz neste caso à tristeza. É a perspectiva dos que apresentam mais limitações físicas.
- Está relacionado com a falta de alguém “não ter ninguém com quem conversar e a quem recorrer”.
- É associado ao número reduzido de pessoas na aldeia e à falta de transportes (por 3 pessoas) “...Já tenho pensado esta povoação está despovoada: as pessoas o que é que lhe acham para sair de cá para fora? Depois penso melhor e o certo é que cá não há onde se ganhe nada, por isso foge tudo para onde há empregos. Ficaram os velhos, isolados. ... Está aqui uma pessoa isolada, isolada de todo. ...Depois é uma coisa triste querer sair e não haver transporte para um lado qualquer quando é preciso, ter que andar sempre a alugar carros. Faz muita falta um transporte. Bem, mas com tudo isto, gosto de cá viver, sinto-me cá bem é onde me sinto melhor...mas sinto-me isolada. Não podemos sair quando queremos, quando precisamos” (Maria da Graça).

Para a maioria das pessoas significa tristeza, independentemente do elemento gerador de isolamento.

Capítulo II

O TECIDO SOCIAL

Neste capítulo procede-se ao estudo da evolução da população da freguesia de Cambas num quadro comparativo relativamente às seguintes características: variação populacional, emigração, estrutura etária e composição por sexos, envelhecimento e capacidade de substituição de gerações. Utilizam-se alguns dados demográficos até ao XIII Recenseamento Geral da População inclusive, e recorreu-se à informação contida no Plano Director Municipal de Oleiros (P. D. M.) vol. II. 1995.

Procurou-se obter um quadro comparativo estabelecendo determinadas relações com o Concelho, e a Região.

1. EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DA FREGUESIA 1864 / 1991

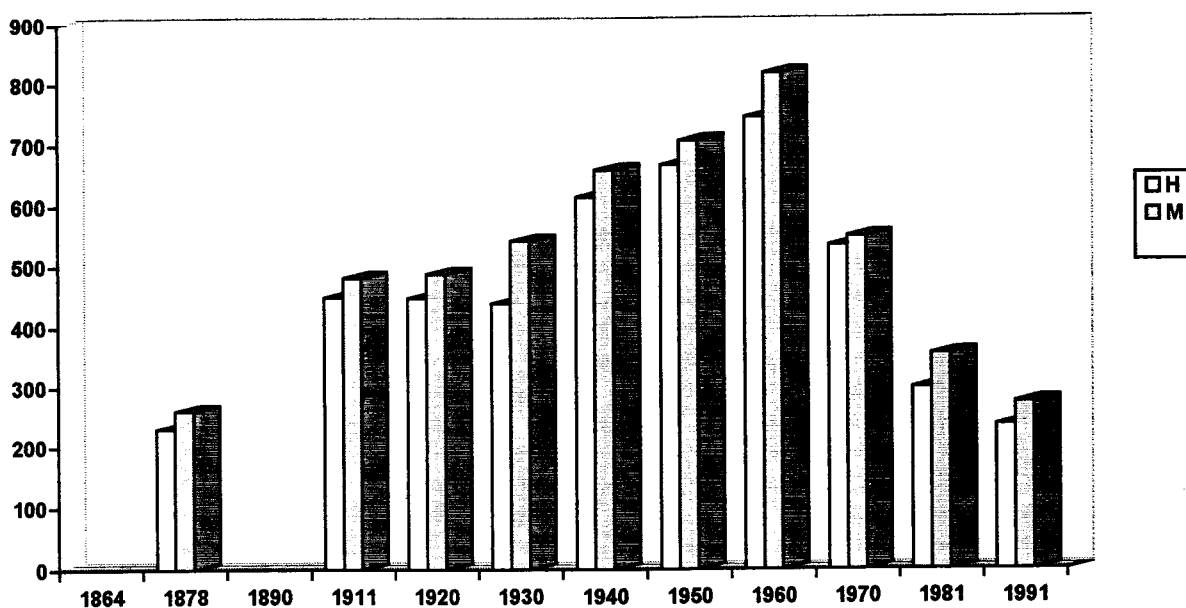
Os dados do quadro 3, traduzem uma população maioritariamente feminina, que provavelmente estará relacionada com o fenómeno da sobremortalidade masculina. O gráfico 1 e 2 traduzem um ritmo de crescimento ascendente até 1960, período em que a população quase triplica; facto que pode ser explicado pela declínio das taxas de mortalidade, associado à manutenção das taxas elevadas de natalidade.

A partir dessa altura, regista-se um acentuado decréscimo populacional. É ainda de salientar a redução abrupta da população entre os anos 60 e 80: em 20 anos viu-se reduzida em mais de 2/3 o que significa que a saída de indivíduos foi uma realidade constante na freguesia a que pertence a aldeia de Rio Verde.

QUADRO 3 - EFECTIVOS POPULACIONAIS DA FREGUESIA DE CAMBAS

Anos	H	M	Totais
1864			471
1878	231	261	492
1890			681
1911	449	481	930
1920	448	488	936
1930	439	542	981
1940	615	659	1274
1950	667	707	1374
1960	745	818	1563
1970	535	550	1085
1981	301	356	657
1991	237	276	513

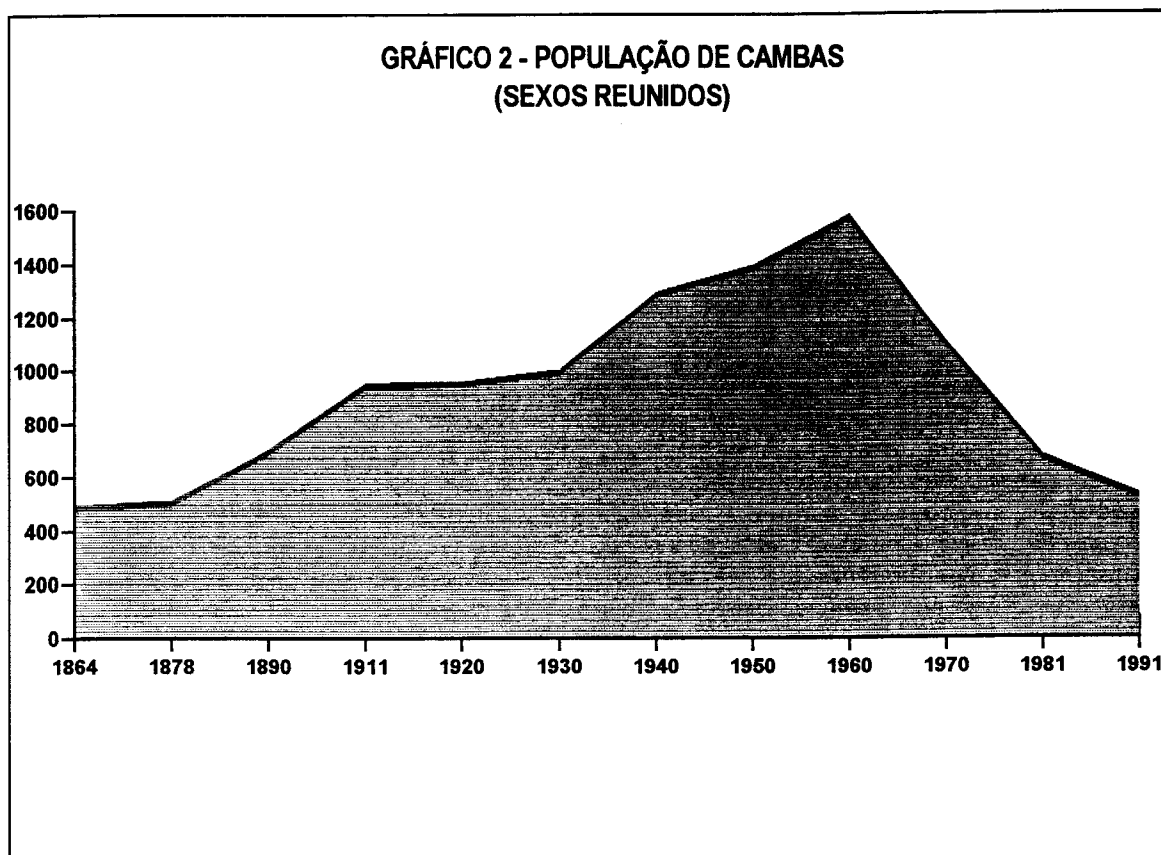
GRÁFICO 1 - POPULAÇÃO DE CAMBAS POR SEXO



Fonte: Quadro 3

Nesta curva (Gráfico 2), registou-se para os primeiros 80 anos um aumento progressivo mas lento da população, traduzido num certo equilíbrio demográfico muito provavelmente à custa de elevadas taxas de mortalidade ligadas a fortes natalidades.

Nos 30 anos seguintes a população cresce mais rapidamente atingindo o seu ponto máximo nos anos 60, seguindo-se um rápido e acentuado decréscimo nos últimos 30 anos.



Fonte: Quadro 3

Nesta freguesia registaram-se três vagas migratórias. A primeira deu-se na década de 50 com a saída de algumas pessoas para Angola. Foi pouco significativa pois o número de pessoas que partiram foi muito reduzido. A construção da ponte sobre o Zêzere entre 1940-1949 e a exploração de resina iniciada em 1938 recrutaram muita mão-de-obra, impedindo a saída de população. A partir da década de 60, inicia-se o esvaziamento da população com destino a França. Nos finais desta década até meados de 70, as saídas passaram a ter como principal rumo a Suíça.

Em Rio Verde, as migrações encaixam-se no mesmo período, distribuindo-se em maior número pela França, e no caso dos filhos de algumas famílias, pelos Estado Unidos e

Canadá. Apresenta-se no quadro 4 o fenómeno migratório das famílias que actualmente vivem na aldeia, implicadas neste processo sem fazer referência aos filhos. Esta será feita através da apresentação do diagrama familiar de todas as famílias que constituem a comunidade. Das dezanove famílias que a compõem, apenas seis não emigraram.

QUADRO 4 - PROCESSO MIGRATÓRIO DAS FAMÍLIAS RESIDENTES EM RIO VERDE

FAMÍLIAS	DESTINO	DÉCADA	Nº ANOS FORA	INVESTIMENTO
C	França	65 - 88	23	Terrenos florestais; hortas
D	França e Alentejo	62 - 85	23	Não investiu
F	França	64 - 77	13	Hortas; oliveiras; obras de beneficiação da casa
G	Lisboa, Porto, Coimbra	49 - 54	5	Terras
H	França	69 - 85	23	Fazenda; obras na casa
I	França	64 - 75	11	Fazenda e obras na casa
L	Angola	60 - 62	2	Sustento dos filhos, 1 courela de pinhal
M	França	63 - 83 (marido) 71 - 83 (esposa)	20 12	Terras; obras na casa; floresta; dois andares
N	França	64 - 75	11	Sustento da família; compra de terrenos agrícola; obras na casa
O	França	64 - 75	11	Sustento da família; compra de terrenos agrícola; obras na casa
Q	França	60 - 90 (pai) 92 - 93 (filho)	30 2	Sustento da família terrenos; obras na casa.
R	Lisboa, Faro, França	No país 48-66 Fora do país 66-81	18 15	Sustento da família; terrenos florestais; obras na casa
T	França	64 - 70	6	Floresta; e obras de beneficiação da casa

Fonte: "Levantamento de Rio Verde" (1996/1997)¹

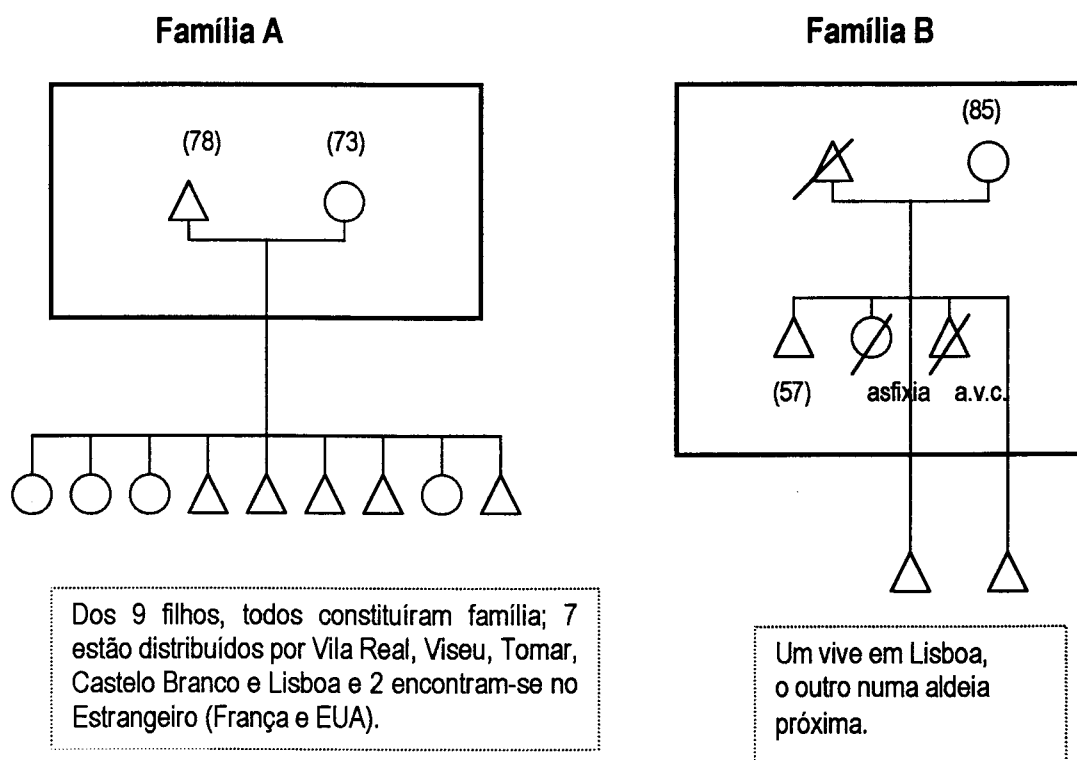
¹ Todos os quadros que a seguir se apresentam têm como fonte o Levantamento de dados efectuado em Rio Verde, pelo que, nos próximos quadros será omitida.

3. AS FAMÍLIAS DA COMUNIDADE DE RIO VERDE

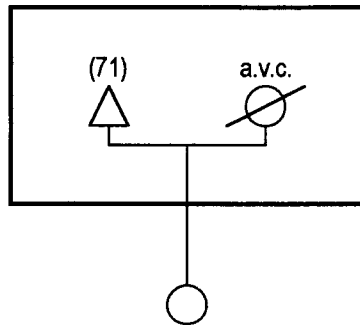
O actual número de famílias da comunidade de Rio Verde e a sua constituição é uma expressão óbvia do duplo envelhecimento verificado ao longo dos últimos trinta anos. O envelhecimento progressivo da população, consequência da emigração e da não renovação da população, implicou quebra do número de nascimentos na aldeia. A última criança nasceu há nove anos. De facto, basta uma observação atenta do diagrama familiar e sobressai que, das 19 famílias, existem treze onde todos os elementos têm mais de 65 anos, dezasseis têm na sua composição um elemento com mais de 65 anos e não existe nenhuma família com crianças ou adolescentes. O elevado número de pessoas a viver sós (8) como resultado de viuvez e de não terem casado, evidencia um conjunto de famílias sem núcleo familiar e em fase de dissolução.

Existem actualmente dezoito casas “definitivamente” fechadas devido à morte dos antigos proprietários. Nos diagramas seguintes entre parêntesis indica-se a idade das pessoas.

DIAGRAMA 2 – DIAGRAMA FAMILIAR 1

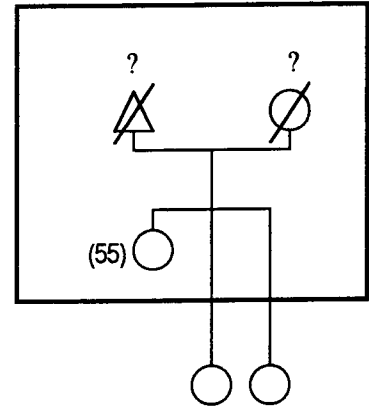


Família C



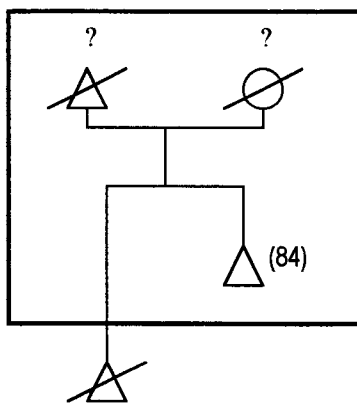
É casada e vive em França.

Família D



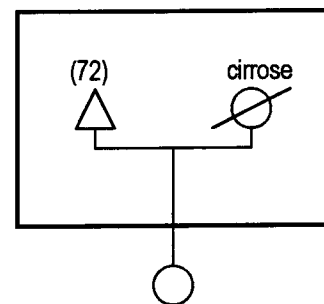
São casadas e vivem em França

Família E



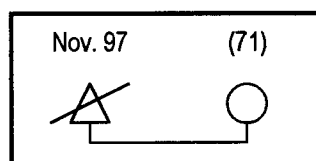
Tem sobrinhos a residir em Lisboa.

Família F



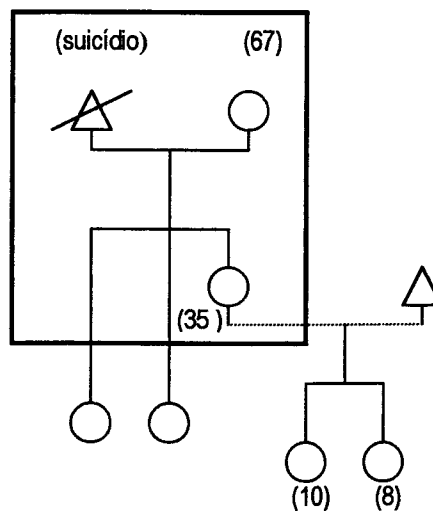
É viúva e reside em Castelo Branco

Família G



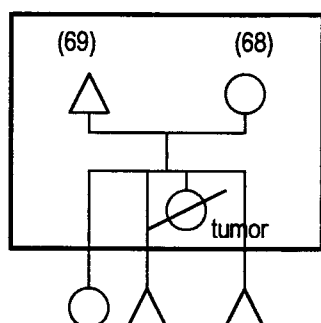
Tem uma sobrinha a viver na aldeia

Família H



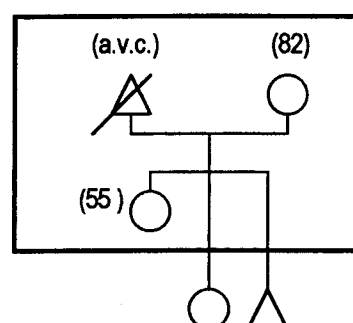
As crianças, a partir do início do ano lectivo de 96 passaram a estar ao cuidado de uma tia e da Assistência Social. Neste momento encontram-se num colégio (próximo de Fátima). Vêm passar as férias com a mãe. Das filhas que vivem fora uma é casada e vive numa aldeia próxima e a outra é solteira e está em França.

Família I



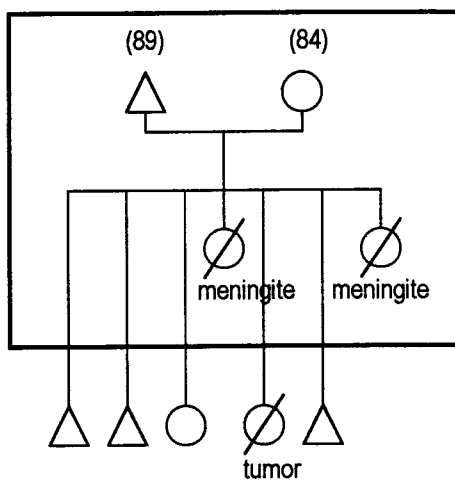
São todos casados e vivem em aldeias próximas.

Família J



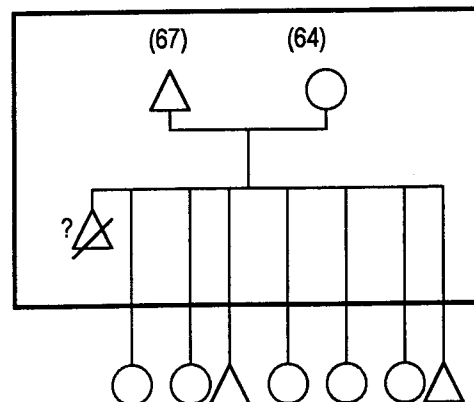
Os dois filhos são casados e residem em Lisboa

Família L



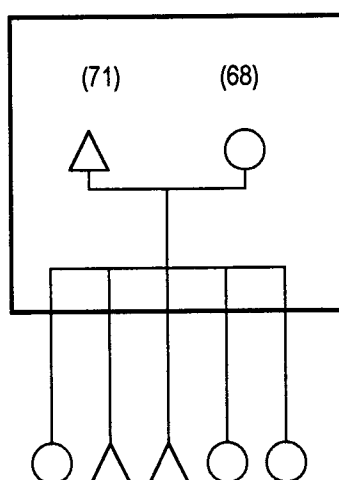
Três são casados e um é separado. Dois vivem em França, um em Lisboa e o outro no concelho de Pampilhosa da Serra.

Família M



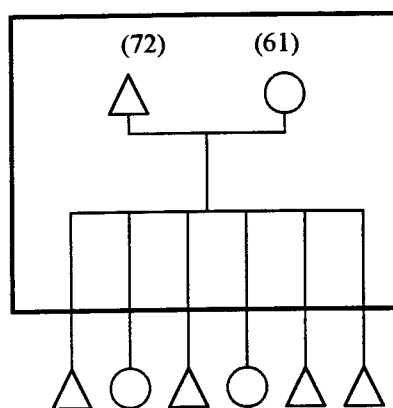
Dos 7 irmãos estão 6 casados e uma solteira. Residem 4 em Leiria, 1 em Lisboa e 2 vivem nos EUA.

Família N



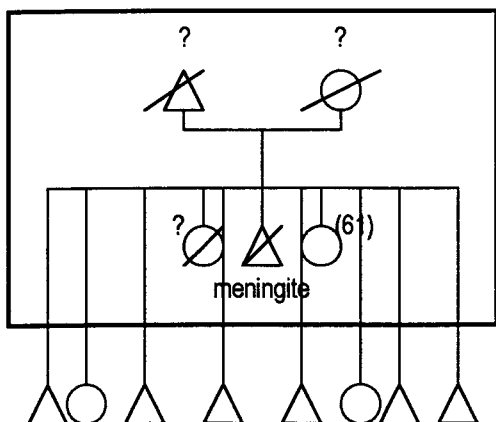
4 são casadas e 1 solteira. Um vive em Bragança, outro em Tomar, outra na Suíça e duas em França.

Família O



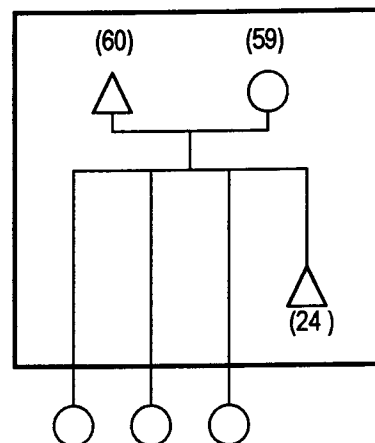
São todos casados. Três vivem em Leiria, uma no Distrito de Coimbra e dois no Concelho de P.^{sa} da Serra.

Família P



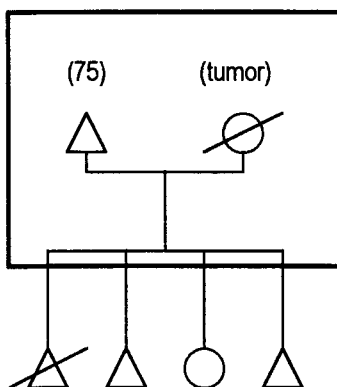
Todos os irmãos constituíram família
 Dos seus 8 irmãos, 2 vivem em Lisboa 2 em
 Queluz 3 em Leiria e 1 em Elvas.

Família Q



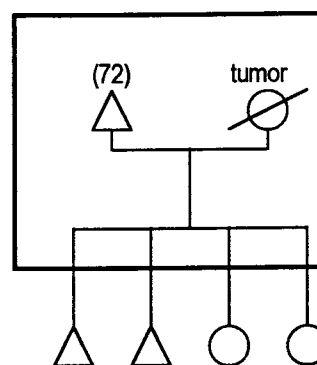
As irmãs são todas casadas e
 distribuem-se pelo Concelho de Arganil,
 Castelo Branco e freguesia de Cambas.

Família R

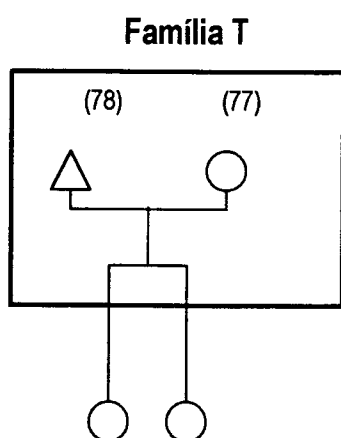


São todos casados e vivem em
 Castelo Branco

Família S



3 casados e 1 solteira. 3 residem
 no Fundão e 1 em Évora.



Ambas as filhas são casadas,
vivendo uma em Coimbra e outra
em Lisboa.

Como se pode verificar no quadro 5, está patente nestas famílias um número elevado de filhos por casal (4,3) que se enquadra acima dos valores do esquema de fecundidade observado na época. "Entre 1949-1952 o valor de descendência média portuguesa foi de 3,3, em 1979-1982 foi de 2,2 e entre 1990-1991 foi 1,6" (Rosa: 1991). São também expressivas da elevada mortalidade infantil que caracterizou o nosso país até à década de 60 e que se registava de forma mais aguda nas regiões rurais do interior (Ferrão 1996).

QUADRO 5 - Nº DE FILHOS POR FAMÍLIAS, ÓBITOS OCORRIDOS E NÚMERO ACTUAL DE FILHOS – RIO VERDE

Nº FAMÍLIAS	DE	NºFILHOS (NADOS VIVOS)	TOTAL FILHOS	DE	Nº DE ÓBITOS ATÉ AOS 2 ANOS DE IDADE	NºDE ÓBITOS OCORRIDOS NA ADOLESCÊNCIA E IDADE ADULTA	Nº ACTUAL DE FILHOS
1		11	11		2		
1		9	9				
1		8	8		1		
1		7	7		2		
1		6	6				
2		5	10		2 *		
4		4	16				
3		3	9				
2		2	4				
2		1	2				
1		0	0				
19			82		7	4	71
Observações	* Os 2 ocorreram na família I						

Dos 71 filhos só três vivem na aldeia. No entanto, verifica-se com alguma regularidade a visita dos restantes (assunto aprofundado no capítulo que se segue e notas de campo). A deserção dos mais novos é encarada com naturalidade pelos que ficaram porque têm perfeita consciência de que aquele espaço deixou há muito de responder às necessidades dos que partiram; não obstante, não escondem a tristeza pelo facto do seu continuum de vida ser marcado pela ausência da alegria própria da juventude.

4. RELAÇÕES FAMILIARES E DE VIZINHANÇA

Como se verificou no capítulo anterior, a maioria das famílias em Rio Verde estão separadas dos seus filhos e parentes por uma distância geográfica considerável.

O “isolamento da família nuclear”, segundo Parsons, é uma resposta às necessidades das modernas economias modernas industriais (Anshen 1971). No entanto, alguns estudos na década de 60 confirmaram que entre a família nuclear e os seus parentes se estabelece um conjunto de relações que se podem situar a três níveis: expressivo, normativo e instrumental (Kellerhals 1994). O plano expressivo compreende os contactos no interior da rede de parentesco e o apego afectivo entre parentes. O plano normativo refere-se à família enquanto modelo de comportamentos e crenças. O plano instrumental torna-se relevante pelo apoio interfamiliar verificado nos momentos de crise (Kellerhals 1994). Uma vez demonstrados estes processos de interacção familiar passa a ser questionável o isolamento da família nuclear. Nesta óptica, Litwalk defende que a unidade familiar característica da sociedade industrial não é a “família nuclear” mas a “família extensa modificada”.

Nesta dimensão foram analisados alguns aspectos relativos ao plano expressivo e instrumental. Não se fixou como objectivo avaliar como estão a ser cumpridos os deveres de ajuda e os cuidados dos filhos à população de Rio Verde, uma vez que esta apresenta uma relativa elevada autonomia. Abordou-se a relação familiar, com questões viradas para a frequência de visitas das famílias (recebidas e feitas pelos residentes), bem como a frequência de telefonemas (recebidos e feitos pelos residentes) e deu-se oportunidade para se expressarem relativamente à ajuda que recebem dos filhos ou parentes. A par disso foram introduzidos dados resultantes do conhecimento obtido dos meus contactos e de observações efectuadas no terreno durante o estudo.

Como se constata no quadro 6, todas as famílias da aldeia recebem visitas. Existem, no entanto, quatro que não fazem visitas: pessoas muito idosas não visitam os filhos ou então visitam 1-2 vezes por ano, só por motivo de doença. Maria Ermelinda, à semelhança de outras pessoas atesta isso mesmo: “Eu não me sei mexer daqui para fora; é só para a

minha horta. Só por doença é que vou a casa dos meus filhos e têm que eles me vir buscar”.

Face à distância a que a maioria dos filhos/parentes se encontram, considera-se que as visitas ocorrem com uma frequência relativamente elevada: Duas vezes por semana é o número mais citado (7 famílias), seguindo-se as visitas que ocorrem uma vez por mês (4 famílias). Destacam-se 4 famílias com menor número de visitas (1-2/ano).

QUADRO 6 - FREQUÊNCIA DAS VISITAS ENTRE AS FAMÍLIAS

	1 VEZ/SEM	2 VEZ./SEM	1 VEZ/MÊS	3-3 MÊSES	1-2 VEZES/ANO	TOTAL
Recebe	1	7	4	3	4	19
Faz			2	5	8	15

Quando a relação de parentesco entre as famílias deixa de ser de pais/filhos e passa para irmãos/irmãos ou para tio/sobrinho, as visitas ocorrem menos vezes. A periodicidade, não só está relacionada com o grau de parentesco mas também com a distância a que os filhos/parentes se encontram das famílias.

Uma forma de minimizar os efeitos da separação entre famílias são os contactos telefónicos mantidos entre elas. Estes contactos, que há quinze ou vinte anos atrás eram raros pelo facto da maior parte das famílias não possuir telefone, passaram a ocorrer com relativa frequência nos últimos anos. Foi instalado no Verão passado o décimo sexto telefone. Não sendo fácil deslocarem-se dos Estados Unidos ou de França, de Vila Real ou Lisboa, a utilização deste recurso colmata em certa medida a distância que separa as famílias. Das dezasseis famílias que possuem telefone, treze recebem telefonemas dos filhos/parentes com a frequência de 1-3 vezes por semana, duas recebem todos os dias e uma recebe “quase todas as semanas”. Recebem mais vezes telefonemas do que fazem; tomam esta iniciativa quando os filhos/parentes tardam em dar notícias ou por situações extraordinárias. Na utilização deste recurso atesta-se algum analfabetismo funcional. Existem três famílias que não sabem fazer chamadas: “quando precisamos de telefonar tenho que chamar alguém a casa para me fazer as chamadas; nem um, nem outro sabemos lidar com o telefone” (Francisca).

As relações estabelecidas no círculo familiar da comunidade de Rio Verde têm ajudado, dum modo geral, ao atendimento de certas necessidades básicas fundamentais dos que vivem na aldeia de forma mais satisfatória, principalmente na assistência à saúde. Os filhos e nalguns casos os sobrinhos intervêm em problemas de saúde a suscitar gravidade ou quando levam à incapacidade física (quedas, ou outros problemas que exijam cuidados diferenciados). Neste caso, os filhos ou parentes das famílias em estudo deslocam-se à aldeia para ajudar a resolver o problema; depois, levam normalmente o familiar aos recursos de saúde da sua área de residência e assumem o dever de o acompanhar e acolher em sua casa, até ao momento de aquele se encontrar capaz de regressar ao seu meio. Dos trinta e dois elementos que constituem o conjunto dos agregados familiares, existe um elemento do sexo masculino muito dependente estando ao cuidado da esposa.

Quanto à ajuda recebida por parte dos filhos/parentes, das dezanove famílias há duas que se sentem pouco ou nada ajudadas quando classificam o nível de ajuda em “*fraca*” e “*nenhuma*”. A primeira constituída por uma mulher viúva e pela filha refere não ter ajuda no trabalho da terra e a segunda constituída por um homem de 84 anos justifica que precisava de ajuda mas encontra-se só. Este homem, tem uma prima na aldeia com a mesma idade e por isso as ajudas que recebe provêm da boa vontade e espírito de solidariedade de um casal vizinho. As restantes famílias (17), classificam a relação de ajuda em *boa* e *muito boa*, porque em caso de necessidade têm recebido apoio dos filhos ou de outros parentes. Os valores reconhecidos são o afecto demonstrado, a presença na aldeia sempre que necessário, a preocupação manifestada verbalmente através de frequentes telefonemas, e a dádiva. Os filhos ou parentes trazem bens alimentares que não existem na aldeia, roupas, electrodomésticos etc.. Os filhos de alguns dos mais idosos, ajudam-nos nas tarefas agrícolas mais árduas: sementeiras e colheitas. A dádiva ocorre também no sentido inverso, ou seja, de pais para filhos. Neste caso, em algumas famílias as ajudas materiais convertem-se em transferências monetárias e produtos da terra. No plano instrumental, a maioria das famílias parece pois contar com os seus parentes mais próximos para fazer face a algumas necessidades. Pode assim afirmar-se, que, de um modo geral, existe uma relativa elevada intensidade nas relações entre as famílias de Rio Verde e os seus filhos/ou

outros parentes, ainda, que, mantida à custa de uma intimidade marcada pela distância. É a família que se encontra fixada no exterior, que dinamiza alguns dos principais acontecimentos da vida religiosa, como por exemplo as festas, por implicarem uma certa dinâmica para a qual o grupo já não se encontra preparado.

Recorde-se que existe um elevado número de famílias unipessoais devido à situação de viuvez e celibato (8 famílias). No entanto, apesar desses elementos viverem sós, quase todos têm tios, sobrinhos ou primos na aldeia: à excepção de um elemento, o único que sendo natural de outra freguesia casou em Rio Verde, os restantes realizaram os seus casamentos em Rio Verde. Naturalmente, que o casamento entre um número restrito de pessoas implementou e alargou os laços de parentesco entre as várias famílias, estabelecendo-se entre elas um vínculo afectivo mais forte e uma maior interacção. No entanto, a rede de relações não se confina aos elementos da mesma família. Estende-se aos vários elementos da comunidade, ainda que, com uma vinculação afectiva distinta. As relações processam-se essencialmente a três níveis: alimentação, trabalho, doença e morte alguns dos quais já tive oportunidade de especificar no capítulo I, onde abordo os *costumes tradicionais*. De realçar o elevado sentimento de entreajuda, partilha e interdependência existente entre os elementos da comunidade. A interdependência verifica-se entre todas as famílias aos diversos níveis referidos, acentuando-se ao nível do trabalho. É essencialmente neste plano que os vizinhos cooperam nos diversos trabalhos a realizar ao longo do ano (apanha da azeitona, sementeiras e colheitas de Verão etc.). A forte interacção estabelecida figura de algum modo na expressão “nós aqui é como seja toda a gente de família”, utilizada frequentemente pela maioria dos residentes. A vizinhança assume, pois, um papel importante na configuração dos principais processos sociais da comunidade. Muitas das actividades mantêm-se apenas e somente numa base de cooperação e ajuda entre os vários elementos da comunidade.

Pode assim afirmar-se que, as relações entre a vizinhança se caracterizam pela intimidade, informalidade, e a cooperação mútua, ao contrário de determinadas áreas rurais onde a comunidade passou a caracterizar-se por um grau de relações formais, eficientes e impessoais. Encontram-se, falam-se partilham e entreajudam-se.

Por tudo isto entende-se que o conceito de sociedade-providência ao designar “as redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entreatajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com lógica de reciprocidade” (Santos 1993:46), ainda reflecte uma realidade nos processos familiares e sociais operados nesta comunidade. A vida quotidiana desta pequena colectividade não é só marcada por um forte espírito de entreatajuda, de solidariedade, como também de companheirismo entre vizinhos. Com afirma Felisbela, “eu quase nunca passo o serão sozinha; as pessoas que estão mais sós, como eu, vêm até a minha casa (porque eu tenho mais dificuldade em sair) e aqui estamos a conviver. De certos discursos percebe-se ainda quer explicita quer implicitamente, a consciência por parte de algumas pessoas entrevistadas de que a ajuda implica reciprocidade, e por isso mais tarde ou mais cedo ela será retribuída. De facto, a vida de relação entre os elementos da comunidade parece reforçar-se através da multiplicidade de vínculos que emergem das trocas de favores e geram uma forte interdependência entre os residentes. Por isso, a retribuição de um favor assume quase sempre um carácter absolutamente imperativo para quem dele beneficia.

Naturalmente que não nos podemos alhear de um outro tipo de relações próprias de qualquer grupo: refiro-me particularmente aos conflitos que se geram facilmente em pequenas colectividades rurais. No caso particular de Rio Verde, há alguns anos atrás, acendiam-se verdadeiras discussões durante as regas por se verificar incumprimento por parte do herdeiro relativamente ao horário estabelecido para a distribuição da água de adua. Actualmente, embora se mantenha este sistema de rega e a água continue a ser encarada como um bem precioso, ela deixou de ser geradora de conflitos: as pessoas deixaram de cultivar algumas das suas propriedades e conseqüentemente a água passou a ser um bem menos escasso. Mas, obviamente que continuam a persistir conflitos. As suas fontes residem quase sempre em abusos cometidos, que estão geralmente relacionados a processos que se ligam directamente com a terra e bens produzidos por ela. Não se tolera o acto do vizinho quando apanha lenha na propriedade de outro vizinho, quando colhe medronhos nos ervedeiros que não lhe pertencem ou simplesmente quando deixa crescer desordenadamente a “pernada” de uma árvore sobre a horta do outro prejudicando-a .

CAPÍTULO III

SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA E AMBIENTAL

1. POPULAÇÃO ACTIVA POR SECTORES DE ACTIVIDADE ECONÓMICA

A distribuição da população activa numa região permite ajuizar da sua estrutura económica e, a sua evolução recente, avaliar do potencial económico dessa mesma região. O concelho de Oleiros ainda se caracteriza como sendo um concelho agrícola concentrando o peso da sua mão-de-obra no sector primário. Neste contexto, existe também uma forte predominância em todas as freguesias e suas anexas de uma população ligada ao sector primário.

Em Rio Verde as pessoas em idade activa representam 25% da população total. Das 32 pessoas que constituem a comunidade, 24 são reformados e 8 encontram-se em idade activa. Dos membros que se encontra em idade activa, 7 encontram-se no sector primário e 1 ocupa o sector secundário.

A situação de reformado não determinou inactividade ou tempo de lazer para as pessoas desta comunidade. Das 24 pessoas reformadas apenas três delas, por razões de saúde, não estão ligadas ao trabalho.

Tal como afirma Manuel Nazareth, embora a terceira idade evoque em geral a ideia de tempo livre e descanso, a realidade pode ser em diferente (Ramos 1992: 102). Como refiro nas notas de campo, as pessoas neste lugar labutam até ao limite das suas forças.

Franciso Ramos tece uma reflexão interessante sobre o assunto. Colocando exactamente a questão "Porque trabalham os velhos", analisa-a por diversos prismas e situa as razões em três planos: psicológico, económico e social. O caso da população de Rio Verde segue muito de perto as razões atrás evocadas.

“Então, o que é que havemos de fazer, ficamos parados a olhar para o ar? ...isso também, não dá saúde! ... trabalhar é honra ... e é melhor do que andar-se p'rá aí feitos mandriões ” (Albertina Cruz).

Francisco Marques ao manifestar o desejo, “Gostava de continuar o movimento que está lançado! ... expressa simultaneamente uma atitude de prazer e de valorização face à dinâmica que conseguiu implementar na sua casa. Repare-se no termo utilizado “movimento”. Por oposição ao termo paragem, é notoriamente significativo. Movimento, tem por detrás, os processos de vida que o homem estabelece com os outros e com o meio que o rodeia; integra em si um carácter dinâmico. Com efeito, sugere vida, vida activa, e neste caso o tom de voz imprimido à frase, evocou até algum prestígio!

Por sua vez Maria da Luz refere: “Eu trabalho muito, mas sinto-me bem. A minha vida graças a Deus tem sido a trabalhar e Deus tem-me ajudado. O trabalho aqui entendido como um Dom, uma graça concedida por Deus. Por outro lado, José Dentinho refere explicitamente razões de segurança económica: Porque tenho medo da fome, que não tenha alguma coisa para comer, ajudar para a economia, porque a vida está cara”.

As pessoas vivem fundamentalmente das reformas cujos valores oscilam sensivelmente entre os vinte e quatro e a centena de contos.

2. ACTIVIDADES ECONÓMICAS

A agricultura

A terra continua a ser um elemento básico na economia e no processo de relações sociais da comunidade de Rio Verde. A exploração do solo agrícola é efectuada totalmente pelos proprietários e caracteriza-se por pequenas explorações. A área total dos terrenos agrícolas por família não excede os 3 hectares, situando-se para a maioria das famílias entre 1 a 1,5 ha, (Quadro 7).

QUADRO 7 - ÁREA APROXIMADA DAS PROPRIEDADES POR FAMÍLIA(ha)

CASA	TERRENOS AGRÍCOLAS	TERRENOS FLORESTAIS
A	1,5	2,5
B	2	3,5
C	2,5	3,5
D	< 0,5	0
E	0,5	0
F	1	1
G	1,5	2
H	2,5	3
I	1,5	1,5
J	1,5	2
L	1	2
M	2	9
N	2,5	3,5
O	2	1
P	0,5	0
Q	1	1,5
R	1	2
S	3	55
T	1	4,5
total	29	97,5

À excepção de uma casa, pela localização e fracas condições de fertilidade da sua horta, todas as restantes possuem actualmente terras que lhes permitiriam viver sem procurar trabalho nas terras de outrem. Pratica-se a policultura dirigida fundamentalmente para o autoconsumo. As culturas praticadas sofreram mudanças acentuadas ao longo deste século. Até à década de 50, o trigo, o centeio e o linho mantiveram-se como culturas

predominantes; a partir daí, a batata e o milho ocuparam lugares cimeiros entre as restantes culturas, encontrando-se associadas a outras culturas, como o feijão, o nabo e a couve.

Actualmente, continua a constatar-se, numa área relativamente pequena de ocupação, a existência de uma grande variedade de cultivos sem que nenhum deles ocupe uma percentagem significativa dessa área. Nessas pequenas explorações mantém-se o domínio da cultura da batata e do milho.

As culturas permanentes têm ainda menor importância que as culturas temporárias, que já de si têm pouca expressão. Dentro das culturas permanentes (pomares, vinha, olival), a oliveira assume um carácter preponderante, contudo, tem-se verificado o progressivo abandono dos olivais, devido às dificuldades na aquisição de mão-de-obra principalmente na época da colheita.

A terra: técnicas utilizadas em Rio Verde

Até finais dos anos 60, e ainda no início dos anos 70, a exploração dos campos no nosso país teve por base uma abundante mão-de-obra. A partir dessa altura verifica-se um crescente êxodo rural e agrícola em quase todas as regiões do país, provocando o rarear da mão-de-obra, o que obrigou os agricultores a inovar: a mão-de-obra escasseava e a pouca que existia tornou-se cara. Perante esta realidade muitos agricultores melhoraram as suas tecnologias de cultivo para poder exercer a actividade de agricultor. É fundamentalmente a partir daquele período que surge a mecanização da agricultura em algumas zonas do país, principalmente no Litoral, Vale do Tejo e Alentejo, onde se situavam grandes extensões de área agrícola, geridas normalmente por grandes proprietários.

O mesmo não aconteceu na Zona do Pinhal Interior Sul por existirem dois grandes factores a travar esse processo. Não só as características da agricultura camponesa mantinham os proprietários numa situação de fragilidade económica, limitando-os na aquisição de máquinas, como a própria morfologia agrária que caracteriza esta zona desincentivava os agricultores a partir para esse tipo de iniciativa. Deste modo, é fácil entender que aos agricultores desta região não restava outra alternativa, a não ser a de continuar a praticar técnicas meramente tradicionais.

A aldeia em estudo enquadra-se no referido contexto geográfico. Por um lado, com o tipo de agricultura que desde sempre caracterizou a comunidade (virada exclusivamente para o autoconsumo), não fazia sentido investir em máquinas que implicassem elevados custos. Se tal acontecesse a relação custo/produtividade, situar-se-ia em valores excessivamente elevados. O investimento na mecanização dificilmente viria a ser compensado através do aumento de produtos; mesmo que a produtividade aumentasse, jamais esse aumento viria a traduzir-se em lucro, por falta de escoamento dos excedentes agrícolas, devido à ausência de mercados.

Outro condicionalismo a dificultar a introdução da mecanização está relacionado com o contexto físico onde as explorações agrícolas estão implantadas e com a forma, a dimensão e as disposições das parcelas. São factores que dificultam o trabalho e comprometem o rendimento das máquinas nas suas múltiplas operações. As parcelas dispõem-se em socalcos devido ao terreno acidentado que caracteriza este lugar. Existe uma elevada fragmentação das explorações e conseqüentemente exagerada dispersão das parcelas; as plantações têm compassos apertados e sem espaços previstos nas cabeceiras para a viragem das máquinas.

Compreende-se desta forma que a estrutura fundiária das explorações agrícola de Rio Verde desde sempre se tenha apresentado muito precária e nunca tivesse oferecido nenhuma garantia de viabilidade económica a grandes investimentos. Tratou-se, desde sempre, de pequenas explorações agrícolas de tipo familiar em que os produtos extraídos se destinavam exclusivamente ao consumo familiar. Em Rio Verde a inovação da agricultura teve pois um processo muito lento, e as melhorias introduzidas foram e são muito escassas.

Até finais dos anos 70, a charrua de madeira e de ferro puxada por animais era uma constante na exploração da terra para algumas famílias e a correcção dos solos através da fertilização continuava, basicamente, a constituir um processo natural. A adição de estrume era a prática mais comum. A utilização de fertilizante começou a ocorrer mas de uma forma muito reduzida.

Actualmente a vida económica dos habitantes ainda continua vinculada à agricultura de subsistência. A exploração continua de a ser de tipo familiar, fortemente marcada pelo espírito de entre-ajuda.

Pecuária

Outra das actividades que desde sempre contribuiu para a economia das famílias desta aldeia é a pecuária. A principal actividade pecuária respeita à exploração de gado caprino, e de aves; destina-se também apenas ao autoconsumo como sempre aconteceu. São treze as casas que se dedicam à primeira actividade; dado o número reduzido de cabeças de gado por casa (2-7 cabeças), pode interpretar-se como uma actividade simbólica. A exploração de aves é aquela que mais se mantém para todas as famílias; à excepção de um elemento, é feita pelos restantes.

Floresta

Ainda em termos económicos, uma das principais características da aldeia, é a importância que a floresta assume na ocupação do solo. Desde há muitos anos que se conhece o contributo da componente florestal no desenvolvimento da actividade económica, não só da freguesia, como de todo o concelho e região.

Nas primeiras décadas do século XX, o pinheiro bravo impôs-se progressivamente às árvores primitivas: o castanheiro bravo, a sobreira e a azinheira. Nos finais dos anos 40 e até meados de 70, o pinheiro bravo pesou significativamente na economia de algumas famílias através da exploração de resina. A partir desta altura, esta fonte de economia entrou em declínio acentuado, pela escassez de mão-de-obra que se fez sentir com a saída da população. Presentemente encontra-se extinta.

Não obstante, a floresta continua a manter uma grande expressividade. O pinheiro continua a assumir uma significativa importância na florestação da freguesia, bem como do concelho. No entanto, os incêndios florestais, o aumento doutras espécies em relação ao pinheiro e alguns repovoamentos florestais realizados contribuíram para uma alteração das características florestais desta zona. Embora o pinheiro continue a apresentar a maior área ocupada, verificam-se crescimentos doutras espécies nomeadamente, folhosas e principalmente do eucalipto.

O sector florestal continua a enfrentar graves problemas resultantes de um conjunto de factores: a inexistência de infra-estruturas que permitam o acesso às propriedades e os canais de distribuição não incentivam o produtor a tratar das suas explorações visto que se encontra à mercê de um preço praticamente imposto pelos intermediários; a falta de capital dos pequenos proprietários para investir nesta área e a complexidade burocrática com que se deparam, quando procuram recorrer a projectos para reflorestação e limpeza das suas propriedades. Foi com muito esforço e persistência que se conseguiu apresentar há quase três anos um projecto florestal que acabou por ser aprovado há pouco mais de um ano. Este projecto agrupa quase todas as pessoas que têm propriedades florestais estando actualmente em andamento o trabalho de reflorestação e de limpeza das matas daqueles proprietários. A área das propriedades florestais por família varia entre meio hectare a cinquenta e cinco hectares aproximadamente, tal como se pode constatar no último quadro.

Rio Verde insere-se numa região pouco industrializada. As poucas fábricas existentes no concelho integram-se no sector das indústrias de madeira e na fabricação de produtos químicos, o que se articula com a importância que a floresta assume no concelho.

3. O MEIO AMBIENTE

Habitualmente fala-se de meio referindo-nos a nós próprios: o meio que envolve o homem, o homem e o seu meio, a influência do meio sobre os comportamentos etc., ou seja, a ideia que circula acerca do meio é uma ideia centrada no homem (antropocêntrica). Mesmo quando esta ideia se recobre de um discurso proteccionista do meio, pressupõe a nossa instalação no centro de um sistema como se o homem fosse senhor e dono da natureza. Por outro lado, falam também de meio, aqueles que defendem um “meio natural”, que lutam para dar à natureza todo o protagonismo e proeminência defendendo um “ambiente natural”. Disso são exemplos os movimentos da ecologia radical. A minha posição coloca-se ao lado dos que defendem o meio ambiente/natureza com as suas leis fundamentais que é preciso respeitar, mas também reconhecem o homem como protagonista especial neste jogo complexo – homem e meio ambiente - . A este propósito Luís Archer, afirma: “o homem não é o senhor absoluto do Universo. Ele pode e deve intervir na natureza, mas respeitando as suas leis fundamentais” (Archer 1981: 29).

Para que o homem tenda para estados de equilíbrio é importante que se verifique um conjunto de condições físicas, químicas, biológicas, psicológicas, sociais e ecológicas. Entre outras coisas, deve 1) respirar ar oxigenado, 2) beber água potável, 3) habitar numa casa que obedeça a princípios salubres e 4) viver num ambiente que não seja drasticamente divergente daquele para o qual ele se foi adaptando. A valorização destes pressupostos, conduziu a minha atenção para elementos que traduzissem a realidade vivida pela comunidade, nestes aspectos.

Relativamente à primeira condição atrás mencionada pode afirmar-se que o grupo goza desse privilégio. Para o efeito concorrem dois factores. Por um lado as indústrias na zona são escassas, pouco poluentes e laboram a uma pequena escala comparativamente com grandes indústrias situadas nos meios urbanos, por outro lado a florestação que caracteriza a região permite a permanente oxigenação do ar que ali se respira.

Quanto à segunda condição, ou seja, a ingestão de água potável verifica-se que as pessoas bebem e utilizam a água dos fontanários. Trata-se pois de um abastecimento semi-

público. A água é captada de uma mina situada no sopé de uma serra, ao cimo da aldeia e é submetida a tratamento com adição de cal (trata-se de uma água férrea). Existem oito pessoas que a par dessa água têm abastecimento ao domicílio. É uma água não tratada proveniente de furo ou nascente e utiliza-se fundamentalmente nas lavagens.

No sentido de aprofundar e alargar o conhecimento sobre as condições habitacionais da comunidade e de saber sobre a existência de alguns bens de equipamento considerados essenciais, orientaram-se questões para colher os seguintes elementos: regime de propriedade da habitação, existência de instalações sanitárias, o tipo de pavimento das casas, e a existência de electrodomésticos (frigorífico/arca frigorífica, aquecedores da casa e da água e televisão). Os dados a seguir descritos sobre as condições habitacionais são contextualizados nas notas de campo de 13 de Junho e no ponto 2.5. do capítulo 2, onde se faz referência à habitação. Deste modo, ficar-se-á com uma visão mais profunda e alargada da realidade vivida pela comunidade. Por um lado, porque a descrição feita sobre a casa de José da Ponte (notas de campo página ..), é comum a outras casas, por outro lado, a alusão efectuada à habitação desta comunidade numa perspectiva sócio-cultural completa o conhecimento sobre a realidade.

Dos dados obtidos, verifica-se que todas as pessoas possuem casa própria, três das quais sem casa de banho. Das dezasseis casas que têm casa de banho, em quatro apresentam-se como uma divisão exterior à casa. Duas das casas sem casa de banho pertencem às pessoas mais idosas da aldeia. Os esgotos drenam para uma fossa. Duas casas, pela vontade dos proprietários, não foram electrificadas. O chão das casas é normalmente em tábuas de madeira nos quartos; de mosaico nas cozinhas e casas de banho. Existem ainda cozinhas que apresentam chão de madeira e outras em cimento.

A existência ou não de determinados electrodomésticos e meios de comunicação audiovisuais e o seu uso, permite compreender melhor o modo como as pessoas vivem no seu espaço de vida. Assim, indagou-se ainda sobre a situação das famílias face aos seguintes bens: frigorífico/arca congeladora, esquentador, televisão e telefone.

Das dezassete pessoas que responderam afirmativamente quanto à existência de frigorífico/arca congeladora, oito pessoas às vezes desligam-no, principalmente quando não têm produtos suficientes que justifique o seu funcionamento: “desligo-o quando não é

preciso porque ele é um ladrão... ainda há tempos paguei um 'ror' de dinheiro em luz... e quando assim é uma pessoa sempre que pode evita ligá-lo". Note-se que vida destas pessoas foi marcada por um significativo leque de restrições ao nível económico. Em todos os domínios das suas vivências se evidenciam actos que orientam as pessoas para a poupança. A poupança é um modo de vida que caracteriza os camponeses de regiões pobres onde predomina agricultura tradicional. De acordo com João Ferreira de Almeida e colaboradores a lógica da economia camponesa orienta-se para a poupança dos recursos que garantam a viabilidade da família e respectivo património; é uma estratégia que assenta no objectivo de manter, e, se possível alargar o património familiar" (Almeida e colaboradores 1992: 88). O cumprimento deste objectivo passou pela emigração temporária de grande parte das famílias.

O esquentador foi referido por oito pessoas mas três delas não o utilizam: uma porque não gosta de tomar banho com água quente e os outros porque o aparelho não funciona devido à baixa pressão da água. Esta situação articula-se indirectamente com certos hábitos, muito particularmente com a higiene corporal dificultando-a ou facilitando-a (aspecto desenvolvido no último capítulo).

A televisão faz parte de todas as casas electrificadas; é ligada principalmente à hora das refeições e à noite. O telefone foi-se instalando progressivamente nos últimos 20 anos em grande parte como resultado do distanciamento da família. Actualmente há ainda três casas sem telefone. É utilizado apenas o estritamente necessário.

Para o destino do lixo não havia reservatórios próprios até há cerca de 3 anos. A falta de contentores e a fraca ou nula sensibilização das pessoas em matéria ambiental, levou-as a adoptar procedimentos incorrectos no que se refere ao destino do lixo. Livram-se deste de quatro maneiras: através da queima, depositando-o em barreiras, atirando-o ao rio e na melhor das hipóteses utilizando os trapos velhos para tapar tomadouros¹ durante a rega. Embora hoje a população conte com dois contentores, a deposição de lixo não biodegradável continua nalguns casos a ter lugar nas matas, nas bermas de estradas e caminhos e nas hortas. De facto, apenas nove pessoas, referem a deposição do lixo no contentor mas a par de outros destinos. A maior partes das pessoas referem como destino

¹ Obstruir e desobstruir o rego no sítio das tomas de modo a encaminhar a água para a leira que se pretende regar.

do lixo a queima na lareira e ao ar livre (quando se trata de maiores quantidades), o seu abandono nos campos e nas matas: “coisas que posso queimar ou mando para o lume ou faço uma fogueira grande na horta, ...contentor tenho pouco o costume” (Maria da Graça); “levo num saquinho para o meio do mato”(Joaquina Cruz). Praticamente todos os discursos convergem neste sentido.

Finalmente chama-se a atenção para a importância de o homem viver num ambiente que não seja drasticamente divergente daquele para o qual ele se foi adaptando, a última condição atrás enunciada. Parece-me que as pessoas desta comunidade se revêem na concretização deste princípio. Apesar de todos terem os filhos e parentes mais próximos noutras localidades, este pequeno grupo, entre os quais alguns muito idosos, permanecem no seu meio. Não há dúvida que a comunhão íntima com a natureza desenvolveu neles um amor aos espaços abertos, longe das multidões. Sentem-se “engaiolados” quando precisam de ficar entre paredes na cidade, e não se sentem bem quando ali permanecem muitos dias. Desenvolveram uma especial sensibilidade que os impede de se familiarizarem com cheiros exalados dos escapes de automóveis e outros poluentes afins. A comprová-lo registam-se dois dos discursos expressivos desta realidade; “Por acaso, até me sinto bem aqui. Sinto alegria; acho-me melhor do que em Castelo Branco, porque estou aqui habituado. Se for para lá encontro-me pior... Tenho lá a filha, mas contudo isso... os ares aqui são melhores. Não são tão doentios como lá. São mais puros... e depois encontro-me bem”(José Dentinho). “Eu nunca gostei da cidade. Gosto de ir a Lisboa, mas é para lá estar pouco tempo. Aqui dadas as comodidades que tenho vivo melhor. Há mais sossego” (António Marinheiro).

Convivem com plantas e animais quase como se eles fossem dotados de corpo e de alma (notas de campo dia 4 de Julho: pág.189). Têm prazer em caminhar entre fileiras de milho ou entre os poucos animais que ainda possuem e falam deles (e com eles) e dos produtos que produzem com orgulho e sentimento (notas de campo dia 13 Junho: pág. 183). Face à estreita associação das pessoas com a natureza e a terra desenvolveram traços de personalidade que lhe conferem uma especificidade particular e diferente. A simplicidade e a generosidade são indubitavelmente tónicas marcantes das pessoas que constituem esta comunidade.

FOTOGRAFIA 6 – A ACTIVIDADE QUOTIDIANA (RIO VERDE)



FOTOGRAFIA 7 – VISTA PARCIAL DE RIO VERDE



Capítulo IV

ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: BREVE NOTA

A evolução da prestação de cuidados de saúde à comunidade está, obviamente, relacionada com o contexto das diferentes políticas de saúde implementadas em Portugal, no âmbito da protecção social à saúde. Considerando as diferentes perspectivas de actuação ao longo deste século, (que por sua vez orientaram para determinadas técnicas que foram sendo utilizadas na protecção da saúde), é possível identificar 4 períodos distintos, cada um deles com características próprias.

Até 1946, vigorou exclusivamente a assistência pública à saúde. A assistência pública na perspectiva da acção curativa era desenvolvida pelo Estado nos poucos hospitais que possuía e fundamentalmente pelas instituições particulares, tendo aqui grande relevo as misericórdias; a acção preventiva estava reservada aos municípios e também ao Estado.

Neste tipo de assistência não era reconhecido o direito de exigir a prestação de saúde, colocada na dependência da iniciativa voluntária e baseada na misericórdia ou na caridade, ou se era reconhecido o direito não era universal, porque não igual para todos (Barbosa 1974).

Embora a saúde pública, entendida na época como “polícia sanitária”, visasse já naquele tempo, entre outras medidas, o saneamento do meio ambiente, a educação sanitária, a higiene materno-infantil, no entanto os resultados práticos dessas medidas só chegavam a ser visíveis nas grandes cidades. Nas zonas rurais, principalmente nas aldeias, a assistência durante a gravidez era quase nula, os partos continuaram a ser assistidos por mulheres curiosas e o abastecimento de água continuava a fazer-se através de poços e nascentes. Rio Verde inscreveu-se neste quadro durante muitos anos.

Segundo uma das minhas entrevistadas “há mais ou menos 50 anos em menos de um ano morreram onze pessoas por causa da epidemia tifosa”. Esta epidemia (tecnicamente designada febre tifoide) assolou outras aldeias do Concelho, (Anexo 2).

Em 1935, o Concelho tinha um médico para as 12 freguesias e por isso a vigilância de saúde nos pequenos aglomerados era incubida às pessoas consideradas mais informadas, como por exemplo o barbeiro. A sua acção na comunidade segundo a informante atrás citada, estendeu-se até à década de 40, aproximadamente.

“De 1946 a 1976 coexistem a assistência e o seguro social obrigatório”(Carreira 1996:13). Com a constituição da Federação das Caixas de Previdência, que permitiu a expansão dos serviços médico-sociais à margem dos serviços assistenciais e policiais de saúde do estado, ocorre a primeira viragem na prestação de cuidados públicos de saúde. No sistema de seguro social suportado pelo esquema financeiro de contrapartidas pagas pelos próprios, estes têm o direito aos cuidados de saúde que lhe são facultados.

O papel do Estado em matéria sanitária permanece inalterado em relação à fase anterior, continuando a chamar a si as acções de saúde pública, remetendo a acção curativa e recuperadora para o exercício da medicina privada, para a acção médico-social da Previdência ou para a assistência pública ou particular.

Foi neste período que surgiram as Casas do Povo criadas pela Lei nº 2115 de 18/06/62 (Cap. II – Base III) destinadas aos trabalhadores agrícolas. Funcionando com pagamento por quotas, dando direito a assistência médica, constituíam como que associações de classe, podendo considerar-se uma previdência.

A população em estudo é assistida normalmente no posto médico sediado nas instalações da Junta de Freguesia desde finais deste período, mas também recorre com relativa frequência à extensão de saúde do Orvalho, que funciona na Casa do Povo. A Casa do Povo de Orvalho data de 1938, tendo sido o Padre Tomaz a figura impulsionadora dessa obra, que hoje conhece novas instalações.

J. Ribeiro Cardoso realça o grande empenho daquele pároco em manter viva a Casa do Povo de Orvalho através de donativos devido às precárias condições económicas da grande maioria das famílias. Nos primórdios da sua criação, era muito reduzido o número

dos proprietários rurais que podiam retirar a quantia de 5\$00 mensais para a quota da Casa do Povo sem desequilibrar o seu orçamento.

O mesmo autor dá ainda a conhecer o papel relevante daquele pároco no atendimento às necessidades mais urgentes da sua terra: “Com o nada das suas possibilidades iniciou a obra do saneamento do Orvalho ... calçeteou ruas e rasgou largos. A quilómetros foi buscar água puríssima para abastecer o povoado...”(Cardoso 1944: 262). O que acabámos de referir comprova, de facto, a necessidade de intervenção de outras instituições, para colmatar e resolver problemas de saúde das populações, inclusivamente na área de saúde pública.

De 1976-1990 predomina o Serviço Nacional de Saúde. Com a entrada em vigor da Constituição de 1976, institui-se o Serviço Nacional de Saúde, universal e gratuito. Através deste diploma, o Estado assume, pela primeira vez um profundo envolvimento nos cuidados de saúde. Às tarefas típicas de saúde pública tradicional acrescenta o dever de prestação universal e gratuita de cuidados de saúde preventivos, terapêuticos e de recuperação. Abandona a tarefa assistencial pública, absorve noutra sistema os serviços de saúde da previdência social e torna-se agente fundamental da satisfação colectiva e individual de necessidades de saúde.

O desenvolvimento duma carreira médica orientada para a área de cuidados de saúde primários contribuiu também para a ampliação da cobertura sanitária, ao estender-se esta a um maior número de aldeias.

A partir de 1990 verifica-se uma nova reforma na saúde. O modelo criado em 1990 através da Lei de Bases da Saúde, e só regulamentado em 1993, altera profundamente aquele que surgiu com a Constituição em 1976 e com a Lei do Serviço Nacional de Saúde em 1979. O princípio do direito à protecção da saúde, assumido exclusivamente pelo Estado em 1976 e 1979, passa a ser da responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado (Lei do SNS, artigo 1, e Lei nº48/90, base I).

A gratuidade ao abrigo da lei do SNS foi quebrada através do estabelecimento de taxas moderadoras tendentes a racionalizar a utilização dos serviços. Assim, o custo pela saúde, depois de 1993, passa a ser também da responsabilidade de outras entidades, além do Estado, responsabilizando-se nomeadamente os próprios utentes tendo em conta as

suas condições económicas e sociais. O diploma de 1993 prevê ainda a gestão de instituições e serviços através de contratos de gestão e de convenção (Decreto-Lei nº111/93 Artigos 23º, nº1, alínea a) e 25º, nº3).

Na previsão de Henrique Carreira a responsabilidade conjunta e não unitária pela protecção da saúde faz prever um afastamento do Estado nesta área. Também a responsabilização dos utentes pelo custo da saúde de acordo com as suas condições económicas e sociais prenuncia o retorno a um modelo similar do da assistência pública: também em tempos passados, os serviços de saúde não eram suportados por quem demonstrasse situação de pobreza (Carreira 1996). Por outro lado a gestão de instituições e serviços através de contratos de gestão e de convenção, “à medida que forem sendo celebrados, irão abalando a unidade do funcionamento global do aparelho sanitário público, não sendo impensável que de um sistema se avance para uma justaposição de células essenciais, sem obediência ao comando centralizado que hoje existe (Carreira 1996: 24).

2. OS RECURSOS DE SAÚDE

A disponibilidade dos serviços de saúde e, de forma especial, a sua acessibilidade determinam a capacidade de as pessoas enfrentarem situações de doença, constituindo, por essa via, um indicador do estado de saúde de uma comunidade.

A prestação de Cuidados de Saúde Primários à população de Rio Verde é levada a cabo pelo Centro de Saúde de Oleiros e a de cuidados diferenciados é garantida pelo Hospital Distrital de Castelo Branco. Todavia, dada à maior proximidade geográfica da aldeia com o Concelho de Pampilhosa da Serra, comparativamente com o Concelho a que pertence, algumas famílias recorrem por vezes ao Serviço de Atendimento Permanente (SAP) de Pampilhosa da Serra.

O concelho de Oleiros dispõe de 6 médicos, 7 enfermeiros e uma auxiliar de enfermagem. A população da freguesias de Cambas tem consulta médica 1-2 vezes/semana, variando este número em função dos dias em que o respectivo clínico se encontra de serviço ao SAP. Os cuidados de enfermagem são assegurados pela auxiliar de enfermagem, que por sua vez tem ao seu cuidado a freguesia do Orvalho. É a esta freguesia que a população de Rio verde se desloca normalmente, quando necessita de cuidados de enfermagem. O serviço prestado à população pela auxiliar de enfermagem resulta da solicitação do médico e do próprio utente. A extensão de saúde da freguesia é fundamentalmente frequentada no âmbito das consultas médicas. A procura de cuidados de enfermagem prende-se basicamente com a necessidade de cuidados curativos (tratamento de feridas mais complicadas ou administração de injectáveis).

Os recursos mais utilizados pela população, na assistência à saúde são a extensão de saúde da freguesia, como se pode verificar no quadro seguinte.

QUADRO 8 – LOCALIDADE ONDE A POPULAÇÃO RECORRE PARA RECEBER SERVIÇOS DE SAÚDE

CAMBAS	CAMBAS E OLEIROS	CAMBAS E LISBOA	ORVALHO	PAMPILHOSA	CAMBAS E ORVALHO	CAMBAS E COIMBRA	CAMBAS E FUNDÃO	CASTELO BRANCO	TOTAL
9	2	2	2	2	1	1	1	1	21
Observações	Um dos elementos entrevistados não vai ao médico há 18 anos.								

O meio de transporte mais utilizado para frequentar os serviços de saúde mais próximos (Cambas Orvalho e Pampilhosa da Serra) é o taxi. Existe ainda um número considerável de pessoas, que vai a pé, quando se trata de ir à extensão de saúde mais próxima e a doença o permite. “Quando se pode ir vai-se a pé; é um saltinho... e a hora da consulta é às 9h também já não é muito cedo”. Quem assim fala situa-se na faixa etária dos mais novos. Embora neste caso, 3Km a pé representem uma curta distância que a pessoa define pela expressão “um saltinho”, deve acentuar-se, que existem 14 pessoas totalmente incapacitadas para fazer aquele percurso (tal como se comprova através do Quadro 9) e por isso muitas vezes resolvem o problema ainda de outra maneira: “Em vez de ir mando as caixas...o médico também já sabe o meu mal”. Para a pessoa que apresenta maior dificuldade na mobilidade, a esposa, chama por vezes o médico a casa.

Os medicamentos são normalmente adquiridos na farmácia de Orvalho. Para tal, recorre-se umas vezes a um vizinho que eventualmente tenha alguma viagem programada, e outras vezes ao carteiro.

Para identificar as necessidades da população em termos de assistência à saúde colocou-se a questão: *Diga o que lhe faz falta nesta aldeia em termos de assistência à saúde*. As necessidades expressas incidem em primeiro lugar no médico e no transporte público e em segundo lugar no enfermeiro. Este, é referido essencialmente, quando se insiste na pergunta “e o enfermeiro?”. As pessoas que reconheceram de imediato a necessidade de um enfermeiro, viveram à relativamente pouco tempo situações em que tiveram de alugar um taxi para poder fazer pensos e injectáveis na extensão do Orvalho.

QUADRO 9 - NECESSIDADES EXPRESSAS PELA COMUNIDADE DE RIO VERDE NO DOMÍNIO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O MÉDICO	TRANSPORTE PÚBLICO	O MÉDICO E ENFERMEIRO	O ENFERMEIRO	TOTAL
8	8	5	1	22

Capítulo V

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

Para que os cuidados de saúde sejam orientados para os principais problemas de saúde da comunidade, é necessário um estudo sistemático da comunidade do qual se obtenha uma descrição e análise das necessidades de saúde e dos factores que as determinam. A descrição e análise da situação de saúde desta comunidade é realizada através da caracterização detalhada de componentes essenciais (dimensões); neste estudo foram agrupadas em *nível de saúde, atitudes e comportamentos face a algumas actividades de vida e atitudes e comportamentos face a estilos de vida não saudáveis*. Antes, porém, reconheceu-se importante conhecer em primeiro lugar a *representação que a comunidade tem sobre a saúde e a doença*. A descrição e análise destas dimensões foi desenvolvida seguindo-se o modelo de análise explicitado no capítulo da metodologia.

1. REPRESENTAÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA NA COMUNIDADE

A realidade não pode ser percebida senão num quadro significativo, quadro esse quase sempre social. “A representação social da saúde e da doença exprime sempre um linguagem que não é a do corpo, mas a da relação do indivíduo com a sociedade. Em particular, no plano etiológico, a doença é imputada à sociedade agressiva que impõe o seu modo de vida doentio ao indivíduo” (Mendes 1996: 169). Nesta perspectiva, a doença é o produto de estilos de vida, de uma sociedade considerada agressiva para com o indivíduo. Para um indivíduo ou comunidade em que os seres sobrenaturais fazem parte do cenário

cognitivo, será plausível e convincente atribuir a doença a um agente intencional e antropomórfico.

“A representação social da saúde e da doença, consiste numa elaboração psicológica complexa onde se integram a experiência de cada um, (principalmente em relação à doença) e os valores e a informação (sobretudo de natureza médica), que circulam numa sociedade” (Herzlich 1984).

A saúde pode experimentar-se de diversas formas. Segundo Claudine Herzlich, pode sentir-se sob a forma de equilíbrio, quando manifestada por bem-estar físico e psicológico, eficiência na actividade e boas relações com os outros, sob a forma de “fond de santé” quando manifestada por robustez e resistência à doença e sob a forma de “santé-vide” quando se define por ausência de doença pelo não sentir o corpo (silêncio dos órgãos) (Claudine Herzlich, 1984).

Das vinte e duas respostas à pergunta “Diga o que é para si ter saúde”, identificam-se dois grupos de respostas constituídos segundo o sentido que orienta cada uma delas. Quase todas as pessoas (20) orientaram a sua definição num sentido positivo, através de expressões como “é a coisa fundamental da vida”, “representa-me tudo”, “é o mais importante”, “é uma grande riqueza”, “é alegria” “anda tudo p’rá frente ...resiste-se a tudo muito melhor”, havendo apenas duas definições onde aparecem as palavras “doença” e “mal”; nestas duas definições a saúde é definida por oposição a elementos negativos: “é não ter doenças, não ter mal que nos impeça de trabalhar”. Para grande parte das pessoas, a saúde é entendida como um bem máximo, supremo, um bem de valor absoluto. A saúde tem, um grande significado, e um grande valor provavelmente porque a maioria das pessoas sentiram já a sua perda. A saúde ganha sobretudo importância quando a doença aparece e a destroi.

A concepção da doença é assimilada pela incapacidade para o trabalho e o sofrimento do corpo, manifestado por dores.

“Estar doente é quereremos trabalhar e não podermos; É sentir-me com mazelas que nos tiram as forças para trabalhar”(Henriqueta Alegria).

“É quando o mal não nos deixa fazer nada, não nos deixa trabalhar”(José António).

Responsabilidade pela manutenção da saúde

Parto do princípio que todo o indivíduo/família/comunidade tem potencial e capacidade de desenvolver a sua saúde e o seu bem estar ao máximo, segundo o seu desejo e a sua vontade de mudar e de se adaptar às diferentes condutas ou tratamentos. É ponto assente que os cuidados de enfermagem numa perspectiva comunitária ajudam os indivíduos e as famílias a dar uma dimensão conveniente aos seus desejos e às suas necessidades de saúde e a solucionar certos problemas no plano social, emocional, e psicológico. Para o efeito, a comunidade não poderá estar alheia ao processo, principalmente no que diz respeito aos princípios da promoção da saúde, e no seu direito e dever de corresponsabilização da própria saúde.

Com base nestes pressupostos, procuraram-se identificar os elementos que estruturam a realidade cognitiva e prática da comunidade face à vigilância de saúde. Conhecer esses elementos permite compreender onde se situa a atribuição da responsabilização sobre a saúde.

No plano etiológico dominam duas causas de diferente natureza: sobrenaturais e relacionadas com a pessoa e o meio. Sobrenaturais, porque algumas pessoas justificam a perda de saúde como o resultado de uma punição divina; relacionadas com a pessoa e o meio porque, relacionam certos hábitos e práticas nocivas que a pessoa adopta (consumo de álcool, tabaco,...) com a doença e apontam o excessivo e árduo trabalho físico experimentado no decurso da vida como factores influentes da doença. De facto, as pessoas também tendem a ir procurar no seu quadro de vida uma explicação para o aparecimento da doença. São correntes as explicações que relacionam a natureza do trabalho com a doença e as sensações de mal estar. Numa comunidade onde as queixas mais frequentes dizem respeito ao sistema ósteo-articular (facto comprovado no capítulo seguinte), a causa dos padecimentos, é atribuída à dureza do trabalho agrícola realizado no passado. "A gente cansou-se muito quando era nova. Ao pé da casa não tínhamos nada, era só nos barrocos ... um filho de braçado, uma cesta à cabeça,... Não havia patrão ... muitas dificuldades, muito más 'sofrages' para criar os filhos; a doença depende da vida que

a gente teve quando se era mais nova. De solteira uma vida sofrida, de casada ainda pior!...”(Francisca). “A minha doença foi de muito trabalhar. Sempre com carregos, na madeira, no carvão” (José da Ponte).

A responsabilidade sobre a saúde é de igual modo imputada sobretudo à própria pessoa, a forças sobrenaturais (Deus e destino), e ao meio ambiente.

“De nós porque temos que a estimar. Se nós nos soubermos livrar de algumas situações da vida, que nós sabemos que nos fazem mal à saúde, evitamos certas doenças. Mas há outros males que é impossível atacar ou evitar. Não está nas nossas mãos. Está nas mãos de Deus” (Henriqueta Alegria).

“Devido à alimentação e a outros cuidados conosco. Acautelar com cuidados no caso de quedas, acidentes (andar como deve ser), mas às vezes são coisas que Nosso Senhor manda” (Maria da luz).

“Más sofrages. Deviamos pouparmo-nos mais e não o fazemos. Não temos os devidos cuidados com certas coisas. Por exemplo constipações, uma pessoa aqui de Inverno constipa-se muito,...ainda bem não, uma constipação. Muitas vezes é por falta de cuidado. Trabalha-se mais do que as nossas forças permitem” (Benedita).

Embora em quase todos os discursos se saliente a noção de autoresponsabilização pela saúde, (quando afirmam ser a ele próprios que cabe a responsabilidade pela saúde), no que se refere à vigilância de saúde a realidade prática afasta-se daquele conceito. À excepção de um entrevistado, os restantes referem frequentar as consultas apenas quando estão doentes. Por outro lado, quase metade dos inquiridos (10) acham mesmo que não devem frequentar as consultas sem estar doentes. “Não, não estando doente, não é preciso; se eu tenho saúde não vou ao médico. A última vez que lá fui, foi há 18 anos” (Maria da Luz); “Isso envergonhava-me!...; ir lá sem ter dores nenhuma. Não tendo dores não vamos lá fazer nada”(João Alvito). “Nós aqui só em último caso” (Francisco Marques). Depoimentos como estes, expressam relativa indisponibilidade para frequentar as consultas; contudo, pode não estar implícita uma desresponsabilização mas antes a pressão das necessidades relativamente ao trabalho.

2. O NÍVEL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Descrever e analisar a situação de saúde de uma comunidade impõe uma exploração de dados que vise identificar o seu nível de saúde. “Medir o nível de saúde significa medir como se manifesta o processo de saúde de doença de uma população. A informação mais disponível refere-se a indicadores negativos de saúde e baseia-se na sua perda, sendo os indicadores de morbilidade, de mortalidade e incapacidade os que se utilizam para o diagnóstico da situação de saúde da comunidade” (Ahumada; Delgado, 1991: 139). Neste estudo, para o efeito, colocaram-se questões sobre três sub-dimensões:

- Os problemas de saúde mais relevantes;
- O nível de capacidade funcional;
- O estado imunitário relativamente à doença do tétano;

Segundo o conceito atrás referido, a última dimensão referida não nos expressa o nível de saúde. No entanto foi considerada para se poder avaliar o risco que a população corre relativamente a uma doença que se pretende erradicada, e que é facilmente redutível através da vacinação. Foi pois a elevada vulnerabilidade da doença e não a magnitude do problema que me fez partir para o questionamento desta dimensão.

PROBLEMAS DE SAÚDE

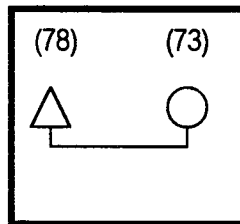
Os dados colhidos sobre as patologias são referentes à população total. Uma vez que a doença de um elemento pode interferir na dinâmica funcional entre os restantes elementos, ao ponto de afectar a situação de saúde daqueles, alargou-se o questionamento desta dimensão a todos os membros da família. Dentre as patologias, as do aparelho ósteo-articular e cardiovascular dominam e sobre as restantes tendo sido referidas por 17 e 10 elementos respectivamente, seguindo-se as do aparelho génito-urinário referidas por 6 elementos. Há ainda a registar 2 pessoas com patologias do sistema endócrino e metabólico (diabetes), 3 pessoas com patologias do foro psicológico e 1 doente com neoplasia¹.

¹ Faleceu em Novembro de 1997

Apenas uma pessoa, afirmou não sofre de qualquer patologia declarando ser uma pessoa saudável, contudo apresenta situação de obesidade acentuada. É a única pessoa obesa de Rio Verde. É relevante o número de elementos que sofreram quedas nos últimos 18 meses. Das cinco pessoas que referiram quedas todas elas tiveram problemas que exigiram recurso aos serviços de saúde, quatro das quais necessitaram de internamento (por fracturas). Segue-se em forma de esquema um resumo das principais patologias referidas pelos inquiridos e pelo médico de família, onde se fez ao mesmo tempo um levantamento das principais implicações desses problemas nas actividades de vida diária da população e algumas observações consideradas pertinentes.

DIAGRAMA 3 – DIAGRAMA FAMILIAR 2

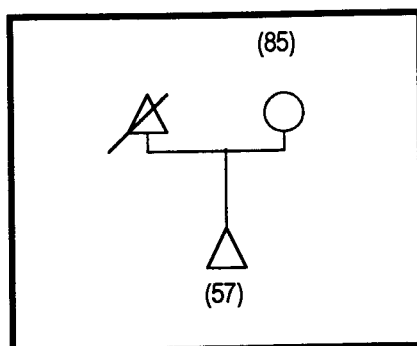
Família A



Problemas de saúde		Implicações na vida diária / Observações
Esposa	Marido	
Cálculo renais (operada há ± 8anos); ácido úrico, artroses; HTA	A.P. - T.P. Sequelas de AVC (Hemiplegia à direita). Há + de 1 ano fractura na perna dtª motivada por queda, que agravou o déficit na mobilidade.	O marido necessita de ajuda para a realização das actividades de vida diária (vestir, calçar, alimentar, eliminar). É a esposa que ajuda nessas actividades e realiza pequenas tarefas agrícolas e domésticas.

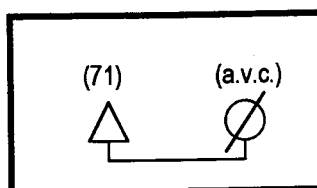
A. P. - Antecedentes Pessoais
T.P. - Tuberculose Pulmonar
A.V.C.- Acidente Vascular Cerebral
H.T.A. – Hipertensão Arterial

Família B



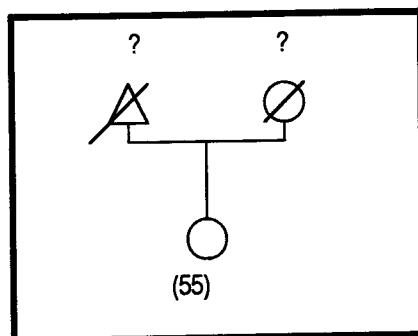
Problemas de saúde		Implicações na vida diária / observações
Mãe	Filho	
Artroses ↓ acentuada da acuidade visual (usa óculos) ↓ acentuada da acuidade auditiva Incontinência urinária	Dores na articulação tíbio-társica e na região escápulo-umeral (desde que levou um coice de um boi)	A mãe: incapacidade na deambulação; arrasta-se com a ajuda de um balde. Confecciona alimentos; Costura

Família C



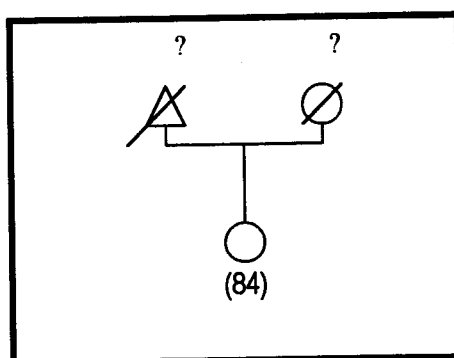
Problemas de saúde	Implicações na vida diária / observações
Artroses H.T.A.	Dificuldade na deambulação; apoia-se num pau que ele próprio adaptou para o efeito.

Família D



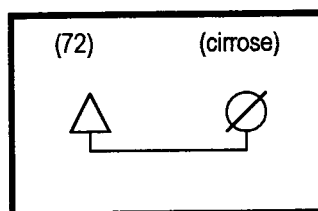
Problemas de saúde	Observações
Não refere problemas de saúde relevantes. "Sinto-me saudável"	Obesidade Há ± 18 anos que não vai ao médico.

Família E



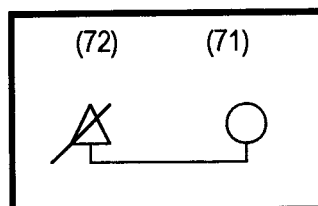
Problemas de saúde	Implicações na vida diária / Observações
Retenção urinária ocorrida há aproximadamente 3 semanas; Dor no hemitorax esquerdo, motivada por queda.	Perda de urina entre o tamponamento e a sonda; Deficientes cuidados de higiene Desconforto relacionado com a dor Alto risco de infecção urinária
	Apresenta sonda de foley desde essa altura com tamponamento de madeira esculpido pelo próprio. Desconhecimento da data em que deve proceder à mudança da sonda.

Família F



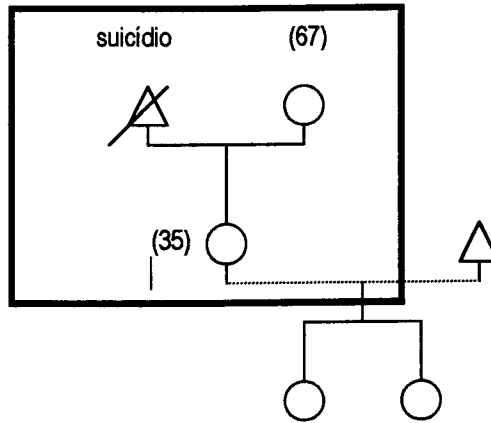
Problemas de saúde	Implicações na vida diária / Observações
A.P. Febre tifoide Fractura de costelas há \pm 1 ano Artroses Problemas de coluna	Dificuldade em realizar determinadas tarefas no trabalho diário.

Família G



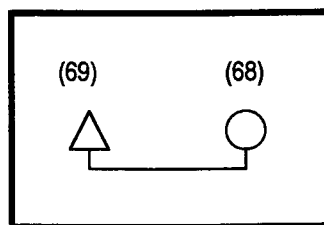
Problemas de saúde		Implicações na vida diária / Observações
Marido	Esposa	
Artroses (Duas intervenções cirúrgicas à anca esq.- a última foi há 10 anos- Operado há 1 mês - neoplasia gástrica	Depressão diagnosticada há 11 anos.	O marido necessita de ajuda para a realização das actividades de vida diária (vestir, calçar, alimentar); É a esposa que assume esse papel, para além de realizar as tarefas agrícolas e domésticas.

Família H



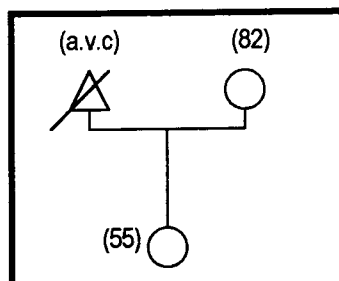
Problemas de saúde		Implicações na vida diária / Observações
Mãe	Filha	
Artroses nos joelhos	Depressão diagnosticada há mais de 5 anos, com três internamentos num espaço de um ano. Tentativa de suicídio.	Filha: Insatisfação acentuada face à vida; sentimento de tristeza e choro frequente. Dificuldade em exercer autodomínio. Períodos de inactividade laboral. Isolamento social.

Família I



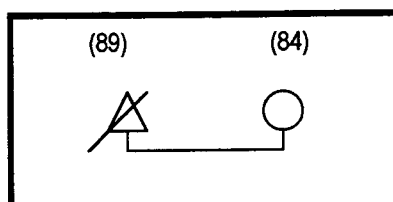
Problemas de saúde	
Marido	Esposa
H.T.A.	Osteoporose Reumatismo Síndrome depressivo

Família J



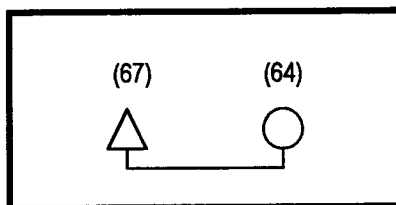
Problemas de saúde	
Mãe	Filha
Problemas de coluna Há alguns meses fez fractura da bacia devido a uma queda	Problemas de coluna Problemas reumáticos

Família L



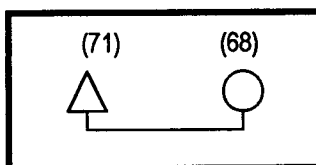
Problemas de saúde		Implicações na vida diária / Observações
Marido	Esposa	
A.P- T.P. Afecção na coluna motivada por quedas: há ± 10 anos há 1 ano	Sopro cardíaco HTA Bronquite Reumatismo Incontinência urinária de esforço	Dificuldade na realização das tarefas diárias.

Família M



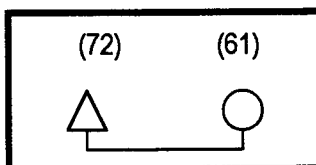
Problemas de saúde		Implicações na vida diária / Observações
Marido	Esposa	
Amputação da mão esq. há \cong 10 anos (rebentamento de bomba) Nevroma da mão esq. actualmente Diabetes não insulino-dependente	Quistos nos ovários Dislipidémia H.T.A. Reumatismo	O marido tem prótese em forma de gancho de um material que se assemelha ao aço, que lhe permite ajudar a realizar trabalho na agricultura.

Família N



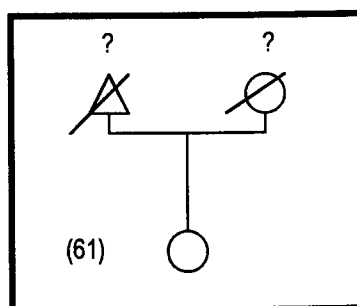
Problemas de saúde	
Marido	Esposa
H.T.A. Coxo-artrose	Reumatismo

Família O



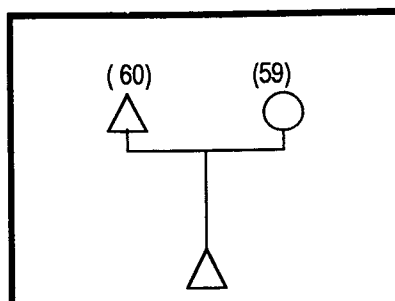
Problemas de saúde	
Marido	Esposa
H.T.A.	Problemas de coluna Artroses

Família P

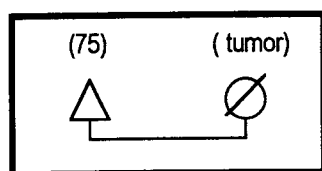


Problemas de saúde		Implicações na vida diária / Observações
A.P.- Poliomielite; meningite Mioma (operada há 7anos)	Actualmente: HTA	Incapacidade para deambular: Desloca-se com canadianas Realiza as tarefas domésticas com dificuldade.

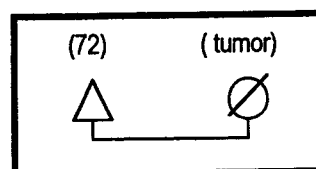
Família Q



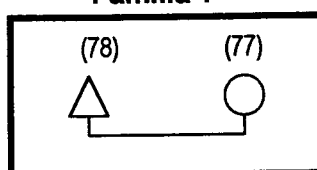
Problemas de saúde			Observações
Pai	Mãe	Filho	
Etílico crónico H.T.A.	H.T.A. Problema coronário	Fractura de costelas, aos 16 anos em resultado de acidente	Filho: 3 acidentes de motorizada: aos (aos - 16 fractura de costelas, aos 18 e 19 com ferimentos ligeiros). 1 acidente com bomba (a pescar).

Família R

Problemas de saúde
Diabetes
Úlcera (perfuração há 3 anos)
Problema prostático

Família S

Problemas de saúde
Operado há 3 anos hérnia inguinal. Diz ser uma pessoa saudável

Família T

Problemas de saúde	
Marido	Esposa
Tem um <i>pace maker</i>	Arteriosclerose cerebral
	Úlcera gástrica
	Osteoporose

A idade avançada destas famílias, só por si representa um factor ameaçador à sua saúde. Associadas à idade, estão, como se verificou, um vasto leque de doenças crónicas, muitas delas com implicações na manutenção das actividades de vida diária. As situações problema que caracterizam principalmente as família E, G, H e Q requerem uma intervenção multidisciplinar, e muito particularmente da enfermagem.

NÍVEL DA CAPACIDADE FUNCIONAL

A avaliação deste componente foi feita seguindo um conjunto de procedimentos que visasse captar a realidade vivida por estas famílias relativamente à capacidade para realizar as actividades da vida diária. Destas actividades, seleccionaram-se as seguintes:

alimentação, cuidados de higiene, vestir calçar, e andar. Para analisar esta dimensão também se alargou a pesquisa de dados ao grupo total em estudo por razões idênticas às referidas para a dimensão anterior.

Para a avaliação do nível de dependência de cada uma das actividades criaram-se indicadores que traduzissem três tipos de situação. A situação de independente, de parcialmente dependente e de dependente, (Quadro 10).

QUADRO 10 - INDICADORES PARA AVALIAR O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA

ACTIVIDADES	NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA		
	1 INDEPENDÊNCIA	2 PARCIALMENTE DEPENDENTE	3 DEPENDENTE
ALIMENTAÇÃO	É capaz adquirir produtos, confeccionar e alimentar-se	É capaz de adquirir produtos com dificuldade, mas confecciona-os e alimenta-se	É capaz de se alimentar com ajuda
CUIDADOS DE HIGIENE	Faz a higiene pessoal sem dificuldade	Faz a higiene pessoal com dificuldade	Faz a higiene pessoal com ajuda
VESTIR E CALÇAR	Realiza sozinho, sem dificuldade.	Realiza sozinho com dificuldade.	Realiza apenas com ajuda
ANDAR	- Anda sozinho e percorre distâncias longas. - Anda sozinho mas já não é capaz de percorrer distâncias longas	Anda sozinho mas recorre frequentemente a material adaptado	Anda sozinho apenas com ajuda de material adaptado

No que se refere à alimentação observam-se 27 pessoas com capacidade para adquirir produtos alimentares, confeccionar e para se alimentar, 3 que adquirem os produtos alimentares com dificuldade, (por apresentarem dificuldade na mobilidade) mas são capazes de os confeccionar e de se alimentar e 2 que necessitam ajuda para se alimentar no que se refere ao descascar da fruta e corte dos alimentos,(Quadro 11).

QUADRO 11 - CAPACIDADE PARA A ALIMENTAÇÃO

FAMÍLIAS	É CAPAZ ADQUIRIR PRODUTOS, CONFECCIONAR E ALIMENTAR-SE 1	É CAPAZ DE ADQUIRIR PRODUTOS COM DIFICULDADE, MAS CONFECCIONA-OS E ALIMENTA-SE 2	É CAPAZ DE SE ALIMENTAR COM AJUDA 3
A - marido esposa			
B - mãe filho			
C - J.A.			
D - M. L.			
E - J. A.			
F - J. D.			
G - marido esposa			
H - mãe filha			
I - marido esposa			
J - mãe filha			
L - marido esposa			
M - marido esposa			
N - marido esposa			
O - marido esposa			
P - Felisbela			
Q - pai mãe filho			
R - A. M.			
S - M. O.			
T - marido esposa			

Registam-se 28 pessoas com capacidade para realizar os cuidados de higiene, 2 que os realizam sozinhos mas com dificuldade e 2 realizam-nos apenas com ajuda, (Quadro 12).

QUADRO 12 - CAPACIDADE PARA A HIGIENE

FAMÍLIAS	FAZ SEM DIFICULDADE 1	FAZ SOZINHO COM DIFICULDADE 2	FAZ APENAS COM AJUDA 3
A - marido esposa			
B - mãe filho			
C - J.A.			
D - M. L.			
E - J. A.			
F - J. D.			
G - marido esposa			
H - mãe filha			
I - marido esposa			
J - mãe filha			
L - marido esposa			
M - marido esposa			
N - marido esposa			
O - marido esposa			
P - Felizbela			
Q - pai mãe filho			
R - A. M.			
S - M. C.			
T - marido esposa			

As dificuldades no vestir e calçar observam-se nas mesmas pessoas que apresentam dificuldades para a actividade anterior, (Quadro 13).

QUADRO 13 - CAPACIDADE PARA SE VESTIR E CALÇAR

FAMÍLIAS	REALIZA SOZINHO, SEM DIFICULDADE 1	REALIZA SOZINHO COM DIFICULDADE 2	REALIZA SÓ COM AJUDA 3
A - marido esposa			
B - mãe filho			
C - J.A.			
D - M. L.			
E - J. A.			
F - J. D.			
G - marido esposa			
H - mãe filha			
I - marido esposa			
J - mãe filha			
L - marido esposa			
M - marido esposa			
N - marido esposa			
O - marido esposa			
P - Felisbela			
Q - pai mãe filho			
R - A. M.			
S - M. O.			
T - marido esposa			

Como se constata através do quadro 14, a mobilidade é a actividade mais afectada. Verifica-se que 18 pessoas andam sozinhas e são capaz de percorrer longas distâncias, 6 andam sozinhas mas são incapaz de percorrer longas distâncias, 3 andam mas recorrem frequentemente a material adaptado e 5 andam apenas com a ajuda de material adaptado (canadianas, muletas, paus adaptados para o efeito, e o caso particular de M.B. que por não se adaptar ao andarilho utiliza um balde).

QUADRO 14 - CAPACIDADE PARA ANDAR

FAMÍLIAS	ANDA SOZINHO, E PERCORRE DISTÂNCIAS LONGAS	ANDA SOZINHO, MAS JÁ NÃO É CAPAZ DE PERCORRER DISTÂNCIAS LONGAS	ANDA SOZINHO MAS RECORRE FREQUENTEMENTE A MATERIAL ADAPTADO	ANDA SOZINHO APENAS COM AJUDA DE MATERIAL ADAPTADO
	1	1	2	3
A - marido esposa				
B - mãe filho				
C - J.A.				
D - M. L.				
E - J. A.				
F - J. D.				
G - marido esposa				
H - mãe filha				
I - marido esposa				
J - mãe filha				
L - marido esposa				
M - marido esposa				
N - marido esposa				
O - marido esposa				
P - Felisbela				
Q - pai mãe filho				
R - A. M.				
S - M. O.				
T - marido esposa				

Segue-se em resumo esquemático (Quadro 15), a distribuição das famílias que apresentam comprometimento² do nível da capacidade funcional relativamente às

² Considera-se comprometimento da capacidade funcional quando a pessoa se encontra em situação *parcialmente dependente e dependente*.

actividades de vida em estudo, isto é, as que possuem algum elemento *parcialmente dependente* e/ou *dependente*.

QUADRO 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS COM COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DAS ACTIVIDADES EM ESTUDO (RIO VERDE).

ACTIVIDADES	NÍVEL DE CAPACIDADE FUNCIONAL		Nº DE FAMÍLIAS
	<i>Parcialmente dependente</i>	<i>Dependente</i>	
Alimentação	B C P	A G	5
Cuidados de higiene	B C	A G	4
Vestir e calçar	B C	A G	
Andar	J L O	A B C G	7

ESTADO IMUNITÁRIO EM RELAÇÃO À DOENÇA DO TÉTANO

Uma das principais actividades preventivas a desenvolver pelas equipas de Cuidados de Saúde Primários é a vacinação. Embora alguns grupos populacionais estejam particularmente expostos à doença do tétano quer pela sua profissão, quer pela idade, nem sempre se desenvolvem medidas para concretizar esta acção. Sabe-se que o tétano é

actualmente uma doença de “baixa incidência nos países desenvolvidos, mas aparece como sendo um importante problema de saúde pública pela sua elevada mortalidade, superior a 50% em indivíduos com mais de 60 anos de idade” (Júlia; Garcia 1991: 594). Como enfermeira de saúde pública não poderia deixar a descoberto a exploração da realidade nesta área adentro desta comunidade. Assim, em primeiro lugar coloquei questões com o objectivo de indagar o conhecimento que as pessoas têm sobre a doença e sobre a vacina, e de identificar a cobertura da vacina antitetânica; em segundo lugar, fiz questão de saber a aceitação da comunidade perante uma possível sessão de educação para a saúde.

Das vinte e duas pessoas inquiridas, dezasseis nunca ouviram falar da doença, dezoito desconhecem que existe uma vacina para evitar a doença e existem apenas duas pessoas que referem estar vacinadas (Quadro 16).

QUADRO 16 - INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA DO TÉTANO E COBERTURA ANTITETÂNICA

	JÁ OUVIU FALAR DA DOENÇA	SABIA QUE EXISTE UMA VACINA PARA PROTEGER DA DOENÇA	ESTÁ VACINADO	OBSERVAÇÕES
Sim	6	4	2	"as doenças estão mais nos sítios onde há poeiras e fumos"
Não	16	18	12	
Não sei	0	0	8	
Total	22	22	22	

É interessante o comentário feito por um dos entrevistados. O meio em que vive é visto como fonte de saúde, em oposição ao meio urbano industrializado. É de facto, uma visão simplista e fragmentada, porque ao situar a doença no meio urbano, tem apenas em conta os problemas de saúde ligados à industrialização, afastando outro leque de doenças (infecciosas e parasitárias), que têm particular incidência meios rurais com carência a outros níveis.

Face à questão “gostaria de ser informado sobre a doença”, quinze pessoas responderam afirmativamente, quatro pessoas situam-se no plano da indiferença, duas dizem que não sabem e uma responde negativamente. Importa sublinhar, que a última resposta vem precisamente da pessoa mais jovem da aldeia.

O interesse manifestado pelas pessoas em ser informadas, é quase sempre justificado pelo ditado “mais vale prevenir do que remediar”, e aqueles para quem é indiferente ser informado remetem-se para uma aceitação fatalista e determinista das doenças, para o facto de se encontrarem numa idade avançada onde já pouco vale a pena fazer algo pela saúde e para a convicção de que numa certa idade este tipo de doenças já não ocorre. Para o mais jovem apenas lhe importa estar vacinado.

Para melhor conhecer a aceitação face a uma possível sessão de educação para a saúde sobre a doença do tétano e à vacinação, criou-se a situação hipotética descrita na página ...do guião de entrevista. Relembrando: “Imagine que era avisado, de que, na próxima semana viria uma enfermeira ao posto de saúde de Cambas com a finalidade de informar a população sobre a doença do tétano e para vacinar a população. Achava importante que isso acontecesse ou não?” Do total dos entrevistados, vinte referiram que sim e dois manifestaram-se indiferentes.

Por sua vez, confrontados com a pergunta “la lá para ser informado ou vacinado”, quatro pessoas responderam que não, oito pessoas responderam afirmativamente e dez responderam que iriam conforme a disponibilidade do trabalho ou no caso de haver mais pessoas para ir. Registou-se, pois, uma tendência para irem segundo determinadas condições: a intensidade do trabalho e o facto de haver ou não mais pessoas interessadas em ir, são factores apontados para a tomada de decisão no momento.

3. ATITUDES E COMPORTAMENTOS FACE A ALGUMAS ACTIVIDADES DE VIDA

Os hábitos de vida, como as crenças que daí surgem, asseguram a manutenção da vida. Encontram as suas origens em tudo o que foi considerado bom ou mau para garantir, consoante os grupos culturais, o desenvolvimento do corpo: práticas alimentares, práticas de higiene exercício físico, sono e repouso, cuidados estéticos, entre outros. As práticas alimentares e as do corpo estão sempre subjacentes a qualquer forma do processo saúde/doença. Estão na raiz da elaboração de muitos comportamentos e atitudes, vindo outros hábitos de vida a enxertar-se neste núcleo cultural de base. Abordá-los e modificá-los sem os ter identificado, sem ter procurado compreender o seu significado, os seus alicerces mais profundos e os comportamentos daí resultantes, constitui um erro profundo. Foi segundo esta linha de pensamento, que parti para a identificação de atitudes e comportamentos face às seguintes actividades de vida: *alimentação/hidratação, higiene corporal, sono e repouso e ocupação dos tempos livres.*

ALIMENTAÇÃO

Os alimentos disponíveis e apreciados em meios rurais, são por vezes diferentes daqueles que predominam em zonas urbanas. Estas diferenças podem estender-se aos métodos de distribuição, à preparação e à conservação dos alimentos; todos estes processos influenciam o valor nutritivo dos alimentos. Por outro lado, os padrões alimentares e os gostos estão interligados à cultura de uma comunidade devendo esse factor ser considerado quando se pretende intervir na dieta de um grupo social. “As mudanças desejadas no comportamento alimentar, devem ser efectuadas com o mínimo de ruptura no estilo de vida do indivíduo e família” (Krause & Mahan: 393). Os padrões alimentares constituem-se a partir da escolha dos comestíveis considerados como alimentos de uma determinada comunidade. Define-se o estudo dos hábitos alimentares como “o estudo do modo pelo qual o indivíduo, em resposta a pressões sociais e culturais, selecciona, consome e utiliza as reservas alimentares disponíveis” (Krause & Mahan: 394). Neste

contexto é oportuno fazer também referência a Dulce Magalhães quando afirma “a alimentação reporta-se a um campo extremamente vasto do social, pois extravaza em muito a mera necessidade fisiológica... reencontram-se nas práticas alimentares, a incontornável matriz das distinções sociais. Desta forma, desde a primeira infância, através do trabalho pedagógico familiar vai-se construindo uma matriz alimentar de origem, que se traduz num determinado estilo alimentar, inscrito, ele próprio, no estilo de vida do grupo/classe de família de indivíduo”(Magalhães 1996: 217). Em consequência, a presença ou ausência de certos alimentos fará parte integrante do estilo alimentar que procede, normalmente, à infância.

Para aprofundar esta dimensão indagou-se sobre as *preferências alimentares (alimentos que mais apreciam e alimentos que menos apreciam), os alimentos mais consumidos, os alimentos menos consumidos, a ingestão de leite a ingestão de água, a organização das refeições (número e distribuição ao longo do dia) e o método de cozedura mais utilizado.*

Antes, porém far-se-á uma resenha, sobre os hábitos alimentares num contexto global, reflexo das condições, nível de vida e meio geográfico em que a população vive.

Numa terra onde o milho foi durante muitos anos o principal cereal, a broa e a “triga milha” foram até há pouco tempo o pão tradicional. Todas as mulheres coziam este pão, que depois era colocado numa “maseira” onde se mantinha normalmente tapado com uma toalha até ser totalmente consumido. Com a electrificação da aldeia na década de 70, e a consequente aquisição de frigoríficos e arcas congeladoras, passou a adoptar-se a refrigeração e a congelação como métodos de conservação deste alimento.

Ainda hoje o hábito se mantém nas famílias em que há um elemento do sexo feminino capaz de amassar o pão, continuando a ser o mais apreciado. Contudo, a diminuição da força física de algumas mulheres, pela sua idade avançada (incapaz de responder ao esforço físico que o amassar do pão exige), e o facto desta tarefa estar adstrita à mulher, levou várias famílias a abandonar o uso. Com efeito, há actualmente oito famílias a recorrer ao pão fornecido pelo padeiro, que vem duas vezes por semana à aldeia.

Actualmente, a concretização desta tarefa impôs uma maior interacção nas famílias. Cozer pão numa casa implica envolver outra casa. A satisfação da necessidade é

condicionada pela necessidade verificada noutra família, uma vez que número reduzido de elementos que compõem as famílias, (1 ou 2 à excepção da família 19 que é constituída por 3 elementos) não justifica o gasto de lenha para acender do forno. Assim, para concretizar a tarefa verifica-se sempre a junção de duas casas. As casas que abandonaram o uso (pelas razões atrás referidas), são por vezes contempladas com um pão caseiro. Uma forma de retribuir um pequeno favor ou simplesmente um gesto de simpatia.

O pão, a batata os legumes (principalmente a couve) e a carne de porco são a base da alimentação das famílias de Rio Verde.

Até há vinte anos atrás a criação do porco era um elemento indispensável na alimentação de todas as famílias. A matança do porco era um acontecimento importante na vida da casa. Hoje a tradição mantém-se para um pequeno número de famílias (5). As restantes abastecem-se no mercado de Pampilhosa da Serra que se realiza quinzenalmente. A conservação da carne é feita associando o método de refrigeração ao da salga ou simplesmente através da salga para o caso de duas pessoas que não têm frigorífico.

As preferências alimentares orientam-se para os “produtos que vêm da fazenda: hortaliça, batata, feijão”, a carne de porco, galinha e carne de rês. Dentre os peixes, a sardinha e o bacalhau são os mais referidos. Só duas pessoas, (Gabriel Mota, o elemento mais jovem, e José Fernandes, emigrante durante muitos anos), referiram bife/costeleta com batata frita e cozido à portuguesa. A sopa é também dos alimentos mais apreciados registando-se na sua confecção a particularidade de não ser triturada, “porque não fica tão saborosa”. Das catorze famílias que possuem varinha mágica só duas a utilizam com mais frequência e uma delas porque o marido tem um problemas gástrico que requer alimentos mais triturados.

Sabe-se que os gostos por um determinado alimento são o resultado duma aprendizagem que ocorre ao longo da vida, para a qual muito contribuem os hábitos alimentares, por sua vez condicionados pelo meio económico e social. São estabelecidos principalmente durante a infância e só podem ser mudados através da introdução gradual de novos alimentos e novas ideias. Estas famílias cresceram e viveram onde a carne de porco era a reserva para o ano, onde a vendedora ambulante lhes trazia à porta uma cesta com

sardinha ou carapau (e, por razões óbvias não lhe traziam pescada, polvo, lampreia ...) e por isso se compreende que os seus gostos se dirijam precisamente para aqueles alimentos.

Os alimentos que menos apreciam são o arroz e a massa, a carne de vaca, a pescada e sopas muito passadas. Há duas pessoas que nunca comeram carne de vaca.

Os alimentos mais consumidos assentam nos alimentos que entram na primeira linha de preferências, ou sejam, hortaliça, sopa, batata, feijão, carne de porco, galinha e carne de rês, a sardinha e o bacalhau, com excepção para José da Ponte, que, por razões de saúde, come mais vezes aquilo que menos gosta: peixe cozido, arroz branco e frango. Os alimentos menos consumidos, coincidem com os alimentos que menos gostam ou sejam a carne de vaca, o arroz a massa e a pescada, à excepção de José Fernandes e José da Ponte. O primeiro referiu como alimentos menos consumidos “estas coisas caras; bifes, febras, fruta...” e no entanto foram os alimentos mais preferidos, e o segundo, pelas razões atrás assinaladas come menos vezes aquilo que mais gosta: a sardinha a carne de porco a carne de rês, o bacalhau e a hortaliça. A fruta é dos alimentos menos consumidos e a sua ingestão, regra geral, é feita no intervalo das refeições variando muito com a época do ano. Nos meses de Setembro e Outubro existe abundância de maçã que daria para prover às necessidades durante o ano, mas armazenada nos forros, muita acaba por se deteriorar, não suprimindo assim as necessidades. A uva é outra fruta que se guarda igualmente nos forros. Unem-se vários cachos e suspendem-se em pregos donde se vão retirando até esgotar a reserva.

A ingestão de leite é muito reduzida: Quinze pessoas não bebem leite, duas raramente bebem e cinco bebem regularmente. Destas, duas pessoas ingerem aproximadamente 200cc/dia (1copo), e cada uma das restantes ingere 500cc, 750cc e 1l respectivamente.

HIDRATAÇÃO

Considerou-se também importante conhecer os hábitos no que se refere ao consumo da água, pela funções vitais que desempenha no organismo humano. As necessidades da água dependem das perdas através das diversa vias. *O Food and Nutrition*

Board estabeleceu que “sob as condições mais favoráveis (dieta pobre em solutos), actividade física mínima e ausência de suor, a água total suprida pelos alimentos, bebida e a água metabólica deve ser no mínimo de 1,5 litros por dia. A necessidade adequada para adultos na maioria dos casos é de 2 ½ ou aproximadamente de 2 ½ a 3 litros”. Uma ingestão adequada de água é perfeitamente controlada pela sede. A sensação de sede ocorre naturalmente com maior intensidade na época quente, por ocorrer maior eliminação da água.

As pessoas desta comunidade referem uma maior ingestão no Verão. Neste período a ingestão varia de 1 copo (para uma pessoa) a 2,5- 3 litros (para quatro pessoas) mas a maioria situa-se entre 1 litro a 1,5 litro. De Inverno há seis pessoas que passam dias sem beber água, sete não ultrapassam 1 copo, seis não vão além de 0,5 litro e três referem ingerir entre 0,5 litro a 1 litro, (Quadro 17). De facto, ressaltam seis pessoas que estão bastante abaixo dos valores desejáveis, mas este hábito “pouco saudável” é em parte minimizado pela consumo frequente de vegetais. Como já havia referido, a sopa e a hortaliça (alimento cujo teor de água é dos mais elevados), entra nos alimentos mais consumidos e, pelo que conheço e verifiquei, são ingeridos em grande quantidade.

QUADRO 17 – QUANTIDADES DA ÁGUA INGERIDA SEGUNDO A ÉPOCA DO ANO (RIO VERDE)

Época	Quantidades/dia								
	Passam-se dias que não bebe	Até 1 copo	Até 0,5l	0,5l – 1l	Total pessoas	1l – 1,5l	1,5 - 2l	2l – 3l	Total pessoas
Fria	6	7	6	3	22				
Quente		1				12	5	4	22

Na organização das refeições quis saber o número de refeições e a sua distribuição ao longo do dia. A maior parte das pessoas (20), fazem 3-4 refeições. Das restantes, uma tem um número irregular de refeições e outra situa-se entre 2-3 refeições. O número de refeições é pois inferior ao recomendado, considerando-se desejável que o adulto e idoso faça 5-6 refeições por dia. De um modo geral, é o trabalho que orienta o horário das refeições. Assim, a partir do momento em que se começa a verificar maior intensidade no

trabalho agrícola, as pessoas passam a não ter horário regular. Prova disso é a expressão: “Não tenho um ponto certo. Sou capaz de comer 4 ou 5 vezes ou sou capaz de comer só duas. Conforme é o trabalho assim a refeição”. O trabalho condiciona não só o horário como a sua distribuição ao longo dia. A primeira refeição (“dejuja”), ocorre geralmente depois de alguns afazeres, normalmente entre as 8 e as 10 horas; o almoço, entre o meio dia e as 14h e 30 m e o jantar varia muito ao longo do ano: no Verão acontece geralmente após as vinte horas e, no inverno janta-se entre as 5,30 (os mais idosos) e as 7horas. O lanche ocorre essencialmente no período de tempo em que a duração dos dias é maior (Primavera e Verão).

Quanto ao tipo de cozedura mais utilizado predominam os cozidos e os fritos. Os guisados e refogados foram referidos apenas por três pessoas.

HIGIENE CORPORAL

Para conhecer e compreender os hábitos de higiene corporal da comunidade, procurei saber até que ponto as pessoas consideram o banho uma actividade fundamental na sua vida quotidiana. Para isso, perguntei a cada um dos entrevistados se *considera o banho uma prática importante para ter saúde, se gosta de tomar banho, se tem por hábito fazer banho completo diariamente, se se sente mal pelo facto de não tomar banho e a partir de quantos dias se começa a sentir mal pelo facto de não tomar banho*. A minha experiência como profissional deu há muito para perceber que, a lógica que estrutura a nossa realidade sobre esta dimensão – a higiene – não se coaduna com a percepção, os conceitos, as vivências de muitos utentes e em particular de alguns idosos (o grupo etário que mais afluí aos serviços de saúde). Diariamente me confrontei com doentes cujo estado de higiene era para nós profissionais classificado de mau ou deficiente, e no seu entender não precisavam de tomar banho, bem pelo contrário sentiam-se limpos. Ora, a acção da enfermagem, entre outros aspectos, situa-se em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir e a limitar a doença. Estando a higiene em estreita relação com o processo de saúde/doença é ponto assente que ela terá que ser sempre considerada. Para concretizar esta ideia, por vezes situamo-nos numa encruzilhada de “desejos”, o nosso e o do utente, que nos coloca numa situação de dilema, nem sempre

fácil de contornar. Por isso, talvez importe, neste momento, questionar em primeiro lugar onde situamos o doente: “é ele objecto de tratamento, ou é um participante de cuidados?”(Collière 1989: 273), em segundo lugar “de que saúde falamos de uma saúde normativa aplicável, massivamente, a todos e da qual se devem excluir todos os que não estão de acordo com as normas, ou homens agindo a partir do potencial da sua vida, contribuindo para o seu próprio desenvolvimento, a partir do seu meio?” (Collière 1989: 273). Talvez que, a partir desta reflexão não nos agarremos isoladamente a um desejo excluindo o outro, mas sim se aprenda a compreender e a servir-se de ambos os desejos, que é possível ver com mais clareza e procurar com a pessoa o que ter em conta.

As pessoas deste grupo, na sua grande maioria consideram o banho uma prática importante para obter saúde: dezoito responderam *sim*, três *talvez* e um *não sei*. A justificação dada radica no bem estar do corpo quando se toma banho. Aqui, muitos das declarações fazem referência ao facto do corpo ficar mais leve quando se toma banho, ao sentir-se bem com a eliminação da transpiração. Merece ser comentado o facto de que, apesar de ser uma população com baixo nível de instrução (21 são analfabetos, 5 têm a 4ª classe, 5 sabem ler e escrever e 1 tem o 6º ano), há várias pessoas que associam a sujidade aos micróbios e estes à doença, complementando ainda que a limpeza afasta a doença. Portanto, não há dúvidas que o banho é visto como fonte de saúde, uma maneira de evitar a doença. Os seus discursos integram perfeitamente a lógica de corpo limpo, pessoa mais leve anda melhor. Verifica-se também uma nítida consciência em relação à diferença que existe no tempo quanto à incidência de determinadas doenças: “antigamente havia muito mais doenças pela falta de higiene”.

Das vinte e duas pessoas entrevistadas, vinte *gostam de tomar banho*. Das restantes uma diz *nem por isso* e outra *às vezes*.

Para conhecer a prática de higiene corporal, quis saber qual a frequência com que as pessoas fazem banho e a partir das suas respostas foi possível estabelecer categorias. Quando confrontados directamente com a pergunta *costuma tomar banho completo diariamente*, regista-se um maior número de pessoas a tomar banho uma vez por semana e verifica-se que a grande parte se afasta-se em larga medida da situação desejável numa perspectiva de conservação da saúde e de bem estar, (Quadro 18).

QUADRO 18 - FREQUÊNCIA DO BANHO NA COMUNIDADE DE RIO VERDE

Diário	2 x sem	1x / sem	>1x/sem	> Meses	> Anos	Total
2	2	8	6	3	1	22

Estes resultados, tendo em conta as respostas ao nível do conhecimento cognitivo, não são, como se pode verificar, coincidentes. À luz dos depoimentos obtidos em resposta à primeira pergunta, e sobre os quais assentou a análise efectuada anteriormente, seria de esperar um comportamento diferente. Esta descoincidência pode ser perfeitamente justificada pelo fraco valor afectivo atribuído à higiene corporal. Sabe-se que as motivações, as aspirações, os interesses desempenham um papel motor ou inibidor tanto por parte de quem recebe cuidados como de quem os presta. "O sentido ou o afecto, liga-se a toda a situação de vida e, consoante o vivido dos costumes ou a impregnação das crenças, assim estimula ou inibe a pessoa" (Collière 1989: 302). Este grupo viveu e alguns ainda vivem, um conjunto de restrições e constrangimentos relacionados com as condições habitacionais que dificultam a realização desta actividade. O não abastecimento de água ao domicílio para alguns, o não funcionamento dos esquentadores pela baixa pressão da água para outros, o arrefecimento acentuado das casas nos meses frios para todos, e ainda, a inexistência de casa de banho em algumas casas dificultam obviamente um processo que nós accionamos simplesmente abrindo a torneira e/ou carregando em botões. Por outro lado, face a uma colectividade que trabalhou quase sempre na terra ou a realizar tarefas que implicavam sujar o corpo, em que o conforto não passa tanto pelo banho, mas mais pelo descanso do corpo, é natural que os seus valores em relação à frequência do banho sejam bastante diferentes dos nossos.

Os respondentes teceram afirmações que permitem aprofundar a realidade por eles vivida nesta matéria. Nessas afirmações, evidenciam-se perfeitamente as limitações atrás referidas, quando afirmam: "De verão é diário, quando vem o frio de semana a semana"(António Marinheiro); "De inverno passa-se meses que não tomo, de Verão é que tomo mais de amiúde, gosto de me lavar... numa poça na horta...(Maria José). Umhas semanas tomo outras não tomo. É quando vejo que é preciso. É quando calha, quando é preciso." "É conforme posso, conforme o vagar; o tempo não chega às vezes para

muito trabalho” (Fernanda Campos). “Gostava de tomar um vez por semana mas com a água de transporte já se sabe que é difícil. O tempo não chega para tudo...com a água de transporte foge-se mais ao banho”(Francisco Marques). “Agora já não trabalho na terra um vez por semana chega bem (Manuel José). Neste último discurso e em outros semelhantes emerge ainda a noção de necessidade de tomar banho fundamentalmente porque existe um factor exterior ao individuo, neste caso a terra, que o suja. E digo fundamentalmente porque esta é apenas uma face da percepção: como atrás foi referido, existe a noção de que o banho é importante porque limpa a transpiração.

Para esta comunidade a frequência com que tomam banho completo assume um carácter relativo porque depende de um conjunto de factores como se verificou. No entanto ficou bem patente que não costumam tomar diariamente.

Pelo que foi referido compreende-se que a ausência de banho diário não seja motivo de mal estar para esta colectividade. A maior parte das pessoas revelam sentir mal estar passadas 1-2 semanas de não tomar banho. Contudo, muitos deles clarificam que nesse período de tempo não se sentem mal “porque lavam a cara, os braços, os pés, e as partes mais importantes”.

HIGIENE ORAL

Para analisar esta dimensão questionou-se sobre o *hábito de lavar os dentes*, no que se refere ao *número de vezes que a acção ocorre no dia, quando ocorre e o material utilizado para o efeito e ainda sobre o recurso ao estomatologista*. Observou-se também o *estado de dentição* dos entrevistados.

Das vinte e duas pessoas apenas doze pessoas lavam os dentes. Destas, nove lavam 1 a 2 vezes/dia, duas lavam 1 vez/semana e um lava raramente. A escovagem dos dentes é feita com pasta dentífrica à excepção de uma pessoa que utiliza água e sabão. Existem cinco respondentes que nunca foram ao estomatologista. Dos dezassete que já foram, quatro pessoas dizem ter ido há menos de 1 ano, seis nos últimos 5 a 10 anos e outros seis foram há mais de 10 anos.

O estado de dentição é francamente mau na maioria das pessoas. Existe apenas uma pessoa que apresenta bom estado de dentição. Das restantes, três possuem 2

próteses completas quer para o maxilar superior quer para o inferior. Todos apresentam ausência de pré-molares e molares e os dentes com tártaro e cárie.

SONO E REPOUSO

A pessoa dorme e descansa segundo um conjunto de factores intrínsecos e extrínsecos a ela. Importa sobretudo analisar os últimos factores referidos, uma vez que nesta comunidade se verifica um conjunto de situações particulares que influenciam fortemente estas actividades.

Em primeiro lugar, foi confirmado que a reforma não alterou o modo de vida destas pessoas e, por isso, o trabalho no campo, de forma mais ou menos intensa, continua a realizar-se; um trabalho que, é preciso dizer-se, gasta, deforma e cansa o corpo.

Em segundo lugar, também já foi destacado a propósito da higiene corporal, que as divisões das casas destas famílias apresentam no inverno uma temperatura ambiente bastante arrefecida, à excepção da cozinha por ali se situar a lareira. Nos meses frios a cozinha é naturalmente o espaço doméstico mais acolhedor e por isso é nele que as pessoas prolongam o dia. Todavia é preciso ter em conta que existe uma certa preocupação em gerir as quantidades de lenha. E existe tanta mais preocupação quanto mais dificuldade as pessoas tiveram em a adquirir; é o caso dos mais idosos. Não se queima lenha durante muito tempo apenas com a função de aquecer o espaço habitacional. É também por estas razões que as pessoas não se alongam muito nas noites de inverno; a partir das nove horas é difícil identificar luz em alguma casa.

Em terceiro lugar, está-se perante um conjunto de pessoas a viver só, que aprendeu tarde a gostar de ver televisão e por isso nem a companhia humana nem o écran os prende por muito tempo. Por último, levantar cedo é uma regra adoptada por quase todas as pessoas devido ao ritmo de trabalho que ainda mantêm. À excepção dos que apresentam mais limitações físicas todos os outros se levantam cerca das 6 horas no Verão e das 7 horas no Inverno.

Face ao exposto, posso sintetizar os factores influentes na determinação do período de sono e repouso a vários níveis: físicos (fadiga do corpo que busca no leito o conforto;

económicos, (poupança de lenha) e sociofamiliares (gosto pouco desenvolvido pela televisão, a solidão e o ritmo de trabalho).

Neste contexto, não é de estranhar que os comportamentos da população ao nível do sono e repouso sejam marcados por um período bastante longo, acentuando-se mais no inverno. As respostas vão, pois, ao encontro daquilo que já havia suposto. No Verão, dez pessoas, deitam-se entre as 20,30 e as 21 horas, e doze entre as 22 e 23 horas, no Inverno, metade dos entrevistados deita-se entre as 17,30 e as 20 e outra metade entre as 20 e as 22 horas. As horas de sono efectivo são, em contrapartida, reduzidas para a maioria das pessoas, o que tem a ver com a idade do grupo em questão. De sublinhar o recurso a medicação em duas pessoas. Existem dez pessoas que têm por hábito dormir a sesta e três fazem-no algumas vezes.

OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES

Parece não fazer muito sentido falar de tempo livre para quem a semana de trabalho de cinco dias nunca chegou e as férias não têm qualquer sentido prático. Terá sido segundo esta lógica que Francisco Marques afirma: “nós aqui os tempos livres são poucos. Quando tenho algum tempo mais livre aproveito para me sentar... conversa-se com um vizinho... ou se calha, deito-me um pouco a descansar o corpo”; também Maria Amélia orienta o seu discurso na mesma lógica quando diz: “trabalho e ajudo³ ...trato de uma galinha que ali tenho... aproveito p’ra varrer a casa e coisas assim. Aos domingos vou à missa; Deus deu-nos 6 dias para trabalhar e um p’ra guardar... também a falar com as pessoas e visitar alguém que está doente”. De facto várias pessoas referem que “não há tempos livres”. No entanto, devido sobretudo a condicionalismos climatéricos que impedem o desenrolar do trabalho quotidiano, verifica-se que as pessoas desta comunidade têm alguns momentos livres, ainda que não sendo tempos livres com o mesmo sentido, a mesma continuidade e a mesma regularidade daqueles para quem se verificou a generalização da semana de trabalho para cinco dias e para quem o período de férias é uma realidade.

³ O termo ajudar é muito utilizado neste grupo: significa trabalhar para outra pessoa sem ser remunerado, em troca de um favor.

Os momentos livres são ocupados, fundamentalmente, a descansar e a conversar. A visita aos doentes é também uma forma de ocupar o tempo. Os homens, ao domingo conservam o uso do espaço da taberna e as mulheres concentram nos seus tempos livres a realização de trabalhos caseiros. A televisão para as pessoas que vivem sós tem alguma utilidade depois do jantar.

4. ATITUDES E COMPORTAMENTOS FACE A ESTILOS DE VIDA NÃO SAUDÁVEIS

Torna-se oportuno recorrer ao capítulo “Estilos de vida saudáveis” de Metas da Saúde para Todos no ano 2000:

“Os estilos de vida estão inteiramente ligados aos valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionalismos práticos de situações culturais, sociais e económicas. O estilo de vida individual é modificado pelos efeitos de interação entre os indivíduos e pela aprendizagem social, os quais influencia o ambiente social e são condicionados por ele. Por outro lado, os estilos de vida modelados pela experiência e pelos factores ambientais não levam a decisões individuais de evitar ou de aceitar certos riscos de saúde. As opções oferecidas aos indivíduos defrontam-se com limites impostos, quer pelo ambiente físico, social e cultural, quer pelos respectivos meios financeiros” (OMS 1985: 62).

Dado o importante papel dos profissionais de saúde, em particular dos que prestam Cuidados de Saúde Primários, na promoção de hábitos a nível do indivíduo, da família e da comunidade, pretendeu-se com a inclusão de perguntas que versassem sobre o tópico, conhecer atitudes e comportamentos face ao consumo de tabaco e de álcool.

Quanto ao consumo de tabaco existe apenas um fumador coincidindo precisamente com o elemento mais jovem. Fuma desde os 16 anos e consome cerca de um maço e meio por dia.

A ingestão de bebidas alcoólicas situa-se em dezassete pessoas. Há quatro mulheres e um homem que negam ingestão de álcool, verificando-se no elemento do sexo masculino abstinência por problemas de saúde. A bebida alcoólica que mais se bebe é o vinho, produzido pelos próprios, cujo teor alcoólico segundo alguns residentes não ultrapassará os sete graus.

Relativamente à frequência de ingestão de álcool, catorze pessoas bebem todos os dias, quatro raramente bebem e outras quatro nunca bebem. As respostas obtidas sobre a frequência de ingestão de álcool não foram totalmente coincidentes com as respostas referidas quando colocada a questão *bebe bebidas alcoólicas*; Um dos elementos que

negou ingerir álcool referiu *a posteriori* que bebia raramente. A maioria das pessoas bebe às refeições e fora das refeições. A circunstância em que o consumo ocorre fora das refeições está estreitamente relacionada com o hábito de se oferecer vinho no campo de inter-relações sociais. Uma simples paragem à porta de um vizinho, um recado que é preciso dar, um pequeno favor que se prestou e o trabalho são sempre ocasiões para que esse facto aconteça. No homem prevalece o hábito de beber um cálice de aguardente em jejum, ("o mata bicho").

A bebida que os homens mais apreciam é o vinho existindo apenas dois elementos a referir a cerveja. A preferência das mulheres recai no vinho do Porto, mas só o bebem em ocasiões especiais.

A avaliação das quantidades de álcool incidiu nos dezoito elementos que referiram ingerir bebidas alcoólicas *diariamente* e *raramente* (considerando-se como significado de raramente quando o entrevistado referisse beber 1 a 2 vezes por semana). As quantidades referidas revelam prevalência de importantes ingestões alcoólicas para alguns elementos: seis pessoas ingerem 2-3 copos por dia, outras cinco ingerem 4-5 copos por dia, duas pessoas ingerem 6-8 copo, quatro ingerem cerca de 1 litro ou mais e um bebe 3 garrafas de cerveja por dia. A par destas quantidades foi também mencionada a ingestão de aguardente principalmente em jejum (2 pessoas referem beber 3 cálices por dia), (Quadro 19).

QUADRO 19 - INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NA COMUNIDADE DE RIO VERDE/DIA
(QUANTIDADES E TIPO DE BEBIDA)

BEBIDAS →	VINHO				CERVEJA	TOTAL
	2-3 copos	4-5 copos	6-8 copos	≥ 1 litro	≅ 1 litro	
QUANTIDADES →						
Nº PESSOAS →	6	5	2	4 *	1	18
Observações: * Destes quatro elementos, dois ingerem 2-3 cálices de aguardente/dia						

As mulheres bebem em geral menores quantidades de vinho que os homens: situam-se entre os 2-8 copos de vinho/dias mas a maioria ingere 2-3 copos/dia, (Quadro 20).

QUADRO 20 - INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NA COMUNIDADE DE RIO VERDE
SEGUNDO O SEXO (QUANTIDADE/DIA)

BEBIDAS → QUANTIDADES →	VINHO				CERVEJA	TOTAL
	2-3 copos	4-5 copos	6-8 copos	≥ 1 litro	≅ 1 litro	
MASCULINO	1	2	4	2	1	7
FEMININO	7	2	2			11
					Total dos totais	18

O início de hábitos de ingestão foi feito muito precocemente quer para o homem quer para a mulher. Quase todas as pessoas começaram a beber em criança.

Lembro que as questões formuladas não tiveram como objectivo determinar o risco de alcoolismo; para tal, seria necessário introduzir perguntas que tivessem uma sensibilidade e uma especificidade elevadas.

CAPÍTULO VII

A VIDA QUOTIDIANA DA COMUNIDADE DE RIO VERDE

(NOTAS DE CAMPO)

4 Janeiro/97

À semelhança do que acontece por todo o país, também nesta aldeia, o inverno tem sido rico em chuva e rigoroso nas temperaturas que se têm sentido.

Aqui raramente neva. Este ano, em Janeiro, uma boa camada de neve não só pintou a aldeia de branco, como as zonas circunvizinhas...

8 Fevereiro

Esta é a época do ano em que as águas da barragem atingem o nível mais elevado. Está quase cheia. As suas águas passaram do verde turvo, para o verde das serras, que agora estão cobertas de vegetação.

Do local onde me encontro, observo um quadro paradisíaco. Tudo o que me é exterior, assume harmonia. Sente-se um sossego, que inevitavelmente me transmite tranquilidade absoluta. Reina, não o silêncio total, susceptível de ser fastidioso, mas aquele silêncio apaziguador, capaz de trazer aos nossos sentidos, sons que em outras zonas rurais se tornaram imperceptíveis. Um silêncio quebrado pelo chilrear dos pássaros, pelo bulir das folhas quando a aragem corre mais veloz, pelo tocar dos chocalhos que algumas cabeças de gado fazem mover.

Só de vez em quando se nota a presença do homem neste lugar; reconheço afinal, que estas terras não estão completamente abandonadas. Tomo consciência disso quando ouço a voz de duas pessoas a trocar impressões encontrando-se cada uma delas na sua fazenda. O teor da conversa que estabelecem está relacionado com as tarefas agrícolas. Quando duas pessoas se avistam de uma horta para a outra, há sempre qualquer coisa

para dizer. O mote que serve de pretexto para trocar algumas palavras versa quase sempre a terra, as condições climatéricas e a doença. São palavras que, no meio desta quietude, ganham força, fazendo-se ouvir mesmo por quem está a uma distância considerável, como é o meu caso.

As pessoas que ainda têm algumas cabeças de gado mantêm o hábito de “tirar as ovelhas (ou as cabras)”. É uma tarefa que ocorre de manhã ou no final da tarde e consiste em conduzir os animais para uma fazenda que esteja “de relva”, onde ficam a pastar, normalmente até ao fim do dia. Para além de ser uma forma de gerir as quantidades de pasto seco, armazenadas para o ano inteiro, contribui para uma alimentação mais saudável dos animais.

Este trabalho cabe normalmente à mulher embora por vezes seja também realizado pelo homem. A mulher aproveita frequentemente este período de tempo para concretizar actividades relativas ao cuidado pessoal, como pentear o cabelo (caso das mulheres que mantêm o cabelo comprido com o penteado tradicional) e cortar as unhas, mas também para realizar actividades de costura.

Continuo esta minha reflexão seguindo a estrada que liga a eira até ao lagar e por onde há anos não passo.

Reservei a tarde para observar e interpretar espaços marcados pela acção do homem. Registam-se, de facto, diferenças. A estrada, ainda de terra batida, foi alargada. E se antes permitia apenas a circulação de um carro de bois, hoje possibilita que se cruzem dois tractores sem nenhuma dificuldade. É pouco provável que isso venha a acontecer, na medida em que existe apenas um na aldeia. O estado de conservação deste troço é bom, considerando o fim a que se destina: dar serventia a algumas fazendas do ervedal...

Verifica-se também diferença significativa entre a forma coma as hortas de ontem (há 20 - 30 anos) se apresentavam nesta época e o seu estado actual. Muitas das que outrora começavam a ser preparadas para as sementeiras, vêem agora crescer com todo o vigor, ervas daninhas. Algumas parcelas com as margaças a florir são autênticos jardins, que aos meus olhos assumem extraordinária beleza. Para o proprietário representam alguma tristeza e desencanto.

9 Fevereiro (Domingo)

Quase todos os domingos se celebra missa nesta aldeia. O horário varia conforme a disponibilidade do pároco, já que este tem duas paróquias ao seu cuidado. Hoje, estava anunciada para às 9h e 45m.

Ao mordomo, compete tocar o sino para lembrar aos paroquianos o tempo a que se situam do início da celebração. É um processo que obedece a um ritual: as badaladas começam por ser dadas meia hora antes do início do acto religioso e sucedem-se com um intervalo de 15 minutos. As primeiras anunciam a confirmação de que, efectivamente, nesse dia vai haver missa. Não só anunciam o momento religioso, como pretendem lembrar a hora da celebração da missa. As segundas badaladas recordam o aproximar da hora, e as últimas acontecem no momento em que o pároco chega à aldeia. Para a maioria das pessoas é um acontecimento ao qual não se deve faltar. É um dever religioso e social. Dada a hora a que ocorre, hoje é a primeira actividade a cumprir.

O arranjo pessoal torna-se neste dia mais rigoroso e apumado. A higiene, quer nos homens quer nas mulheres, torna-se mais cuidada. Para os homens que durante a semana nem sempre têm por hábito fazer a barba, ao Domingo é acto obrigatório.

Desde que Manuel do Outeiro se levantou, centrou-se apenas no seu arranjo pessoal. Todos os afazeres e até mesmo o pequeno almoço foram relegados para segundo plano; para si é importante ser pontual à chegada da missa. "Nunca gostei muito de entrar depois da missa ter começado". De facto assim aconteceu. Quando se ouviu o último toque, Manuel estava pronto. Depois de confirmar, ainda em casa, a presença de um lenço no bolso, desceu as escadas e seguiu com passo apressado, rumo à capela. Percorridos 20 metros aproximadamente, ali, junto à antiga capela que se situa antes do chafariz do cimo do povo, foi possível avistar as pessoas que se encontravam no adro. A presença de pessoas fora da capela, significa que o pároco ainda não está ao altar e por isso, Manuel do Outeiro quando tomou conta desse facto, reduziu ligeiramente o passo. Foi precisamente quando subíamos as escadas da capela, que se ouviu o cântico de entrada. Creio que, terá chegado mesmo à justa, devido à minha presença. Ninguém chegou atrasado. A celebração decorreu com a presença de vinte e duas pessoas, incluindo o pároco.

Seguiu-se o leilão de uma broa, após o qual se sucedeu um espaço de convivência: alguns aproveitaram para formular pedidos de ajuda para tarefas agrícolas (espreitava mais uma semana de trabalho e era preciso recorrer às forças do vizinho). Depois, o pequeno grupo seguiu rumo a casa. Manuel, não foi excepção, mas antes, passou pela taberna a fim de comprar um produto que em casa estava prestes a terminar.

Agora sim, era o momento de tomar a primeira refeição. Quando a celebração da missa tem lugar no período da manhã, as pessoas que participam na eucaristia “dejejuam-se” após a missa. “Penso que não é muito acertado ir tomar o Senhor com o estômago cheio. Antigamente nem se podia comer depois da meia noite; bom, mas assim também acho que era demasiado. No meio é que estará a virtude!...”

11 Fevereiro (Entrudo)

Um dia que decorreu obedecendo à normalidade do quotidiano. Não se verificou nenhuma expressão social que traduzisse a farsa que o entrudo pretende proporcionar. Manuel do Outeiro, quando confrontado com a minha observação, pelo facto de não se observar nenhum sinal alusivo à época carnavalesca, muito simplesmente declara: “isto aqui está morto”. A forma decidida de proferir as palavras transmite certeza, de que, a total ausência deste tipo de expressão social, é talvez o início de uma morte anunciada. Fala como quem já está acostumado à monotonia dos dias e revela perfeita resignação perante o facto.

25 de Abril (Sexta-feira)

Dia feriado nacional em que a grande maioria da população activa do nosso país não trabalha. Aqui, porém, a realidade é completamente diferente. Apenas se verificou uma pequena interrupção na actividade laboral para Guiomar, de 37 anos, que desde há alguns meses opera na fábrica de Orvalho. De facto sendo pluriactiva, dedica-se também à pequena agricultura familiar no sentido de contribuir para gerar mais rendimentos e assim, fazer face à satisfação das necessidades básicas de subsistência.

A pluriactividade (na agricultura e no trabalho assalariado industrial) é também prática da família do José Féria. Ex-emigrante, actualmente a residir e a trabalhar em

Castelo Branco, José Féria raramente perde os feriados ou os fins de semana para dar continuidade às tarefas agrícolas que mantém na aldeia. Em ambos os casos, a exploração da terra continua a fazer-se por razões de segurança económica.

José Féria mais uma vez se fez acompanhar do seu filho, de 17 anos, um adolescente para quem alguns dos tempos livres são dedicados desde pequeno a ajudar o pai nas actividades agrícolas. É curioso ver a forma como este jovem se move numa atitude de adultez no seio do trabalho. A desenvoltura com que ele conduz o motocultivador do pai, a maneira rápida e eficiente mas simultaneamente cautelosa de estacionar a carrinha (o meio de transporte mais utilizado para se deslocarem à aldeia), e a sua colaboração nas tarefas agrícolas, carregando sacas de batatas quase cheias... são algumas das actividades desenvolvidas pelo jovem. O conjunto de actividades que aqui realiza projectam-no no mundo dos adultos, mais do que no mundo dos adolescentes.

2 Junho (Sábado)

Como já havia referido, as práticas na agricultura são de cariz meramente tradicional. O trabalho desenrola-se segundo as condições climatéricas. As culturas mais comuns, (milho, feijão, batata, couve e cebola), já se encontram nesta época do ano num processo de crescimento mais avançado do que o habitual. O longo período de estio iniciado em finais de Fevereiro princípios de Março, marcado por calor fora de época, não só antecipou as sementeiras como acelerou o processo de crescimento nas diferentes culturas. Assim, diz Francisco Marques: “nos outros anos as batatas estavam agora a nascer, este ano o tempo comandou doutra maneira! ... têmolas aí já com um ramaçal. tanta rama é sinal de pouca produção”.

Após aproximadamente dois meses e meio de estio “um Verão na Primavera” (dizem muitos) as temperaturas baixaram e a precipitação voltou, algumas vezes acompanhada de trovoadas. Hoje, em Rio Verde, fez-se sentir uma forte trovoadas acompanhada de granizo. Diz ainda Francisco Marques “este temporal não vem nada a calhar!.. a pedra era tanta que concerteza o milho já levou caminho... onde caiu deve ter esfarrapado o milho todo...”.

De facto, é de realçar a importância das condições climatéricas por serem um factor determinante na vida desta comunidade. A chuva ou o sol, o frio ou o calor são elementos que entram com um peso considerável na realização ou não de um vasto leque de actividades; desde o trabalho ao repouso, passando pela alimentação e até ao número de horas que a pessoa dorme. Todas elas são influenciadas pelo estado do tempo. Eis uma nítida oposição entre este espaço, tipicamente rural e o espaço urbano. Existe forte diferenciação entre os estilos de vida e de comportamentos sociais de Rio Verde e os do meio urbano.

13 Junho (Sexta-feira)

As condições do tempo continuam a favorecer o crescimento das plantas, árvores e arbustos que rodeiam e salpicam a aldeia. A ocorrência de chuvas com alguma regularidade, associada à maior luminosidade (dias grandes em relação às noites) e as temperaturas amenas intensificaram o verde da florestação, tornando-a mais exuberante; é relaxante e tranquilizador quando se aprecia o ambiente bucólico que envolve o casario da aldeia. Aqui, o investigador encontra serenidade, ambiente propício e condição absolutamente necessária à reflexão. Ao mesmo tempo que fruo o bem estar que a serenidade de Rio Verde oferece, lembro as características habitacionais da maioria das casas desta comunidade; é inevitável não reflectir ou questionar sobre a consistente oposição entre o conforto oferecido pela natureza e a situação real e vivenciada pelas pessoas que moram nessas mesmas casas inseridas neste recanto apaziguador. E se propositadamente omito neste espaço qualquer comentário mais profundo acerca das casas descaracterizadas que quebram o ambiente naturalmente harmonioso, o mesmo não posso fazer em relação às suas condições habitacionais. Representando estas um factor de importância crucial para o bem estar dos indivíduos e das famílias, impõe-se, pois, alguma reflexão sobre o assunto. Para isso, registe-se a título de exemplo as características da casa de José da Ponte.

A entrada para o espaço habitacional, é antecedida por um pátio, ao qual se tem acesso através de um pequeno portão de ferro com aspecto degradado. A sua cor original foi consumida pelo tempo. O chão do pátio é coberto por mato, roçado e transportado por Silvina, de 71 anos, esposa de José. A reposição do mato é feita sempre que a última camada começa por se apresentar em estado ressequido. A acumulação de sucessivas camadas de mato formam a “esterqueira” que ao fim de algum tempo se remove e transporta para as hortas em forma de estrume.

A minha primeira visita à casa de José da Ponte ocorreu num período em que se encontrava em fase de convalescença. Havia três semanas, fora submetido a uma intervenção cirúrgica ao estômago com recepção parcial do mesmo.

A meio da manhã bati à porta, mas ninguém respondeu. Enquanto aguardei a chegada de Silvina, sentada no balcão de entrada, reflecti no contraste ambiental que caracterizava o espaço envolvente daquela habitação: muitas moscas sobrevoando e andando por cima da esterqueira, um gato franzino que procurava atacar uma ou outra de vez enquanto, sacos de plástico e garrafas partidas abandonadas aqui e além. Não muito longe, e em frente, a *marinheira*, nome da encosta onde José da Ponte costuma descansar o olhar. Como todas as restantes encostas que circundam a aldeia, apresenta densa vegetação e alguma floresta. Encostas a produzirem oxigénio. Atmosfera mais livre de gases poluentes, uma vez que, raramente são emitidos fumos pelos escapes dos automóveis e não se verifica a sua emissão pelas chaminés de fábricas (não existem).

...

Silvina chega com um molho de mato à cabeça, do qual impetuosamente se liberta.

Foi nessa altura que o marido abriu a porta. Deambulava agarrado a um pau.

....

Falei dos meus intentos. Receptividade, simpatia, vontade de colaborar: “*a minha saúde é pouca, mas graças a Deus ainda sou capaz de falar para apontar no livro o que for preciso*”(José da Ponte).

Sentou-se de forma a não deixar arrefecer os pés, procurando os raios de sol que a latada deixava escapar.

...

Ocorre-me neste momento, a situação que vivi com uma doente nos princípios da minha carreira que de alguma forma ilustra o que acabei de referir. No início de um turno ao entrar numa enfermaria para administrar terapêutica reparei que entre as doentes dessa unidade, uma delas se destacava por se encontrar com um lenço escuro atado à cabeça. Após distribuir a terapêutica abei-me dessa doente no sentido de descobrir o motivo que a levava a manter-se de lenço. Dificilmente seria por sentir frio porque, a temperatura mantinha-se aquecida, apesar de ser inverno. De facto, não havia relação com a necessidade de se agasalhar. *“Estou habituada a andar sempre de lenço; em casa até durmo com ele... Gosto mais de estar com o lenço.”* Eis a justificativa. Procurei ir mais além no sentido de obter respostas mais concisas para melhor compreender o porquê do *“gosto mais”* mas as respostas culminavam sempre na expressão *“estou habituada”*. A minha atitude oscilou entre manter o hábito à doente e persuadi-la a retirar o lenço. Preservar a sua vontade, além de fugir completamente às normas, assumia para mim um carácter inestético; não era bonito ver no meio da brancura que regra geral caracteriza os espaços hospitalares e muito particularmente as camas dos hospitais, uma doente de lenço de cor escura a destoar entre os lençóis. Por isso, resolvi utilizar estratégias de persuasão, de forma a levar a pessoa a pensar como eu; apelei a inconvenientes mais de natureza prática e estética, já que pela situação patológica, não havia motivo para argumentar. Inicialmente a doente manifestou alguma renitência mas ao fim de algum tempo consegui o meu intento. Ou porque ela própria quisesse experimentar para se certificar se de facto se sentia melhor sem lenço ou simplesmente para satisfazer o meu desejo, o certo é que acabou por retirá-lo guardando-o na mesa de cabeceira depois de o dobrar com muito cuidado.

Através deste exemplo, pretendo reflectir na nossa grande preocupação em orientar, por vezes, as pessoas que cuidamos para acções de importância questionável regulados (in)justamente pelos nossos valores, pelos nossos conceitos, perdendo completamente de vista a especificidade humana e cultural que temos à nossa frente.

De facto, naquela altura estava convencidíssima de que a doente se sentiria melhor, mais bonita e também mais confortável sem o respectivo acessório. Agi de acordo com essa convicção. Hoje penso que a minha actuação resultou de alguma imaturidade profissional. Em nome do conforto do outro, e sem atender à individualidade, fiquei eu própria numa

situação confortável, confortável na mente por conseguir enquadrar a pessoa na instituição, segundo as normas habituais.

13 Junho (final de tarde)

Uns vão e outros vêm das hortas. Há ainda aqueles que repousam para carregar forças que já começam a fraquejar. Manuel do Outeiro de 73 anos descansa as pernas sentado nas escadas do balcão. Apesar da idade, Manuel trabalha activamente. Diz que ainda se sente com algumas forças e enquanto puder não deixa de trabalhar ...”trabalhar é honra! ...” Responde ele quando os filhos o desencorajam a prosseguir o seu intenso ritmo de trabalho. Tem um gosto especial pela produção de milho. Produz “sozinho” cerca de cinquenta alqueires e ainda enche três “sobrados” de batatas. Algumas terminam a servir de alimento aos animais, e outras acaba mesmo por deitar fora.

Quando os filhos o visitam, faz questão em chamá-los à loja para que possam ver com os seus próprios olhos o que ainda é capaz de produzir. A sua face transmite uma alegria extraordinária quando abre duas arcas de castanho, cheias de milho e mostra a quantidade de batatas que retirou da terra. Não expressa atitude de ostentação ou exibição; orgulha-se simplesmente por aquilo que ainda é capaz de fazer. A par disso, manifesta grande satisfação pelos cinquenta contos que esses alqueires de milho rendem.

Se por momentos reconhece que o cultivar de tantas terras lhe exige elevado esforço, e que a sua labuta talvez seja excessiva, “ ...talvez seja erro! ...”, logo a seguir remata com um discurso que o remete para a mesma rotina: “É um desperdício não aproveitar a água da adua. Custa-me ver correr a água aí pela levada abaixo sem tirar nenhum proveito dela”. Mas não há dúvida que tem consciência da diminuição das suas capacidades, das suas forças. Sente o peso dos anos e por isso descansa com mais frequência. Mesmo nas hortas, por vezes deita-se à sombra de uma árvore enquanto a água vai correndo para uma leira maior e mais ressequida. “Ninguém corre atrás de mim”.

Está lá, sobretudo com a função de gerir a água. Dorme frequentemente a cesta e sempre que pode senta-se à sombra da latada, no balcão, que o põe em contacto com os

outros. Era aí que se encontrava quando José da Murta de 67 anos regressava da “assentada”, uma horta situada junto ao rio.

Saúdam-se. José deteve-se por instantes para acertar a questão do “derronchar as represas”, tarefa a realizar na madrugada do dia seguinte. Quando José se preparava para prosseguir caminho, Manuel dirige-lhe a pergunta:

-“Queres um copito de vinho?”

- “Mas depois ficas sem ele! ...”

Manuel não respondeu por palavras: levantou-se e encaminhou-se lentamente para a adega. Percebi que a pergunta de Manuel escondia a certeza de um comportamento esperado: Manuel perguntou, mas, automaticamente ergueu-se para concretizar a dádiva.

José, por sua vez, colocou o molho de erva que transportava no chão e seguiu o vizinho. Beberam os dois. Conversaram sobre o preço do Kg da lã do borrego, que Manuel tosquia manualmente e do preço das peles (“este ano, se aí tiveres alguma lã já te posso dar 50 escudos/kg) e ainda sobre a escassez de vendas dos produtos da taberna de José. “ Aquilo é para mim e para os meus filhos. Até o gás; a não ser António Marinheiro, os meus outros clientes (que não são mais do que três ou quatro) renovam as garrafas no máximo duas vezes por ano”.

....

13 Junho (22 horas)

Dei continuidade às entrevistas que havia iniciado no dia anterior. Passei parte do serão na casa de Maria da Luz. Revelou-se muito colaborante o que para mim não foi surpresa, já que todas as pessoas até aqui abordadas têm manifestado uma extrema e total disponibilidade.

Quando falou dos gostos e desgostos que marcaram a sua vida abriu o coração para contar os amores e “desamores” que já teve. No final ofereceu-me vinho do Porto e bolachas.

Despedi-me.

- "Até amanhã e obrigada. Desculpe... há coisas que a gente por aqui não sabe responder". Retorquiu Maria da Luz.

Sai. A rua estava a ser invadida pela noite. Em Rio Verde a noite acentua o silêncio que, só por si, caracteriza a aldeia. Por entre o ruído dos meus passos ouvia-se o coaxar das rãs misturado com o canto das cigarras. À medida que seguia o caminho que me conduzia a casa encontrei: uma casa fechada (para sempre?), outra casa fechada (para sempre?), uma casa habitada por um casal mas sem sinais de luz (provavelmente dormiam), outra casa fechada (para sempre?). Dobrei a esquina passando junto do chafariz... outra casa fechada (para sempre?), mais outra, e mais outra. Entro em minha casa. O meu pai dormia.

Senti-me cansada e sozinha.

...

15 Junho (Domingo)

Em virtude de não se celebrar missa em Rio Verde, algumas pessoas deslocam-se a pé até à sede de freguesia para cumprir o Primeiro Mandamento da Santa Madre Igreja. Albertina da Cruz, Fernanda Campos, Maria Domingas, Virgínia, Manuel do Outeiro e Florbela metem-se a caminho para participar no culto religioso.

À excepção de Maria da Luz que procura sempre combinar com antecedência companhia porque tem medo de ir sozinha, cada um parte geralmente à medida que se apronta.

28 Junho (Sábado)

Um dia diferente e igual

Pelo cair da tarde, os pequenos largos e as duas principais ruas de Rio Verde foram sendo progressivamente ocupadas por diferentes viaturas. Jipes, carrinhas e automóveis, transportaram até à aldeia um número considerável de famílias com o único objectivo de concretizar um ritual que elas próprias criaram: o convívio entre as famílias nativas de Rio Verde, e distribuídas de norte a sul do país (“os de fora”) e os habitantes da aldeia (“os de dentro”).

São os de fora que se organizam para trazer aos de dentro prazer convivial: um dia marcado pela fartura de comida e bebida, onde não falta a sardinha assada, as febras, o entrecosto e o vinho tinto. Em tudo isto parece haver um toque de exuberância, por parte de algumas famílias que dinamizam o convívio. Fazem questão de fazer notar a sua capacidade manifesta de dar vida à aldeia através deste tipo de encontros periódicos. Certo é que promovem um processo de interacção social o qual não seria possível ocorrer se não se verificasse esta iniciativa. Contei 64 pessoas.

O início do convívio foi marcado por um incidente: a queda de um dos convidados. Consequentemente quebrou-se a alegria e a azáfama que já borbulhava com alguma intensidade entre os participantes. Uma queda da qual resultou um problema no braço esquerdo de Feliciano e que justificou a minha intervenção. Procedi à imobilização do membro afectado e pelos sinais que apresentava exliqueei que a situação, ainda que não parecendo grave, exigia cuidados hospitalares.

Em contrapartida, a opinião de uma grande parte dos presentes convergiu para o encaminhamento dos familiares a outro tipo de recurso - o endireita - . Vieram ao de cima múltiplos exemplos de situações semelhantes à que acabara de ocorrer e a maioria inclinava-se para o facto, de que, “nesta coisa de maus jeitos, os endireitas são mais entendidos que os médicos”. Por outro lado, a absoluta certeza de que o tempo de espera no endireita seria inferior ao do hospital eliminou definitivamente a indecisão que pairava

entre a escolha que se impunha fazer. Seguiram pois, rumo ao endireita e ao cabo de duas horas e meia já estavam no recinto a dar notícias...

Os homens fizeram os grelhados e as mulheres as saladas e o caldo verde. Comeu-se e bebeu-se à vontade. Pela noite dentro jogou-se às cartas. Fruiu-se o presente.

Desde há alguns anos, foi instituído neste processo a formulação de um convite ao presidente da junta de freguesia e ao Pároco. A presença destas figuras enfatizará concerteza a importância social deste fenómeno e evidenciará por certo o valor das pessoas que nele se envolvem activamente: Será talvez uma aproximação necessária mas sobretudo estratégica. A presença e o apoio de figura titulares de um certo prestígio social confere, por sua vez, valor, importância e porque não um certo status dos promotores destas iniciativas.

É de norma não se receber dinheiro da parte das famílias que residem fora, quando vão pela primeira vez a este encontro. Quanto aos habitantes de Rio Verde, esses nunca pagam. Um dos organizadores destes convívios afirma: *“todos podem vir; e só não vem, quem não quer!...”*. Apesar da franqueza e gratuidade manifestada, há famílias quer de dentro quer de fora que nunca foram. As famílias presentes são quase sempre as mesmas.

Não há dúvida que este convívio é uma forma de sociabilidade entre famílias. Mas, se por um lado consolida laços que garantem oportunidades de identidade comunitária, por outro parece evidenciar relações de oposição. O facto de determinadas famílias nunca participarem contribui com certeza para o fechamento interno do grupo.

Tirei fotografias

29 Junho (16 horas)

Esvaziamento da população.

Ontem havia doze a quinze carros. Hoje resta o meu.

3 Julho (quinta - feira 18 h)

Nos dias de semana, ao longo do dia raramente passa alguém pelas ruas.

Em Rio Verde as pessoas labutam até ao limite das suas forças físicas. “Querendo ter alguma coisa para comer durante o ano, não há tempo a perder, ... principalmente nesta época do ano. Quem vive do que a terra dá, é assim!...” Quem assim fala é Emílio Martinho, dono de uma das tabernas da aldeia. De facto, as batatas pedem para ser arrancadas, o milho para ser regado e é preciso libertar o milho e o feijão das ervas daninhas que, despropositadamente cresceram junto destas culturas. Compreende-se assim, que a esta hora do dia não se vislumbre viva alma. A população que já por si é escassa encontra-se dispersa pelas propriedades deixando a aldeia entregue àqueles que fisicamente se encontram diminuídos. Estão presentes os idosos acompanhados das suas doenças, como é o caso de José da Ponte, de Maria Benedita, de José Santinho, entre outros, e os portadores de deficiência física como seja a Maria Felisbela cuja mobilidade dos membros inferiores se encontra afectada desde os quatro anos, necessitando de duas muletas para se deslocar.

José da Ponte, de 72 anos, já foi carpinteiro mas agora passa grande parte do tempo na cozinha deitado num banco corrido, que ele próprio em tempos construiu. Neste banco que se encontra apetrechado à maneira de cama, José da Ponte ao longo do dia vai descansando as pernas pesadas e disformes devido aos edemas quase sempre presentes. Nos momentos em que lhe pesa mais a monotonia dos dias e desde que sinta algum alívio nos membros afectados, abandona a casa e, com a ajuda do pau de que não prescinde desde há sete anos, deambula lentamente pelos espaços próximos da sua casa.

Maria Benedita, de 86 anos, foi ao endireita, vai fazer um ano em Setembro, com a esperança de recuperar o andar. Muito desgostosamente refere: *“o meu maior degredo é não poder andar... se pudesse ir às minhas hortas só que fosse uma vez por semana dava-me por uma pessoa feliz.”* Todavia, de nada lhe serviu, recorrer ao endireita. Continua a deslocar-se com a ajuda de um balde, onde apoia as mãos. Atinge o seu máximo quando desce as sete escadas do seu balcão.

Passa os seus dias, ora deitada sobre uma manta de lã no balcão, de forma a avistar a estrada, ora sentada costurando roupa do filho gasta pelo uso no trabalho. Para Maria Benedita os dias passaram a ter uma dimensão enorme; Resta-lhe sempre tempo, tempo demais, para simplesmente olhar para a estrada à espera que alguém passe. Por isso, o portão que dá acesso ao pátio da casa mantém-se sempre aberto de maneira a que Benedita possa cativar o olhar, a atenção de alguém que passe para quebrar os momentos de isolamento; quando isso não acontece, distrai-se unicamente a olhar para o ambiente que a rodeia.

Maria Ermelinda, de 83 anos, foge talvez da solidão. Depois de bater a porta de casa e esconder a chave no buraco conhecido por toda a gente da aldeia, agarra o cajado. Na outra mão segura um pequeno pedaço de pão com queijo, que já havia começado a comer. Segue estrada abaixo rumo à horta, continuando a comer a merenda. Leva debaixo do braço uma camisola de lã velha e uma corda. ... *“Vou ver se ainda me “astrevo” a cortar uma erva que está a mais nas minhas batatas para depois trazer p`rás cabras que hoje ficam de castigo no curral!...”*

4 Julho (manhã)

Missa celebrada por muitas almas.

Presentes doze pessoas

Quatro cajados à porta da capela

4 Julho (tarde)

Dirigia-me em direcção à casa de uma das pessoas que ainda me faltava entrevistar, quando, Maria Ermelinda conversava com as cabras:

- “o que é que vós andais a fazer? Quem é que te mandou p`rá aí ? Olha que não morrias à fome!”

Quando dois animais brincavam, Ermelinda observou em tom irónico e a sorrir: *“ele já anda de amores contigo?!...”*

“...Vou prendê-las no curral. Hoje já não sou capaz de as tirar. É só arquejar, arquejar...”

Tirei fotografias.

“Eu também gostava de as ver! ...”

...

“Obrigado por me andares a aturar!”

19 Julho (16 horas)

Maria Ermelinda mais uma vez com as suas sete cabeças de gado.

...Levantei-me ainda não eram seis da manhã. Rocei umas paveitas de mato para meter no curral.

...

Em tom doce e calmo disse:

- Eu gosto dos animais! Os animais distraiem a gente. Gosto muito dos animais.

...Agora vou ali a ajudar a apanhar umas batatas à minha Maria.

27 Setembro (sábado)

Novo convívio. Sessenta pessoas (menos quatro que no convívio anterior). As famílias eram sensivelmente as mesmas.

O ritual repetiu-se.

Tirei de novo fotografias; as últimas ficaram de fraca qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num recanto da serra de Campelos, existe uma aldeia chamada de Rio Verde. Está enquadrada na região do Pinhal Interior Sul e com os tempos sofreu os efeitos do êxodo rural de forma acutilante. Ao longo dos últimos três decénios operaram-se transformações importantes ao nível do tecido social da aldeia, resultantes do processo migratório ali verificado. Das trinta e sete famílias existentes há cerca de trinta anos, restam dezanove. Para além da diminuição do número de famílias verificaram-se alterações na sua constituição que reflectem um envelhecimento acentuado. O duplo envelhecimento da população constitui não só um fenómeno evidente, como um processo irreversível na comunidade. Por seu turno, verifica-se a fixação dos filhos por diversas regiões do País, onde já criaram raízes. Foi nessas regiões que alargaram o seu património, daí que a possibilidade de regressarem às origens seja quase nula. Deste modo, pode afirmar-se que a sobrevivência da aldeia está ameaçada e tudo aponta para que se verifique a continuação do seu declínio ao ponto de se extinguir a curto prazo. Mas, embora os dados obtidos anunciem a morte da aldeia, a realidade presente é de vida. Foi neste processo de vida que me enredei ao longo de todo o estudo, procurando identificar e perceber melhor a vivência das pessoas de Rio Verde.

Numa aldeia fragilizada pelo número diminuto da população, pela idade avançada do grupo e pela falta de recursos, é natural verificar-se um elevado espírito de coesão entre as pessoas. De facto, assim acontece. Essa presença de espírito, ajuda a enfrentar as dificuldades sentidas no deslindar dos diferentes processos de vida. É assim que, na vida quotidiana da comunidade sobressai uma elevada interacção e entreajuda a vários níveis; do trabalho, da doença e da morte. Isto porque a intimidade, a amizade, a informalidade ainda são características de pendor humanizante das relações entre as pessoas desta comunidade.

Colocou-se também em destaque o papel relevante que a religião ocupa no seio da comunidade. Evidencia-se uma rede de valores decorrentes da doutrina professada (religião católica) pelos elementos da comunidade. Verificou-se que existem valores enquadrados na

vida social, quotidiana e festiva, (de índole religioso) contribuindo para dar sentido à vida existencial da comunidade.

As crenças não se circunscrevem apenas às convicções religiosas. Estendem-se aos hábitos de vida ao mesmo tempo que partem deles. Hábitos de vida e crenças elaboram-se a partir de processos de vida e, por esse motivo, são tributários das características do espaço/tempo em que vive o grupo. As pessoas investem em poderes que têm valor simbólico, isto é, portadores de um significado existencial. Isto é dedutível a partir do momento em que as pessoas auscultadas acreditam na capacidade das pessoas não ligadas ao sector da saúde para tratar das doenças; justificam-se com apoio nas crenças e no reconhecimento das capacidades e saberes das pessoas que praticam a medicina popular. O endireita é um dos recursos bastante utilizados. Simultaneamente, verifica-se um conjunto de práticas caseiras que têm como objectivo tratar/aliviar problemas de saúde presentes na vida quotidiana.

A condição de acessibilidade no que se refere ao meio de transporte, bem como a forma como a situação é vivida pelos elementos da comunidade foi uma questão por nós problematizada. Na realidade, verifica-se uma deficiente acessibilidade, principalmente no que se refere ao meio de transporte. A Rodoviária da Beira Interior, através da camioneta que tem ao serviço das aldeias passa a uma distância de 2 Km de Rio Verde. Sair da aldeia, implica quase sempre percorrer esta distância a pé. Se para uns esse facto é encarado com alguma naturalidade, já o mesmo não acontece para as pessoas que revelam dificuldades em caminhar longas distâncias. Situação esta que nalguns casos cria obstáculos para a resolução de tarefa/obrigações de âmbito civil que terão de ser concretizadas/resolvidas (serviços administrativos, actividades económicas, sociais, religiosas e sanitárias) fora do perímetro da aldeia. Evidenciam-se custos humanos e económicos para realizar aquelas actividades. É no plano da saúde que as pessoas sentem o problema com maior acuidade/intensidade.

Ao longo do meu trabalho, conclui que, no que concerne à obtenção dos diversos serviços muito particularmente em relação à saúde e ao conjunto de certos processos interactivos (visita de familiares a residir noutras localidades, visita de doentes hospitalizados etc.) a população necessitaria de os ver mais acessíveis. Não obstante,

verificou-se que nem sempre o comprometimento da acessibilidade aos serviços e a determinadas acções a realizar fora da aldeia significa isolamento. De facto, a maioria das pessoas não sentem esse estado. O conceito isolamento é percebido como resultado de doenças que acometem o individuo ou então está relacionado com a ausência de alguém, com a qual se possa conversar. Apenas três pessoas (de vinte e duas), associaram a situação de isolamento à ausência de transporte.

Neste estudo analisou-se também a relação familiar relativamente ao plano expressivo e instrumental. O plano expressivo avaliado fundamentalmente através dos contactos verificados no interior da rede de parentesco, e o plano instrumental avaliado através da ajuda recebida dos filhos/parentes. Tendo em conta a distância a que os filhos se encontram, verifica-se uma frequência relativamente elevada do número de visitas que os filhos fazem aos pais. A situação inversa não é verdadeira, facto compreendido pelas dificuldades inerentes à idade e à falta de recursos. Uma forma de atenuar os poucos contactos interfamiliares consiste na facilidade em se poder comunicar através do telefone. A maioria das famílias classificam a ajuda de *boa* e *muito boa*, porque sempre que solicitada a recepção é positiva por parte do filhos/parentes. A hierarquia de valores vigente na comunidade consiste: no afecto demonstrado, na preocupação expressa verbalmente através de frequentes telefonemas, na presença dos filhos ou parentes na aldeia sempre que necessário e na dádiva. No entanto, existem famílias que situam a ajuda recebida num plano negativo. De um modo geral, é perante a assistência à saúde (segundo o grau de gravidade/complexidade do problema), que a família assume a responsabilidade moral perante o elemento doente, de forma a ser acompanhado; para isso, os familiares deslocam-se das suas localidades à aldeia. Com efeito, pode-se inferir que existe uma elevada afectividade nas relações entre as famílias da comunidade.

No âmbito da actividade agrícola regista-se uma fraca ajuda por parte dos filhos. Isto implica que exista de forma latente um espírito comunitário de entreaajuda e consequentemente persiste uma certa leveza nas tarefas agrícolas.

Apesar de a maioria das pessoas se encontrarem em idade de reforma, apenas três delas, por razões de saúde abandonaram completamente o trabalho a que sempre

estiveram ligadas – à terra. A exploração do solo agrícola, (pequenas parcelas) continua a ser um elemento primordial na autosubsistência das famílias.

A situação de saúde do indivíduo, da família, da comunidade não pode deixar de ser abordada fora do seu contexto eco-social. Desta forma, procurou-se também obter um conhecimento do meio ambiente das famílias da comunidade em estudo, uma vez que um dos objectivos fixados visava identificar a sua situação de saúde.

Com efeito, analisou-se o meio ambiente em três vertentes:

- a primeira onde se inclui a condição ambiental/atmosférica que caracteriza o espaço onde se insere a comunidade;
- a segunda que engloba medidas de saneamento básico;
- a terceira que traduz as condições habitacionais que caracterizam a comunidade.

Referente à primeira vertente, fui induzida a pensar que o ar que as pessoas respiram se apresenta relativamente despoluído em virtude das características da região onde se insere esta comunidade: as indústrias são escassas, e sem emissão de gases poluentes e a florestação existente permite a permanente oxigenação do ar. O ambiente atmosférico poderá ser considerado um dos elementos positivos, talvez um dos factores mais favoráveis à colectividade.

Relativamente às medidas de saneamento básico destaca-se o seguinte. A comunidade dispõe de um abastecimento semi-público de água em que a sua distribuição é feita através de três fontanários. Não tem rede de esgotos. As águas residuais resultantes das lavagens domésticas têm como principal destino a horta, e em alguns casos as esterqueiras situadas normalmente junto à casa; os dejectos drenam para uma fossa. À excepção de duas casas, todas as outras estão electrificadas. Para o destino do lixo existem dois contentores onde nem sempre é depositado. A deposição de lixo não biodegradável efectua-se com alguma regularidade nas matas, caminhos, hortas e nas bermas de estradas.

As condições habitacionais foram avaliadas explorando um conjunto de elementos considerados importantes para a obtenção da saúde e do bem estar. A existência de instalações sanitárias, o tipo de pavimento das casas e a posse de alguns electrodomésticos (frigorífico/arca frigorífica, aquecedores da casa e da água e televisão) foram os indicadores

considerados. Nem todas as casas (três) possuem casa de banho. Conjugando este facto com a realidade encontrada no âmbito do saneamento básico admite-se a emergência de alguns factores de risco para a saúde relacionados com o ambiente.

Há ainda a salientar a alteração dos hábitos domésticos em algumas famílias com a introdução de electrodomésticos (frigorífico/arca congeladora, o esquentador e a varinha mágica e de meios de comunicação social como a televisão e o telefone), no quotidiano. No entanto, por razões económicas verifica-se um uso restrito de alguns destes utensílios (frigorífico e telefone).

Um dos outros factores que podem influenciar a saúde de uma comunidade são: a facilidade de recorrer aos serviços de saúde, o carácter dos serviços oferecidos e as características dos mesmos. A população de Rio Verde, dispõe no Hospital Distrital de Castelo Branco cuidados de saúde diferenciados e na Extensão de Saúde da Freguesia de Cambas, cuidados de saúde primários. No âmbito dos cuidados de saúde primários verifica-se uma carência acentuada de recursos humanos e muito particularmente no que tange ao sector de enfermagem estando estes cuidados a cargo da auxiliar de enfermagem que assiste duas freguesias. Estes serviços são normalmente prestados na freguesia de Orvalho, localizada a 15 Km da aldeia de Rio Verde. Quando necessário verifica-se a deslocação da auxiliar de enfermagem à freguesia de Cambas, como resultado de necessidades mais prementes. A extensão de saúde da freguesia é fundamentalmente frequentada no âmbito das consultas médicas. A procura de cuidados de enfermagem prende-se basicamente com a necessidade de cuidados curativos (tratamento de feridas mais complicadas ou administração de injectáveis). A procura dos serviços de saúde verifica-se apenas quando estritamente necessário. Uma realidade compreendida pelos constrangimentos atrás expressos.

Estes dados não oferecem dúvida quanto ao facto de a realidade vivida por esta comunidade se afastar da meta nº 27 formulada pela O.M.S. e que se torna oportuno lembrar. "Até 1990, em todos os Estados Membros, as infraestruturas dos sistemas de prestação de cuidados deveriam estar organizadas por forma a que os recursos estivessem distribuídos de acordo com as necessidades e que os serviços fossem física e economicamente acessíveis à população (...)." Tem que ser dito que a utilização dos

serviços de saúde se afigura difícil para a comunidade, principalmente porque a acessibilidade geográfica à saúde se revela à partida comprometida pela carência de um meio de transporte. Também os cuidados prestados evidenciam um carácter passivo e não activo como seria desejável e é preconizado, na medida em que resultam apenas das solicitações efectuadas pelos utentes.

Como é sabido, os profissionais de saúde não devem actuar como meros receptores passivos dos pedidos feitos pelos utentes; pretende-se assim, uma colaboração activa nas diversas vertentes – prevenção, promoção, tratamento e reinserção social. Não tenho dúvidas em reconhecer que esta é uma mudança na conduta profissional que se impõe e urge. Mas para desenvolver este ponto de vista é necessário verificar-se a conjugação de duas condições fundamentais. A primeira, é que tem que existir em todos profissionais da equipa uma forte capacidade de visão integradora e interactiva dos cuidados prestados ao indivíduo, à família e à comunidade. A segunda, tem que ser dada a oportunidade aos profissionais de forma a poderem aplicar na prática a perspectiva atrás referida. A dificuldade desta aplicação pode dever-se em grande parte às orientações economicistas imanadas das estruturas políticas e dos serviços de saúde.

Os cuidados de saúde visam fundamentalmente a assistência não estando integradas actividades de promoção e prevenção da saúde ou de reabilitação. Sendo esta a realidade, também a meta nº 28 que afirma que “até 1990, o sistema de cuidados de saúde primários de todos os Estados Membros deveria assegurar uma vasta gama de serviços desde a promoção da saúde aos cuidados curativos, de reabilitação e de apoio, por forma a responder às necessidades de saúde essenciais das populações e a dar uma especial atenção aos indivíduos de risco”, continua por atingir.

O nível de saúde da população foi analisado em três planos:

- na identificação das patologias mais frequentes;
- ao nível da capacidade funcional;
- e do estado imunitário relativamente à doença do tétano.

No plano das patologias destacam-se as doenças do aparelho ósteo-articular seguidas das doenças cardiovasculares que prevalecem sobre as restantes. Evidencia-se a ocorrência de fracturas e traumatismos motivados por quedas. Facto não surpreendente

quando se correlaciona a idade avançada do grupo com o tipo de trabalho que aquele realiza. O nível de capacidade funcional foi avaliado para as actividades de alimentação, cuidados de higiene, vestir, calçar e andar. As famílias A e G apresentam um elemento dependente em relação à alimentação, cuidados de higiene, vestir, calçar e andar. As famílias A, B, C, G, apresentam um elemento dependente em relação à mobilidade. Esta é a actividade mais comprometida, verificando-se situações de dependência em quatro famílias. No cômputo geral, as famílias podem-se considerar um grupo relativamente autónomo apesar da sua idade ser avançada.

Avaliou-se o risco que a população corre relativamente à doença do tétano, através da sua situação vacinal. Os resultados permitem afirmar que a comunidade apresenta um risco elevado de contrair a doença. Em vinte e duas pessoas há duas vacinadas. A maioria das pessoas nunca ouviram falar da doença nem sabem que existe uma vacina para se protegerem. No entanto, foi manifestado interesse em receberem informação relacionada com este problema.

Estudadas as atitudes e comportamentos face às actividades; alimentação/hidratação, higiene geral, oral, dormir, repousar e ocupação de tempos livres, inerentes à vida, ressalta o seguinte:

- os hábitos alimentares que imperam na comunidade de Rio Verde, contrastam com os hábitos do meio urbano, em particular com os hábitos de grupos socialmente elevados.

- os alimentos mais consumidos incidem nos seguintes produtos; na horticultura, na carne de porco, no carapau e na sardinha. A sopa e o pão continuam a ser um alimento privilegiado e a fazer parte das principais refeições.

- a alimentação assume um carácter simples na sua constituição e confecção dos alimentos reflectindo-se isto no uso do tempo para a preparação das refeições sendo a cozedura e os fritos os métodos de confecção mais utilizados. Para as pessoas activas permanecer em casa a preparar alimentos, significa "roubar tempo" às actividades agrícolas que urge realizar denotando-se assim um género de alimentação simples, que está de acordo com o contexto socioeconómico da comunidade. Os horários das refeições e a sua distribuição ao longo do dia estão associados com as actividades agrícolas e a suas

sazonalidades. Neste género de alimentação persistem certas carências na sua constituição pelo facto de não se encontrarem presentes alimentos essenciais (fruta e leite). A ingestão de fruta depende muito da época do ano e por isso quando não existe na época o seu consumo é diminuto. A ingestão de leite situa-se muito abaixo dos valores desejáveis.

- Os hábitos de higiene desta comunidade estão orientados em percepções e valores muito diferentes dos nossos. Estamos perante um grupo que manteve sempre um contacto muito íntimo com a terra e marcado pelo trabalho e cansaço físico. Por isso, é natural, que o conceito de conforto e bem estar tenda a incluir mais o descanso do corpo e não tanto a procura do banho como uma das condições fundamentais para o bem estar. A prática do banho diário verifica-se apenas em duas pessoas. Ora, isto é uma realidade distanciada daquilo que se pode considerar desejável à luz do nosso conceito de bem estar.

Também os hábitos de higiene oral não estão de acordo com aquilo que se recomenda em termos de saúde. Das vinte e duas pessoas entrevistadas apenas doze lavam os dentes, mas não com a frequência desejável. O estado de dentição é francamente mau para a maioria das pessoas. A não generalização da limpeza da boca está, obviamente, relacionada com a escassa (ou nula) informação sobre esta matéria ao longo da vida.

As pessoas da comunidade de Rio Verde, apresentam um período de sono e repouso bastante longo, período este que varia com as estações do ano. De Inverno, as pessoas mais idosas ou com maiores problemas de saúde deitam-se entre as 17,30 e as 20 horas e de Verão não ultrapassam muito as 21 horas. Identificaram-se factores influentes na determinação deste período, que pelas suas características situei em três níveis; físico económico e sociofamiliar. A nível físico, quando as pessoas cansadas procuram o repouso para obter conforto; a nível económico, quando procuram aconchego no leito para evitar gastos de lenha (principalmente no inverno); a nível sociofamiliar, quando sentem solidão refugiando-se no leito para dormirem.

Os momentos livres são ocupados, essencialmente; a descansar e a conversar. Mas também no cumprimento do dever moral e social de visitar as pessoas quando se encontram doentes. Ao domingo, os homens, conservam o uso do espaço da taberna e as mulheres realizam trabalhos caseiros.

Finalmente, salientam-se algumas atitudes e comportamentos face a estilos de vida não saudáveis. Analisou-se o consumo de álcool e de tabaco. Referente à questão do álcool os dados realçaram, um consumo generalizado quer por parte dos homens e das mulheres sendo os primeiros aqueles que mais consomem. A bebida mais ingerida é o vinho, verificando-se a sua ingestão às refeições e fora destas. As quantidades referidas expressaram prevalência de importantes ingestões alcoólicas para alguns elementos. É pertinente trazer a lume os dados colhidos sobre as patologias que prevalecem na comunidade, pelo facto de se encontrar identificada uma situação de alcoolismo crónico. Os hábitos de ingestão de bebidas alcoólicas tiveram a sua iniciação aquando crianças.

Sintetizo, seguidamente, as ideias-chave resultantes da investigação realizada:

- A rede de transportes afigura-se altamente deficitária;
- O envelhecimento da população constitui um dos principais que tornam os habitantes de Rio Verde vulneráveis a problemas de saúde;
- Nas redes de apoio informal os vizinhos assumem um papel activo na vida quotidiana;
- A família (filhos e parentes próximos) presta ajuda à comunidade, ainda que se encontrando distante;
- É a família que se encontra fixada no exterior que dinamiza alguns dos principais acontecimentos da vida religiosa (festas);
- Identificam-se potenciais riscos para a saúde ligados a falta de medidas de saneamento;
- Verifica-se acentuada escassez de recursos humanos de saúde no que se refere ao sector de enfermagem;
- Os serviços de saúde oferecidos estão longe das metas que preconizam uma assistência de acordo com as necessidades da população;
- O nível de saúde da comunidade é preocupante, destacando-se famílias altamente problemáticas e a exigir uma intervenção multidisciplinar;
- A alimentação da maioria das famílias é incompleta;
- As quantidades de álcool ingeridas evidenciam um sinal de alerta, sendo manifesta uma situação de alcoolismo crónico;

Como é sabido, os factores principais que determinam o potencial de desenvolvimento das áreas rurais são sobretudo, a sua situação periférica e a escassez de população. A maioria das áreas rurais está em relativa desvantagem quanto ao nível de vida, aos recursos sociais e às oportunidades ao nível de saúde. A aldeia de Rio Verde acusa sinais evidentes relativos a cada uma dessas desvantagens. O estudo que agora termina não teve intenção de propor generalizações. No entanto, parece-me que realidades análogas persistem de Norte a Sul de Portugal. Impõe-se que as políticas de saúde se encaminhem no sentido de não deixar de fora comunidades que, “sem voz nem peso”, acabam por ter uma existência vivencial suavemente fúnebre nos lugares mais recônditos e mais distantes das grandes urbes, sem terem beneficiado da assistência que é preconizada teoricamente pelos arautos da igualdade. É tempo do sistema fazer brotar uma equidade de bens e serviços essenciais para que as pessoas vivam com uma mente sã em corpo são.

Face aos resultados da pesquisa, gostaria de apresentar uma série de sugestões para que os serviços de saúde sejam mais acessíveis e para que acções de prevenção/promoção (doença/saúde) façam sentir o seu eco nos hábitos pré-instalados na comunidade.

Primeiro: tornar os serviços de saúde mais acessíveis no sentido de, comunidade-serviços de saúde isto é, tornar acessíveis as equipas de saúde à comunidade em que se presta o serviço aumentando os recursos humanos (sector de enfermagem) de modo a que seja possível desenvolver um trabalho na comunidade, em comunidade e para a comunidade.

Segundo: tornar os serviços de saúde mais acessíveis no sentido de, serviços de saúde-comunidade isto é, disponibilizar à comunidade, a quem o sistema muito legitimamente almeja tornar a saúde um direito igualitário, meios locomoção (transportes gratuitos), para que cada cidadão, possa usufruir das consultas médicas que lhe assistem.

Terceiro: Iniciar um programa de vacinação antitetânica in loco que inclua sessões de educação para a saúde sobre a doença e sua prevenção. Esta colectividade está particularmente exposta ao tétano, como se verificou.

Quarto: Realizar pequenas acções de formação (sessões de educação para a saúde) sobre os temas alimentação, higiene, álcool e diabetes de forma a promover condutas saudáveis na comunidade aos níveis atrás referidos;

Quinto: Sensibilizar os residentes e seus familiares sobre os benefícios da construção de casas de banho;

Sexto: Criar equipas móveis de saúde que façam o périplo das aldeias isoladas do Concelho propiciando cuidados às populações na sua aldeia. Essas equipas terão ainda como objectivo prestar cuidados no domicílio das pessoas que apresentem mais dificuldades em se deslocar;

Sétimo: desenvolver acções coordenadas de visitas de estagiários de enfermagem orientadas por docentes de enfermagem e outros profissionais, com intenções pedagógicas e práticas. É importante induzir e desenvolver nos alunos uma sensibilidade que valorize a prestação de cuidados fora das instituições de saúde, e para o efeito, devem ser seleccionadas comunidades desfavorecidas;

Oitavo: realizar o Dia da Saúde (integrado nas festas tradicionais), empreendendo medidas preventivas e de vigilância de saúde. Realização de controlos através da vacinação e de exames diversos como exemplo a realização de electrocardiogramas, a medição da tensão arterial, o controlo de glicose no sangue etc. Assegurar a distribuição gratuita de medicamentos aos doentes crónicos com fracos recursos económicos.

Nono: realizar sessões de educação para a saúde com objectivo de sensibilizar as pessoas em matéria ambiental dando especial enfoque à correcta deposição dos resíduos sólidos não biodegradáveis.



BIBLIOGRAFIA

- ABRANTES, Alexandre; CORREIA, Ernesto
1983 "Acesso ao centro de saúde das Caldas da Rainha". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol.: 62-68.
- ADAM, Evelyn
1994 *Ser Enfermeira*, Lisboa: Instituto Piaget.
- AHUMAD, L. de la Revilla; DELGADO, A..
1991 "Cuidados de saúde primários orientados para a comunidade. Análise da situação de saúde" in A. Martín Zurro e J. F. Cano Pérez *Manual de Cuidados Primários*, Lisboa: Laboratórios Azevedo.
- ALMEIDA, João Ferreira de
1981 "Alguns problemas de teoria das classes sociais". *Análise Social*, (Vol. XVII), 66: 231-251.
- ALMEIDA, João Ferreira de
1993 "Integração social e exclusão social: algumas questões". *Análise Social*, (Vol XXVIII) 123/124: 829 – 834.
- ALMEIDA, João Ferreira de; PINTO José Madureira.
1976 *A Investigação nas Ciências Sociais*, Lisboa: Ed. Presença.
- ANSHEN, Ruth Nand
1971 *A Família: sua função e destino*. Lisboa: Meridiano
- ARCHER, Luís
1981 "Temas biológicos e problemas humanos", *Brotéria*: 29:
- AZEVEDO, Rui; COSTA, Avelino de Jesus; PEREIRA, Rodrigues Marcelino
1979 *Documento D.Sancho I 1174 -1211* (Vol.), Coimbra: Edição Universidade de Coimbra.
- BARBOSA, António
1985 "A eficácia do simbólico na medicina popular". *Hospitalidade* 193: 31- 40.
- BARBOSA, Pedro Morais
1974 "Os Sistemas de Previdência", *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, vol. III.

- BARDIN, Laurence
1977 *A Análise de Conteúdo*, Lisboa: Edições 70.
- BASTOS, Cristiana; LEVY, Teresa
1987 "Sociedade medicina e saúde", *Revista Crítica de Ciências Sociais* 23: 221-231.
- BERNARDI, Bernardo
1984 *Introdução aos Estudos Etno-Antropológicos*, Lisboa: Edições 70.
- BLALCK, Hubert M.
s.d. *Introdução à Pesquisa social*, Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- BLAND, John
1978 "Reencontro com a natureza", *A Saúde do Mundo* Julho: 29 – 31.
- BOUDON, Raymond et al
1990 *Dicionário de Sociologia*, Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- BOUTIN, Gérald, GOYETTE, Gabriel, LESSARD-HÉBERT, Michell
1994 *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, Lisboa: Instituto Piaget.
- BOURDIEU, Pierre
1994 *O Poder Simbólico*, Lisboa: Difel.
- BURNS, Nancy, GROVE, Susan K.
1993 *The Practice of Nursing Research*, Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- CARAPINHEIRO, Graça
1986 "A saúde no contexto da sociologia", *Sociologia - Problemas e Práticas* 1: 9 – 21.
- CARDOSO, J. Ribeiro
1944 *Subsídios para a História Regional da Beira Baixa*, Castelo Branco: Junta de Província da Beira Baixa.
- CARREIRA, Henrique Medina
1996 "O estado e a saúde", *Cadernos do Público* 2.
- CASTANEDA, M. de Torre; NAVARRO, J. Esteban; BÁDIA, J. Megido; PISA, R. M. Lópes
1991 "Enfermagem e cuidados de saúde primários" in A. Martin Zurro e J. F. Cano Pérez, *Manual de Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa: Laboratórios Azevedo.

- COE, R.M.
1979 *Sociología de la Medicina*, Madrid: Alianza.
- COLLIÈRE, Marie – Françoise
1989 *Promover a Vida*, Lisboa: SEP.
- COSTA, António Firmino
1986 “O método de pesquisa de terreno”, in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (Coord.), *Metodologia em Ciência Sociais*, Porto: Edições Afrontamento.
- CRUZ, Manuel Braga da
1989 *Teorias Sociológicas, Os Fundadores e os Clássicos (Antologia de Textos) (1º Vol.)*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- CRUZ, Manuel Braga da
1996 “Transformações sociais da família”, *Brotéria* (vol. 143), 1: 92- 96.
- CUSTEAU, Doris; LUSSIER, Pierrette
s.d. *Soins Infirmiers de Santé Communautaire*, (policopiado).
- CUTILEIRO, José
1977 *Ricos e Pobres no Alentejo*, Lisboa: Sá da Costa.
- DAUTH, Jürgen
1977 “Os ‘bombohs’ da Malásia”, *A Saúde do Mundo*, Nov: 4 – 6.
- DAVEAU, Suzanne
1995 *Potugal Geográfico*, Lisboa: Editorial Presença.
- DELGADO, L. de la Revilla
1991 “Cuidados de saúde primários orientados para a comunidade. Análise da situação de saúde” in J. A. Martín Zurro e J. F. Cano Pérez, *Manual de Cuidados Primários*, Lisboa: Laboratórios Azevedo.
- DIAS, Jorge
1948 *Vilarinho das Furnas, uma Aldeia Comunitária*, Lisboa: Imprensa -Nacional Casa da Moeda.
- DIAS, Jorge
1961 *Ensaio Etnológicos*, Lisboa: Edições ‘Marânus’.
- DURREAU, M.
1982 *Geografia Humana*, Lisboa: Editorial Presença.

GRAWITZ, Madeleine

1976 *Méthodes des Sciences Sociales*, Paris: Dalloz.

HELMAN, Cecil G.

1994 *Cultura Saúde e Doença*, Porto Alegre: Artes Médicas.

HERZLICH, Claudine

1969 *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Paris: Ed. Mouton.

HERZLICH, Claudine; PIERRET, J.

1991 *Maladies d'hiers, Maladies d'aujourd'hui*, Paris: Ed. Payot.

HESPANHA, Maria José

1987 "O corpo, a doença e o médico. Representações práticas sociais numa aldeia." *Revista Crítica de Ciências Sociais* 23: 195-210.

HORTON, Paul & HUNT, Chester

1980 *Sociologia*, São Paulo: McGraw-Hill.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário

1982 *Metodologia do Planeamento da Saúde*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

ITURRA, Raul

1986 "Trabalho de campo e observação participante", in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (Coord.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento.

ITURRA, Raul

1990 "A Aldeia: Presente Etnográfico, Passado Histórico – Propostas Metodológicas Exploratórias, in J. Pais de Brito e Brian O' Neill (coord.), *Lugares de Aqui*, Lisboa: Publicações Dom Quixote.

JAVEGA, Eduardo Pardo

1994 "Enfermeria y medicinas alternativas", *Revista Rol de Enfermeria* 190: 40-42.

JORDÃO, José de Sousa

1993 "Mudanças em meio rural: inovação das técnicas culturais nos sistemas de exploração da terra", *Forum Sociológico* 2: 93-101.

DURVAL, Mário et al

1989 "Equipas nucleares de saúde. Uma proposta de gestão para os centros de Saúde", Beja: A.R.S. Beja (policopiado).

DUVALL, Evelyn

1971 *Family Development*, Philadelphia: J. B. Lippincott.

FERREIRA, J. M. Carvalho et al

1995 *Sociologia*, Alfragide: Mc Graw – Hill

FERRÃO, João

1996 "A demografia portuguesa", *Cadernos do Público* 6

GARCIA, Maria D. Fores; JULIÁ, P. Sollans

1991 "Vacinação" in A. Martin Zurro e J. J. F. Cano Pérez *Manual de Cuidados de Saúde Primários*, vol.II Lisboa: Laboratórios Azevedo.

GASPAR, Jorge

1987 *Portugal e os Próximos 20 anos: Ocupação e Organização do Espaço Retrospectiva e tendências*, (1º Vol.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GEERTZ, Clifford

1973 *A Interpretação das Culturas*, Rio de Janeiro: Zahar.

GEORGE, Júlia B. et al

1993 *Teorias de Enfermagem*, Porto Alegre: Artes Médicas.

GHIGLIONE, Rodolphe, MATALON, Benjamin

1992 *O Inquérito. Teoria e Prática*, Oeiras: Editora Celta.

GIL, António Carlos

1989 *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*, S. Paulo: Atlas.

GOLDEY, Patrícia.

1981 "Emigração Estrutura Familiar - Estudo de um Caso no Minho", *Estudos Contemporâneos* 2 / 3: 111 - 127.

GONÇALVES, António Custódio

1992 *Questões de Antropologia Social e Cultural*, Porto: Edições Afrontamento.

GOOD, William; HATT, Paul

1973 *Métodos em Pesquisa Social*, S. Paulo Biblioteca Universitária.

KOIZUMI, Marie Sumie

1992 "Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem". Revista da Escola de Enfermagem da USP I (Vol. 26) número especial: 33 – 26.

KRAUSE & MANN

1985 *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*, Lisboa: Roca 1985

KURUP, P. N.

1977 "A ciência da vida". *Revista da Organização Mundial de Saúde* (Nov): 12.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. A.

1986 *Metodologia do Trabalho Científico*, S. Paulo: Ed. Atlas.

LEAL, Pinho; BARBOSA, Augusto Soares d'Azevedo

1878 *Portugal Antigo e Moderno* (Vol. VIII), Lisboa: Ed. Matos Moreira e Companhia.

LEAL, Pinho; BARBOSA, Augusto Soares d'Azevedo

1880 *Portugal Antigo e Moderno* (Vol. XIX), Lisboa: Ed. Matos Moreira e Companhia.

LIMA, Augusto Mesquitela

1987 *Introdução à Sociologia*, Lisboa: Editorial Presença.

LIMA, Augusto Mesquitela et al

1987 *Introdução à Antropologia Cultural*, Lisboa: Editorial Presença.

LOBIONDO – WOOD, G. HABER, Judith

1878 *Nursing Reserch*, 3rd London: Mosby.

MAGALHÃES, Dulce Maria

1996 "A taberna: uso do espaço e do tempo", *Sociologia* 9: 213 - 230

MAHLER, Halfdan

1977 "O bastão de Esculápio", *A Saúde do Mundo* (Nov.): 3

MANN, Peter H.

1972 *Métodos de Investigação Sociológica*, Rio de Janeiro: Ed. Zahar.

MARRINER, Ann

1989 *Modelos y teorías de enfermería*, Barcelona: Ed. Rol.

1994 *Modelos y Teorías en enfermería*, Madrid: Mosby.

MARTIN, Jean

1987 *Pour la Santé Publique*, Lausanne: Ed. Réalités Sociales.

MENDES, Filismina

1996 "A saúde e a doença dos profissionais universitários". *Sociologia - Problemas e Práticas* 19: 165 – 187.

MENDES, Maria Filomena; PEREIRA, Pedro Telhado; PINTO, José Eliseu

1994 *A Família Portuguesa*, Lisboa: Direcção Geral de Família.

MINGIONE, Enzo; PUGLIESE, Eurico

1987 "A difícil delimitação do 'rural' e do 'urbano'". *Revista Crítica de Ciências Sociais* 22: 83- 100.

MOUSSEAU, Jacques

1982 "A sociologia da informação" in Jean Cazeneuve e David Victoroff, *Dicionário de Sociologia*, Lisboa: Verbo.

NUNES, Berta

1990 "O corpo e a saúde numa aldeia rural". *Revista Portuguesa de Clínica Geral* (Vol. 7) 12: 449 – 452.

1992 "A doença como facto social". *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (Vol. 9) 10: 272 - 274.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

1985 *As Metas de Saúde para todos: Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

O'NEILL, Juan Brian

1984 *Proprietários, Lavradores e Jornaleiras. Desigualdade Social numa Aldeia Transmontana, 1870 - 1978*, Lisboa: Publicações Dom Quixote.

O'NEILL, J.Brian BRITO, Joaquim Pais de

1991 *Lugares de Aqui: Actas do Seminário "Terrenos Portugueses"*, Lisboa: Publicações Dom Quixote.

- PEARSON, Alan; VAUGHAN, Bárbara
1992 *Modelos para o Exercício de Enfermagem*, Lisboa: ACEPS.
- PIMENTEL, D.João Maria de Amaral
1881 *Memórias de Oleiros e seu Concelho*. Angra do Heroísmo.
- PINTO, José Madureira
1981 "Solidariedade e vizinhança e oposições de classe em colectividades rurais".
Análise Social (Vol. XVII), 66: 199 – 299.
- PIRES, Lucas
1992 "A família na união europeia". *Brotéria* (Vol. 139) 4: 339 – 342.
- PISELLI, Fortunata
1995 "A sociedade providência na esfera económica". *Revista Crítica de Ciências Sociais* 42: 125 – 138.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUT, LucVan
1992 *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.
- RAMOS, Francisco Martins
1992 *Os Proprietários da Sombra. Vila Velha Revisitada*, Universidade de Évora.
(Tese de Doutoramento).
- REVILLA L. de la; GARCIA, E. Sevilla
1991 "Influência sócio – cultural nos cuidados de saúde" in A. Martin Zurro e J. J.
F. Cano Pérez *Manual de Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa:
Laboratórios Azevedo.
- RIBEIRO, Manuela
1994 "As histórias de vida enquanto procedimento de pesquisa sociológica".
Revista Crítica de Ciências Sociais 44: 125- 138.
- ROSA, Maria João Valente
1993 "O desafio social do envelhecimento demográfico". *Análise Social*
(Vol.XXVIII), 192: 679 – 688.
- SEDAS, A. Nunes
1994 *Questões Preliminares sobre as Ciências Sociais*, Lisboa: Ed. Presença.

SERRÃO, Daniel

1996 "O trilema da saúde". *Brotéria* (Vol. 142), 4: 489 – 491.

1997 "O Clínico Geral e o Serviço Nacional de Saúde – presente e futuro", *Brotéria* (Vol.144) 1: 33.

SILVA, Augusto Santos

1994 *Tempos Cruzados: Um Estudo Interpretativo da Cultura Popular*, Porto: Edições Afrontamento.

SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira

1986 *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento.

SILVA, Carlos Manuel

1991 "Comunitarismo: identidade e diferenciação. O caso de uma aldeia do Alto Minho". *Cadernos do Noroeste* (Vol. 3), 1- 2: 205 – 234.

SILVA, Manuela

1995_a "Família e sociedade, hoje", *Brotéria* (Vol. 140), 5/6: 525 – 540.

SILVA, Manuela

1995_b "A exclusão social: um fenómeno inevitável", *Brotéria* (Vol. 142), 2: 229 – 237.

SOUSA, Daniel de

1978 *Sociologia como Ciência*, Lisboa: Livros Horizonte.

TRIVINOS, Augusto N. S.

1987 *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*, São Paulo: Ed. Atlas, S. A.

UDUPA, K. N.

1977 "A ciência da vida". *Saúde do Mundo* (Nov.): 12-15

VALA, Jorge

1986 "A análise de conteúdo", in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (Coord.) *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento.

WORSLEY, Peter

1977 *Introdução à Sociologia*, Lisboa: Ed. Dom Quixote.

ZURRO, A. Martin; PEREZ, J.F.Cano

1991 *Manual de Cuidados Primários*, Lisboa: Laboratórios Azevedo.

Comissão Permanente de Estatística e Cadastro do Reino
1864, I Recenseamento Geral da População.

Comissão Permanente de Estatística e Cadastro do Reino
1878, II Recenseamento Geral da População.

Comissão Permanente de Estatística e Cadastro do Reino
1890, IV Recenseamento Geral da População.

I.N. E. - V Recenseamento Geral da População.
1911 a 1991

ANEXOS

ANEXO 1 — GUIÃO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA ESTRUTURADA
(Guião de entrevista)

Agregado Familiar Nº _____ Entrevistado(a) _____

I - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO GERAL

Elementos do Agreg. Familiar	Sexo	Idade	Est. Civil	Hab. Lit.	Número de filhos	Onde vivem	Tem família a viver na aldeia
Parentesco:							
-							
-							
-							

II - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA

Situação sócio - económica

1 - Situação actual face ao trabalho

- 1 – Reformado
- 2 - Reformado mas trabalha na agricultura
- 3 - Reformado mas trabalha na agricultura e outro
- 4 - Outra situação

2 - Tem propriedades?

- 1 - Sim
- 2 – Não

2.1 - Que tipo de propriedades tem?

Hortas

Floresta

Hortas e floresta

2.2 - Qual a dimensão aproximada?

Hortas..... ha

Terreno florestal ha

3 - Alguma vez deixou a aldeia para trabalhar noutra cidade ou país

1 – Sim

2 – Não

3.1 - Em caso afirmativo

Qual a cidade ou país _____

Durante quanto tempo esteve fora da aldeia _____

Onde investiu as suas economias _____

4 - Actualmente a sua fonte de rendimentos provém:

1 - Rendimentos habituais a partir da exploração da terra (R.H.P.E.T.)

2 - Outros rendimentos

3 - Pensão de Reforma

4 - R.H.P.E.T. mais outros rendimentos

5 - R.H.P.E.T mais pensão de reforma

6 - R.H.P.E.T mais outros rendimentos mais pensão de reforma

7 - Outros

8 - Não respondeu

Meio ambiente**1 - Condições habitacionais**

1.1 Regime de propriedade

- 1 - Própria
- 2 - Cedida
- 3 - Emprestada
- 4 - Outro

1.2 - Instalações sanitárias

- 1 - Não
- 2 - Sim
- Dentro de casa
- Fora de casa

1.3 - Tipo de pavimento

- 1 - Madeira
- 2 - Alcatifa
- 3 - Outros _____

2. Bens de equipamento e electrodomésticos

2.1 - Possui algum dos electrodomésticos seguintes ou outros

- 1 - Arca frigorífica
- 2 - frigorífico
- 3 - Outros

2.1.1 - Utiliza o frigorífico / arca frigorífica _____

2.2 - Tem aparelhos para aquecimento da água ou da casa

- 1 - Sim
- 2 - Não

Qual(ais) _____ Utiliza- os _____

2.3 - Meio de comunicação1 - T.V. 3 – Telefone **3 - Saneamento básico****3.1 - Abastecimento de água**1 – Fontenário 2 – Nascente 3 - Furo / Poço 4 – Outros **3.2 - Destino dos esgotos**1 – Fossa 2 - Superfície do solo 3 – Outros **3.3 - Qual o destino que dá ao lixo** _____**ACESSIBILIDADE/ ISOLAMENTO****1- Acessibilidade****1.1 - Sente necessidade de sair da aldeia para tratar de assuntos noutras localidade**1 – Sim 2 – Não **1.2 – Quais as principais situações que motivam a necessidade de sair da aldeia?**1- Religiosa 2 - Assistência nos Cuidados de Saúde

3 - Familiar (visitar filhos ...)

4 - Burocrática / Económica (finanças, bancos, correios, ...) 5 - Laboral (transformação de produtos agrícolas) 6 - Comercial (compra de produtos de 1ª necessidade ...) 7 - Social (visitar doentes em Instituições mais próximas)

Relação familiar e social

1 - Visitas

1.1 - É visitado pela sua família?

Sim

Não

1.2 - Número de vezes

Por semana _____

Por mês _____

Por ano _____

3-Telefonemas

3.1 - Qual a frequência com que recebe telefonemas dos seus filhos (irmãos...sobrinhos) «para saber de si»? _____

3.2 - Qual a frequência com que telefona aos seus filhos (irmãos, sobrinhos) ?

4 - Relação de ajuda

4.2.1 - Como classifica a relação de ajuda que recebe actualmente dos filhos (parentes mais próximos)?

1 - Muito boa

2 - Boa

3 - Fraca

4 - Nenhuma

Justifique _____

**III DADOS PARA DEFINIR O PERFIL DE SAÚDE
PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE SOBRE A SAÚDE**

1. Conceito de saúde e doença

1.1 - Diga o que é para si ter saúde _____

1.4 - Diga o que é para si estar doente? _____

2. Em quem recai a responsabilidade pela saúde

2.1- Acha que a saúde depende essencialmente de quem? _____

Quais as causas que atribui às doenças? _____

3 - Atitudes e Práticas na vigilância de saúde

3.1 - Em relação a problemas comuns

3.1 - O que faz habitualmente no caso de apresentar alguns dos problemas:

1 - Diarreia forte _____

2 - Ardor e dor quando urina _____

3 - Faz um pequeno corte num dedo ou numa perna que não para de sangrar

5 - Dor de garganta forte _____

6 - Dores de dentes _____

7 - Tem cólicas _____

9 - Tem uma constipação forte _____

Há outros tratamentos caseiros que tenha por hábito fazer para outro problema que o afecte mais? _____

3.2- Como resultado de crenças

3.2.1 - Acredita que outras pessoas para além dos médicos e enfermeiros são capazes de "tratar" doenças?

1 - Sim

2 - Não

3 - Não sabe

Justifique _____

3.2.2 - Acha que às vezes é preferível recorrer ao endireita, ao curandeiro ou mesmo à bruxa? _____

3.2.3 - Alguma vez recorreu a alguma dessas pessoas? _____

3.4 - Utilização de recurso de saúde

3.4 1- Qual das situações o (a) leva a ir a uma consulta

1 - Só quando está doente

2 - Mesmo que não se sinta doente, para saber se "está tudo bem"?

3 - Nunca foi à consulta

3.4.2 - Acha que deve ir à consulta mesmo sem estar doente? Justifique _____

3.4.4 - Diga onde recorre normalmente para resolver os seus problemas de saúde?

3.4.7 - Como é que faz para ir à consulta? _____

3.4.8 - Onde adquire os medicamentos? _____

3.4.9 - Como faz para adquirir os seus medicamentos? _____

3.4.10 - O que lhe faz falta nesta aldeia em termos de assistência à saúde?

INDICADORES QUE EXPRESSAM O NÍVEL DE SAÚDE E A VULNERABILIDADE A PROBLEMAS DE SAÚDE

1 - Morbilidade

1 - Antecedentes pessoais

1.2 - Doenças actuais ou outro problemas ocorridos neste últimos tempos:

2 - Nível de capacidade funcional (limitações físicas)

Análise das possibilidades de autonomia / dependência

Comer e beber, higiene, vestir e calçar e andar

2.1 - Comer e beber

Sem dificuldades

Com dificuldades

Quais _____

Cuidados de HigieneSem dificuldades Com dificuldades

Quais _____

2.3- Vestir e calçarSem dificuldades Com dificuldades

Quais _____

Andar

Sem dificuldades

Com dificuldades

Quais _____

2 - Situação imunitária em relação à doença do tétano

2.1 - Já ouviu falar da doença do tétano?

1 - Não 2 - Sim

2.2 - Sabia que existe uma vacina para evitar esta doença?

1 - Sim 2 - Não

2.3 - Está vacinado contra esta doença ?

1 - Sim 2 - Não 3 - Não sei

2.4 - Gostaria de ser informado (a) ou melhorar a sua informação sobre esta doença?

1 - Sim 2 - Não 3 - Não sei 4 - Indiferente

2.5 - Imagine que era avisado, de que na próxima semana viria uma enfermeira ao posto de saúde de Cambas, com a finalidade de informar a população sobre a doença do tétano e para vacinar a população. Acha importante que isso acontecesse ou não?

Justifique. _____

III - ATITUDES E COMPORTAMENTOS FACE A ALGUMAS ACTIVIDADES DE VIDA E ESTILOS DE VIDA ADOPTADOS

ACTIVIDADES DE VIDA:

1 - Alimentação / Hidratação

Preferências alimentares, organização das refeições e tipo de cozedura mais utilizado

1.1 - Quais os alimentos que mais aprecia ? _____

1.2 - Quais os alimentos que menos aprecia? _____

1.3 - Quais os alimentos que consome com mais vezes? _____

1.4 - Quais os alimentos que consome com menos vezes? _____

1.5- Consome fruta regularmente?

Sim

Não

1.6 - Qual a quantidade de leite que bebe por dia _____

1.7 - Quantas refeições faz por dia? _____

1.8 - Como estão distribuídas as suas refeições ao longo do dia? _____

1.9 - Qual (ais) o tipo(s) de cozedura mais utilizados? _____

2 - Hábitos de higiene

2.1 - Higiene geral

2.1.1 - Considera o banho uma prática importante para obter saúde? Justifique.

2.1.2 - Gosta de tomar banho? Justifique. _____

2.1.3 - Faz banho completo

1 -Diário

Sim

2 -Semanal

Sim

3 - Outros

2.1.4 - Sente mal estar pelo facto de não tomar banho passados quanto tempo?

2.2 - Higiene oral

2.2.1 – Tem por hábito lavar os dentes ?

1 – Não

2 – Sim

2.2.2- Frequência com que lava os dentes / dia ou semana _____

2.2.3 - Qual o produto que utiliza para lavar os dentes _____

2.2.4 - Estado de dentição _____

2.2.5 - Já alguma vez frequentou algum especialista para tratar os seus dentes?

1 – Não

2 – Sim

2.3- Sono e Repouso

2.3.1 - A que horas se deita normalmente?

2.3.2 - Quantas horas dorme?

2.3.3 - Toma medicamentos para dormir

1 – Sim

2 – Não

2.3.4 – No Verão tem por hábito dormir a sesta?

1 – Sim

2 – Não

2.4 - Ocupação de tempos livres

2.4.1 - Como ocupa os seus tempos livres? _____

2.6 - Consumo de tabaco

2.6.1 - Fuma regularmente?

1 – Não

2 - Sim

2.6.2 - Quantos cigarros fuma por dia? _____

2.6.3 - Com que idade começou a fumar? _____

2.7 - Consumo de álcool

2.7.1 - Ingere bebidas alcoólicas ?

1 - Não

2 - Sim

Qual a bebida que mais aprecia? _____

2.7.2 - Qual (ais) as bebidas que ingere mais vezes? _____

2.7.3 - Qual a quantidade ingerida / dia _____

2.7.4 - Qual a frequência com que ingere bebidas alcoólicas?

1 - Todos os dias

2- 1-2 vezes / semana (raramente)

4 - Nunca

2.7.5 - Quando é que ingere bebidas alcoólicas?

1 - Só às refeições

2 - Às refeições e fora das refeições

3 - Outros

2.7.6 - Com que idade começou a beber?

_____ anos

ANEXO 2 – A EPIDEMIA DE FEBRE TIFOIDE

(Extraído da obra *Subsídios para a História Regional da Beira Baixa* de J. Ribeiro Cardoso)



Fonte de mergulho em Adegiraldo

A epidemia tifosa da Adegiraldo mexeu com as mais íntimas miudezas da sensibilidade do Padre Tomaz, como se vê de dois officios que fez expedir para o Governador Civil do distrito.

«Orvalho, 5 de Julho de 1935.

Ex.^{mo} Senhor Governador Civil de Castelo Branco.

Ex.^{mo} Senhor:

A pequena povoação de Adegiraldo, desta freguesia, está sepultada no luto, na miséria e na orfandade, devido a uma terrível epidemia que ali está desimando a sua população. No pequeno espaço de poucas semanas já ali faleceram nove adultos, e quasi todos os habitantes estão atacados da terrível doença, sem que todavia até hoje ali tenha vindo um médico, porque aquela pobre gente não tem recursos para pagar uma visita necessariamente cara, pois o Delegado de Saúde reside em Oleiros, que fica a cerca de 35 quilómetros daquela povoação.

Em vista disto, apelamos para V. Ex.^a pedindo providências.

A Bem da Nação.»

«Orvalho, 18 de Julho de 1935.

Ex.^{mo} Senhor Governador Civil do distrito de Castelo Branco

Voltamos novamente junto de V. Ex.^a por causa do angustioso caso de Adegiraldo, povoação pertencente a esta freguesia:

A mortandade ali continua a ser assustadora.

É certo que o Ex.^{mo} Delegado de Saúde de Oleiros ali esteve a colher informações e a tirar amostras de sangue dos mais atacados, no dia 13 do corrente, para pedir providências que julgue necessárias, todavia esta epidemia é tão mortífera que não permite delongas.

Na verdade, quatro das pessoas que naquela ocasião estavam mais doentes, já faleceram, sem que lhes fôsse feito qualquer tratamento.

Oleiros fica muito distante de Adegiraldo, cerca de 35 quilómetros e com péssimos caminhos.

