UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

PARA UM CUIDADO CULTURAL CONGRUENTE COM A CULTURA FAMILIAR

MARIA CLARA DIAS DA COSTA CORREIA DE CASTRO

PORTO

2000

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
V MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

PARA UM CUIDADO CULTURAL CONGRUENTE COM A CULTURA FAMILIAR

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTADORA:

MESTRE MARIA VITÓRIA BARROS DE CASTRO PARREIRA

MARIA CLARA DIAS DA COSTA CORREIA DE CASTRO

PORTO

2000

SIGLAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPR - Observação- Participação - Reflexão

PF - Planeamento Familiar

SM - Saúde Materna

Quando se aprende a cuidar,
a respeitar e a reconhecer
os seres humanos de cada cultura, incluindo a sua,
cuida-se do património da humanidade.

Cecília Rohrbach-Viadas (1999)

À minha filha

Este trabalho só foi possível com a ajuda de várias pessoas
a quem quero deixar expresso o meu agradecimento.
Em primeiro lugar à minha orientadora nesta dissertação,
Mestre Maria Vitória Barros de Castro Parreira,
que desde a apresentação do projecto me deu apoio
e ajuda em todas as fases e nas suas observações pertinentes
me ajudou a encontrar o caminho e a ultrapassar
todas as dificuldades para a sua concretização.
A todos os professores do V Mestrado que
o tornaram interessante e agradável
Aos colegas do V Mestrado quero agradecer
a todos em geral a solidariedade demonstrada.
Às mestrandas
Maria Augusta pela partilha constante de apoio bibliográfico e
à Emília pelo apoio e encorajamento nos caminhos da etnoenfermagem.
À população de Belmonte pela sua colaboração
Aos colegas do Centro de Saúde pela sua compreensão.
A todos, como dizemos na Beira, o meu BEM HAJAM !

RESUMO

Este estudo de tipo qualitativo, exploratório, descritivo de orientação etnográfica na vertente de etnoenfermagem teve como pergunta de partida: "Como adequar cuidados de Enfermagem, no âmbito da promoção da saúde, que sejam congruentes com a Cultura familiar ?" O objectivo foi compreender as crenças e valores da família em relação à promoção da saúde.

Recorre à investigação em campo, em contexto natural, enfatizando a abordagem EMIC pretende conhecer os pontos de vista dos informantes a fim de conhecer o seu significado cultural. O trabalho de campo decorreu durante seis meses. A população em estudo foi constituída por famílias do concelho de Belmonte. Os informantes foram seleccionados tendo por critério a amostra por conveniência num total de 32 informantes provenientes de dez famílias inscritas no Centro de Saúde de Belmonte, de diferentes origens culturais. Os instrumentos de recolha de dados foram a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Na observação participante seguimos o modelo OPR de Leininger com 4 fases de ordem sequencial: observação, observação com pouca participação, participação com alguma observação e observação reflexiva. A entrevista semi-estruturada foi feita a sete informantes-chave. A análise dos dados teve por base a orientação de Spradley (1979). Os significados que emergiram

foram agrupados em 15 domínios culturais, seguindo uma lógica de apresentação desde os aspectos a que foi atribuído significado como fundamentais para preservar a saúde seguido das práticas que utilizam para proteger a saúde. Foi feita análise taxonómica a um dos domínios. A análise temática conduziu a dois temas complementares: "a gente sabe o que faz bem e o que faz mal" e "a saúde está nas mãos de Deus" .

Sugerimos a formação em Cuidado Cultural para aquisição de competência na dimensão cultural dos Cuidados de Enfermagem. Os conteúdos culturais identificados devem ser tidos em conta para fundamentar uma prática de cuidados de enfermagem à família que seja culturalmente congruente.

ABSTRACT

As an initial question to this qualitative, exploratory, descriptive study of ethnographic orientation in the field of ethnonursing, we asked "How to develop a Nursing care within health promotion, congruent with family culture?" The aim was to understand the family beliefs and values in what concerns health promotion.

This study uses field investigation in natural context and, in its EMIC approach, intends to get to know the informants' points of view in order to understand their cultural meaning. Field work took six months and the study population was made of families from the munnicipality of Belmonte. The informants were chosen by convenience criteria and the sample, with a total of 32 informants, was constituted by ten families enrolled at the Health Center of Belmonte, with different cultural backgrounds. The methods for gathering data were the participant observation and the semi-structured interview. At the participant observation, the OPR model of Leininger with 4 stages of sequential order was followed: observation, observation with little participation, participation with some observation and reflexive observation. The semi structured interview was performed to seven key-informants. Data analysis was made according to Spradley(1979). The inferred meanings were

grouped into 15 domains, from relevant aspects to be healthy to folk practices used to protect health. One domain was selected for taxonomic analysis.

Thematic analysis lead to two complementary themes: "one knows what's good or bad for us" and "health is in God's hands".

We suggest training in transcultural nursing to develop cultural competency. The identified cultural meanings must be taken into account in order to develop a nursing practice to the family that will be culturally congruent.

ÍNDICE

Folha

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....13

CAPÍTULO 2 – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....19

1 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....20

2 – O CUIDADO CULTURAL.....36

3 – O CUIDADO CULTURAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....51

CAPÍTULO 3 – A LÓGICA DA METODOLOGIA.....54

1 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....57

CAPÍTULO 4 – CONSTRUINDO O CAMINHO.....62

1 – ANÁLISE DOS DADOS 64

CAPÍTULO 5 – CONHECENDO A CULTURA 66

CAPÍTULO 6 – APRENDENDO COM AS FAMÍLIAS 77

CAPÍTULO 7 – ANALISANDO A CULTURA 84

CAPÍTULO 8 – TEMAS CULTURAIS.....133

CAPÍTULO 9 - PARA UM CUIDADO CULTURAL CONGRUENTE COM A CULTURA FAMILIAR 137

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....148

ÍNDICE DE FIGURAS

Folha

Fig. 1- Aspectos considerados fundamentais para ter saúde.....93
Fig. 2- Recomendações para uma alimentação saudável.....100
Fig. 3- Dificuldades vividas que contribuíram para alteração do bem-estar.....103
Fig. 4- Substâncias prejudiciais à saúde.....105
Fig. 5- Crenças em procedimentos utilizados para proteger a saúde....107
Fig. 6- Motivos para a utilização dos procedimentos de protecção da saúde.....109
Fig. 7- Procedimentos para aliviar os desconfortos.....112
Fig. 8- Situações em que é aconselhado "ir a atalhar".....115
Fig. 9- Expressões conotadas com a crença a saúde está nas mãos de Deus.....122
Fig. 10- Ingredientes utilizados de acordo com crenças/religião.....124
Fig. 11- Actividades de enfermagem valorizadas pelos utentes.....126
Fig. 12- Razões para os utentes valorizarem as acções de enfermagem.....128
Fig. 13- Atitudes/expressões dos enfermeiros que foram interpretados como cuidados despersonalizados.....130
Fig. 14 - Expressões relativas à sensibilidade cultural dos enfermeiros.....132

ÍNDICE DE QUADROS

Folha

QUADRO 1 - TAXONOMIA I.

ASPECTOS FUNDAMENTAIS PARA TER SAÚDE.....94

QUADRO 2 - REMÉDIOS CASEIROS UTILIZADOS

COM FINS TERAPÊUTICOS.....119

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

No mundo em que vivemos cada vez mais temos necessidade de contactar com pessoas de diferentes origens culturais. A grande mobilidade, as catástrofes naturais e guerras levam a que haja grande número de populações deslocadas para além da imigração e de fuga a regimes políticos.

Como Enfermeira responsável pela equipe de Enfermagem num Centro de Saúde valorizamos a Família como unidade na prestação de cuidados no âmbito da promoção de saúde e questionamos a sua adequação de forma a que sejam culturalmente congruentes.

A abordagem sobre a temática "Para um cuidado cultural congruente com a cultura familiar" para a dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem emergiu, não só pelo interesse que a temática do cuidado cultural lhe despertou no decorrer do Mestrado, mas também a sensibilizou para esta problemática o facto de, em contexto de trabalho num Centro de Saúde, gerir situações de Cuidados de Enfermagem a famílias de diferentes origens culturais.

A necessidade sentida da interligação entre a teoria e a prática reforçou o ânimo e o interesse para abordar esta problemática. Partimos do pressuposto que só conhecendo os significados que as famílias atribuem à

saúde e doença se podem prestar Cuidados ajustados/adequados às necessidades reais em saúde, e assim, poder vir a obter ganhos em saúde.

O facto dos valores, crenças e práticas se encontrarem intrinsecamente ligados ao contexto cultural dos indivíduos torna-se um desafio para a prática dos cuidados de enfermagem. Nesse contexto, a reflexão sobre as nossas práticas de Cuidados de Enfermagem e sobre a sua congruência do ponto de vista cultural, torna-nos sensíveis no sentido de reconhecer uma necessidade premente em adquirir competência na dimensão cultural do Cuidar.

Estas reflexões orientaram a formulação da pergunta de partida:

Como adequar cuidados de Enfermagem, no âmbito da promoção da saúde, que sejam congruentes com a Cultura familiar ?

Foi nesta perspectiva que desenvolvemos os pressupostos teóricos deste trabalho.

A promoção da saúde como expressão de um movimento com finalidade de melhorar a saúde e o bem-estar, desenvolveu-se na década de oitenta com a publicação pela OMS das estratégias para a promoção da saúde. Nestas estratégias a OMS (1986) recomenda a aplicação do cuidar, o holismo e a ecologia. A perspectiva holística facilita, aos que prestam cuidados de enfermagem, a compreensão da visão de estar no mundo das pessoas, dando-lhes pistas para poder intervir de forma ajustada, ao que, para a

pessoa/família, é significativo (Benner e Wrubel,1989). Assim começamos por abordar no capítulo 2 os aspectos relevantes na área da promoção da saúde da família. Baseamo-nos no Modelo de Promoção de Saúde (Pender, 1996) em relação à promoção da saúde da família como cliente.

O conhecimento das crenças e valores é fundamental para construir o processo de Cuidados de Enfermagem (Collière,1989) e, para Cuidar pessoas/famílias, é preciso perceber o significado que atribuem à saúde, na forma como se exprimem. A inclusão destes conhecimentos facilita-nos a visão global do homem no seu ambiente ecológico. Os hábitos de vida, as crenças e os valores são transmitidos por herança cultural e constituem a base da cultura que liga as pessoas numa comunidade.

O trabalho dos Enfermeiros no âmbito da promoção da saúde /prevenção da doença tem como alvo os estilos de vida das pessoas/famílias/grupos e comunidade. A necessidade de reflectir sobre as nossas práticas de cuidados de enfermagem é posta em evidência por Rebelo (1998) que, ao analisar as práticas como objecto de interrogação, afirma que o trabalho dos enfermeiros, ao nível dos Centros de Saúde, tem por base o processo de vida das pessoas, na sua vida quotidiana. Para interligar a teoria e a prática, fundamentar as acções de Enfermagem e responder às necessidades reais das pessoas, Leininger (1988) recomenda o conhecimento da cultura numa abordagem holística . Para esta autora, o conhecimento da cultura é o elo de

ligação que faltava para interligar a teoria com a prática dos cuidados de enfermagem.

Em relação ao cuidado cultural temos como referência o enquadramento proposto por Leininger (1995) na Teoria do Cuidado Cultural, teoria esta que tem como finalidade a promoção de Cuidados culturalmente congruentes. Na procura dos significados culturais é considerada a orientação de Giger e Davidhizar (1991).

Pretendemos com este estudo:

Compreender as crenças e valores da família em relação à promoção da saúde.

A escolha da etnoenfermagem, uma metodologia enquadrada no paradigma qualitativo e de orientação etnográfica, foi baseada na opinião de Leininger (1985) que o considera mais adequado para descobrir as características, padrões e significados do fenómeno em estudo. A lógica da metodologia escolhida é descrita no capítulo 3 e o seu desenvolvimento no capítulo 4. Esta metodologia fornece as orientações para se obterem dados de investigação com uma perspectiva holística e significativa observando as pessoas no seu ambiente natural. O modelo OPR de Leininger (1985) foi aplicado na observação participante. Permite abordar as crenças e os valores das práticas culturais associadas à saúde, aprendendo directamente

com as pessoas (perspectiva emic). Estas pessoas serão designadas por informantes e terão uma visibilidade destacada neste trabalho.

Nos capítulos 5 e 6 descreve-se o contexto da comunidade em que decorreu este estudo.

A análise dos dados é desenvolvida no capítulo 7,utilizando a análise semântica proposta por Spradley (1979, 1980) .

Os Domínios Culturais que surgem da análise dos dados servem de base para identificar os temas culturais, descritos no capítulo 8.

Os conhecimentos adquiridos sobre as crenças e valores das famílias são sistematizados no capítulo 9. Constituem uma base de suporte sobre o contexto cultural desta comunidade de forma a ser possível adequar Cuidados de Enfermagem, às famílias, que sejam culturalmente congruentes.

CAPÍTULO 2 – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

1 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao referirmo-nos a família é importante clarificar o sentido em que será abordada neste trabalho.

A família é frequentemente encarada como a unidade básica da sociedade. Para Lévi-Strauss, citado por Burguière (1986), a família é uma instituição social com fundamento biológico e tem que estar presente em todos os tipos de sociedade. Para o mesmo autor não haveria sociedade se não existissem famílias, mas também não haveria famílias se não houvesse sociedade.

Ao longo da história o conceito de família tem sido entendido de formas diversas.

Em Roma, segundo Casey (1989), designava-se por família o conjunto dos escravos e servidores vivendo sob o mesmo tecto e que se estendeu às Gens – descendentes de um antepassado comum. Flandrin (1991) encontrou relatos em que o conceito de família na Europa, nos séculos XVI e XVII, significava um conjunto de pessoas que coabitavam sem terem necessariamente laços de parentesco pelo sangue ou pelo casamento ou um conjunto de parentes que não moravam juntos. Em sentido restrito família refere-se aos parentes mais próximos e a noção de parentesco encontra-se associada a linhagem - indivíduos com um antepassado comum.

Copans (1990) chama a atenção para a natureza social das relações de parentesco, uma vez que os fenómenos biológicos não são indispensáveis para o estabelecimento de laços de parentesco (ex. a consanguinidade social nas adopções e o parentesco espiritual no caso dos padrinhos). Atendendo à natureza social das relações de parentesco, a perspectiva estruturalista de Lévi-Strauss, citado por Copans (1990), contesta a separação dos conceitos de natureza, do ponto de vista biológico, e cultura, considerando que o parentesco pertence à cultura, utilizados pelos filósofos evolucionistas e propõe uma síntese desses dois níveis na noção de permuta.

Assim a permuta tem origem numa regra de reciprocidade (proibições/ deveres) – a proibição do incesto obrigará à exogamia. Como consequência a exogamia dos casamentos amplia as relações de parentesco entre grupos e contraria a formação de grupos sociais fechados e hostis.

O parentesco nas sociedades ditas primitivas tem influência na estrutura do grupo, regula a residência, organiza o modo de transmissão dos saberes e haveres e define as formas de aliança matrimonial – constitui uma instituição social chave conforme salienta Zonabend citado por Burguière (1986,p.13) que *cada um destes círculos de pertença apresenta extensões variáveis consoante o lugar e época, os grupos sociais e as circunstancias.*

Em meio rural há uma certa coincidência entre meio social e parentesco,

como salienta Flandrin (1991) a solidariedade de vizinhança é especialmente marcada. Refere ainda que no século XVIII, considerando a cultura e a socialização da época, era costume as vizinhas darem ajuda nos partos, baptizados e enterros.

Na actualidade, verificam-se grandes diferenças na estrutura da população mundial. Nos países mais industrializados as famílias têm poucos membros e pessoas mais idosas e nos países do 3° mundo são mais numerosas e mais jovens. Estas diferenças reflectem-se na formação da família e no seu desenvolvimento. Nos países mais industrializados verifica-se uma maior longevidade, nível de escolaridade mais elevado que nos países mais pobres. A mulher trabalha fora de casa; a possibilidade de acesso à contracepção teve como efeito a redução das taxas de fertilidade e redução do tamanho das famílias. Na perspectiva de Boh, citado por Ingoldsby (1995), não se verifica tendência para estandardização nas formas das famílias mas sim uma convergência para a diversidade.

A diversidade da família quanto à sua composição vai da família nuclear constituída por marido, mulher e filhos biológicos, a família mista quando os filhos biológicos vivem em comum com os pais e filhos de casamentos anteriores; a família alargada é aquela em que para além dos pais e filhos vivem em comum com os avós e outros parentes consanguíneos. Nas famílias monoparentais existe apenas um progenitor.

O conceito de família apresenta portanto grandes variações e optamos seguir o referido por Gilliss (1989, p.72):

Família é um grupo de dois ou mais indivíduos que geralmente vivem próximo, que têm laços emocionais e que satisfazem as necessidades afectivas, sócio-económicas, sexuais e de socialização do grupo familiar e/ou de sistemas sociais mais amplos (tradução livre), enquadra-se nesta perspectiva de diversidade.

Isto não significa que haja um modelo preferencial de Família mas sim múltiplas definições formuladas de acordo com os respectivos quadros teóricos. Esses referenciais teóricos são influenciados pela época histórica, crenças ideológicas e experiências pessoais.

As teorias que põem ênfase na composição da família, seus papeis e funções podem ser agrupadas nas categorias de Estrutura e Função; a abordagem sistémica põe em evidência a interacção e a estabilidade; o Individualismo e a interacção põe em evidência o conceito de individualismo e autonomia nas interacções sociais; a Diferença e Diversidade apoia teorias que enfatizam a importância de compreender as diferenças entre as famílias com base em condições sociais tais como classe, raça, género.

A teoria estruturo funcionalista define a família como uma instituição da sociedade (Parsons, citado por Sorensen, 1998). Por estrutura da família queremos significar o conjunto dos seus membros e a forma como são definidas as suas posições e papéis (ex: pai – marido; mãe – esposa; filho – irmão). O objectivo das funções da família é a sua contribuição para a manutenção da sociedade. Esta abordagem pode ser base para a avaliação do processo de socialização dos membros da família em relação às normas sociais e culturais e valores da família. A doença implica alterações de funções se o doente não puder desempenhar as suas funções habituais de forma a manter a unidade familiar.

A teoria geral dos sistemas define a família como um sistema aberto, uma unidade com um determinado objectivo e em que há interacção das partes (Burr, citado por Sorensen, 1998). Os sistemas abertos são estimulados e reagem aos estímulos do ambiente – o ambiente inclui factores exteriores à família. Para que possa haver trocas no sistema é preciso que as fronteiras estejam abertas com a comunidade – essa abertura favorece a adaptação e a manutenção do sistema. Campbell, citado por Gilliss (1989) recomenda a utilização de uma abordagem sistémica para estudos relativos a famílias por considerar que, apesar da sua complexidade, traduz melhor a natureza das relações multifactoriais na família.

Nesta perspectiva uma família com um dos membros doente é um sistema aberto em interacção com o sistema de prestação de cuidados de saúde, reagindo e adaptando-se às informações e intervenções dos prestadores de cuidados (Sorensen, 1998).

A abordagem interaccional põe em evidência os processos de comunicação simbólica da comunicação entre os membros da família. Assim, a forma como cada membro aceita o seu papel e as respostas dos outros membros constitui um processo dinâmico de interacções em que a capacidade de comunicação e a sua eficácia é posta em destaque.

A teoria do desenvolvimento descreve a família ao longo da evolução dos períodos do ciclo de vida. Começa com o casamento, família com filhos pequenos, em idade escolar e adolescentes, filhos a saírem de casa, a reforma e a morte. Em cada período a família tem funções a desempenhar para assegurar o prosseguimento do ciclo de vida e existe acentuada interdependência entre os membros da família. As mudanças na composição da família são consideradas pontos de transição críticos em que há mudanças de papéis e funções. Acrescenta ainda Sorensen (1998) que uma família saudável consegue desempenhar todos os seus papeis e funções ao longo do ciclo de vida familiar.

A família pode ser considerada em dois aspectos:

- contexto em que se prestam os cuidados de enfermagem a um indivíduo,

- ou, como uma unidade constituindo um todo em relação ao qual se prestam cuidados.

O primeiro aspecto engloba intervenções de enfermagem dirigidas às necessidades do indivíduo, e a família é apenas o contexto, não sendo tidas em conta as suas necessidades como grupo, o que constitui a abordagem centrada na família. Ainda nesta óptica o enfermeiro pode sentir necessidade de incluir outros membros da família nos cuidados por forma a atingir maior eficácia nas intervenções.

A perspectiva de família como cliente, englobando todo o sistema familiar, é importante para o desenvolvimento dos Cuidados de Enfermagem à Família (Negrão et al.,1993), e, neste caso a intervenção do enfermeiro dirige-se à totalidade do sistema familiar. Este enquadramento da família como uma unidade de cuidados tem sido seguido desde a década de setenta pela American Nurses Association (Gilliss, 1989).

As funções e tarefas de saúde da família são apontadas por Stanhope (1999, p.504), como:

> *Manutenção do ambiente físico e psico social domiciliário favorável à saúde;*
> *Assegurar os recursos de manutenção de higiene pessoal;*
> *Assegurar alimentos, abrigo e vestuário adequados;*
> *Assegurar a resposta às necessidades espirituais;*
> *Educação para a saúde;*
> *Promoção da saúde (nutrição, exercício, etc.);*
> *Tomada de decisões situação de saúde/doença;*
> *Reconhecimento de rupturas do desenvolvimento;*
> *Reconhecimento de rupturas da saúde;*

Recurso aos cuidados de saúde;
Recurso aos cuidados em situação de doença;
Recurso aos cuidados de saúde oral;
Primeiros socorros;
Supervisão de medicações;
Cuidados de saúde (a longo e a médio prazo);
Cuidados de reabilitação;
Envolvimento na saúde da comunidade.

A família é vista pela enfermagem como uma unidade com capacidade de mudança e crescimento tendo em vista um óptimo nível de saúde (Sorensen,1998).

Os Cuidados de Enfermagem centrados na família baseiam-se no princípio que a unidade familiar afecta a prestação de cuidados. A referida autora faz notar que é importante que se reconheça se existe uma resposta da família às necessidades de saúde dos seus membros e reconhece que os aspectos culturais têm influência na adaptação à situação de saúde.

Ao falarmos sobre saúde, constatamos que a saúde é um conceito com caracter evolutivo. A situação de ausência de doença não clarifica a situação de saúde - uma pessoa pode não ter uma doença mas não ser completamente saudável. Esta abordagem limitada ao aspecto biológico e intra pessoal tem sido posteriormente e gradualmente substituída por outras mais abrangentes que incluem as dimensões biopsicossociais, espirituais, culturais e ambientais. Nesta perspectiva, uma melhoria em qualquer das dimensões pode influenciar positivamente a situação de saúde. Para além disso, ao longo do desenvolvimento humano os aspectos de saúde física,

mental, social e emocional são mais importantes que a mera ausência de doença. O conceito de saúde ultrapassa as variações de sexo, raça e cultura. Apesar do conceito de saúde ser definido de forma positiva a sua avaliação tem frequentemente sido limitada às situações de morbilidade ou de mortalidade.

No contexto do progresso das descobertas científicas no campo da medicina na primeira metade do século XX, o conceito de saúde é em geral uma "ausência de doença". O conceito clássico da Organização Mundial de Saúde (OMS) de saúde como não apenas ausência de doença, mas completo bem-estar físico, mental e social, que é estático, evoluiu para um conceito mais dinâmico de processo de variação contínua entre os pólos de saúde e doença. A OMS, no final da década de setenta, reconhecendo a importância dos aspectos sociais dos problemas de saúde ligados aos estilos de vida e ao ambiente definiu como política de saúde a adoptar, a sua Estratégia de Saúde para todos no ano 2000 e em 1986 com a Carta de Otawa sobre a Promoção de Saúde pôs em evidência a perspectiva de *Saúde como um recurso para a vida.*

A saúde é então entendida como um conceito positivo, um recurso para a vida de todos os dias, um entrelaçar de potencialidades para construir bem-estar, autonomia e cidadania. Numa perspectiva mais dinâmica, a saúde é então encarada pela OMS (1999) como um equilíbrio dinâmico entre

factores intrínsecos ao ser humano, de natureza biológica, psicoafectiva e comportamental e factores extrínsecos, próprios do meio físico e relacional que o rodeia.

As estratégias de promoção de saúde devem portanto ter em conta o ambiente e as características humanas na sua evolução cultural e social. Estas estratégias neste documento apoiam-se em cinco áreas prioritárias:

> *1-Desenvolvimento das capacidades individuais e de grupo para adoptar comportamentos positivos no dia a dia e produzir alterações no ambiente;*
> *2- Adopção de políticas saudáveis que traduzam a aplicação da Convenção dos Direitos Humanos;*
> *3- Reforço da intervenção comunitária para controlar os determinantes de saúde;*
> *4- Criação de ambientes saudáveis (comunidades, casas, locais onde se vive e trabalha);*
> *5- Reorientação dos serviços de saúde para obtenção de ganhos de saúde da população (WHO, 1986).*

Neste enquadramento é visível um ênfase nos *determinantes da saúde* (biologia humana, estilos de vida, meio ambiente e cuidados de saúde) e a sua influência, positiva ou negativa, sobre o nível de saúde. Têm início nas influências genéticas no periodo pré-natal e continuam com os comportamentos adquiridos ao longo da vida, conhecidos como os estilos de vida. Nesta estratégia salienta-se a mediação entre a componente da escolha pessoal e a responsabilidade social pela saúde.

Estas estratégias combinadas com a educação para a saúde como ferramenta básica da Promoção de Saúde foram confirmadas na definição de estratégias para a "Saúde para todos para o Século XXI" (WHO, 1999).

A promoção da saúde aposta prioritariamente na aprendizagem de estilos de vida saudáveis, promover escolhas em alimentação equilibrada, exercício físico adequado e controle dos riscos ligados à sexualidade, ao stress, ao tabagismo, ao abuso de álcool ou drogas, à dieta inadequada, à inactividade.

Salientamos a diferença entre informação na área da saúde e educação para a saúde. A informação da população em geral em relação aos riscos ligados a comportamentos nem sempre se reflecte nas opções individuais - exemplo o caso do tabagismo - e isto porque os nossos hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação a que temos acesso, mas também pelos nossos valores, crenças e atitudes que influenciam as decisões a nível individual.

A influência das crenças e valores no comportamento tem sido estudada em diversas abordagens. Para Ajzen e Fishbein, citados por Pender (1996), as crenças constituem os blocos de construção fundamentais para a estrutura conceptual, sendo a intenção de determinado comportamento o determinante para esse comportamento. Ainda segundo os mesmos autores, por outro lado as intenções são directamente influenciadas pelas atitudes e

normas subjectivas. Esta teoria tem como pressuposto que o comportamento é sempre controlado pela vontade, o que pode não acontecer.

Azjen, (citado por Pender,1996 e Marks [et al.],2000), propôs uma outra variável – a intenção de determinado comportamento e chamou-lhe Teoria do Comportamento Planeado. Ambas estas teorias estão ainda a ser testadas.

Uma outra tentativa para explicar o comportamento humano é a teoria da auto eficácia[1], em que o comportamento humano é explicado numa perspectiva de influência recíproca de factores pessoais como os conhecimentos e a influência do ambiente. Auto eficácia é o juízo sobre a capacidade de atingir um determinado nível de desempenho ao executar um determinado comportamento. Essa auto eficácia é influenciada por comportamentos anteriores, observação do comportamento dos outros , persuasão verbal e estados fisiológicos como stress, ansiedade, cansaço ou dor. Esta teoria foi testada em situações em que se pretendia prever determinado comportamento, por exemplo a auto eficácia era importante para prever os níveis de exercício físico em mulheres sedentárias. Foi também aplicado com êxito em situações de auto exame da mama ou deixar de fumar .

[1] No original Social Cognitive Theory (Self-Eficacy)

No modelo de interacção ou do comportamento do cliente em relação à saúde são 8 os factores que influenciam a mudança de comportamento em relação à saúde (Pender,1996, p. 46) (tradução livre):- *A intenção; Constrangimentos ambientais; Habilidade; Resultados previstos; Normas; Padrões pessoais; Emoções; Auto – eficácia.*

A mesma autora realça que a investigação na área da promoção/protecção da saúde deve ter em conta a competência e sensibilidade cultural em relação às situações de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades em diversas circunstâncias da vida e de origens diversificadas; só assim se poderá estruturar uma intervenção eficaz e significativa do ponto de vista cultural.

Na identificação do estilo de vida da família em relação à saúde, Pender (1996) sugere os seguintes temas:

- Alimentação- como é feita a preparação dos alimentos e se segue a orientação da pirâmide dos alimentos, encorajamento por bons hábitos alimentares, ingestão suficiente de líquidos, manutenção de peso corporal recomendado;
- Actividade física- manutenção de actividade física regular, programas recreativos, preferencia por actividades ao ar livre, tempo gasto a ver televisão;

- Controle do stress – situações para relaxar, conversar, rir, ambiente facilitador de expressão de emoções, entre-ajuda, não culpabilizar os outros pelas suas falhas, considerar importante os períodos de sono e repouso;
- Responsabilidade pela saúde – cumprir esquema de vigilância da saúde, discutir temas de saúde, encorajar a auto responsabilização pela situação de saúde, utilização de material de protecção adequado (protecção dos olhos e dos ouvidos, filtro solar, preservativos);
- Recursos da família – apoiar o desenvolvimento das capacidades, uma vivência de partilha ao longo das situações difíceis, encorajamento e entre ajuda, viver experiências espirituais regularmente;
- Apoio à família – tem amigos e/ou familiares que contacta com regularidade, envolve-se em actividades na comunidade ou com grupos, os membros da família elogiam-se uns aos outros, em situações difíceis pede ajuda a outras pessoas ou famílias, os desacordos são debatidos sem recurso a violência física ou verbal, servem de exemplo uns para os outros, pedem ajuda quando necessário.

No entender de Schwenk, citado por Sorensen (1998), a família é encarada como uma unidade social de base na qual se desenrolam os comportamentos que podem facilitar ou limitar a saúde.

Albrecht (2000) faz notar que o significado da realidade social não é fixo mas produto da interacção humana e que ao nível micro social os conceitos de saúde e bem estar estão intrinsecamente ligados à noção de identidade. Para este autor, as teorias que explicam a situação de saúde / doença são estruturadas e moldadas em função das ideologias dominantes, crenças e significados culturais.

Lévi-Strauss, citado por Burguière (1986), chama ainda a atenção para o compromisso que a família estabelece entre a natureza e a cultura. É na família que decorrem os comportamentos humanos conotados com a saúde.

Os estilos de vida que favorecem a saúde relacionados com a nutrição, com exercício e com hábitos de sono são aprendidos desde cedo no ambiente familiar. Hoje é reconhecida a centralidade e a importância da relação afectiva tão marcada na família. É na família que são aprendidos os traços culturais relacionados com a saúde.

Para Pender (1996), os factores culturais e religiosos desempenham um papel importante na visão que a família tem sobre a sua saúde. A família

pode compreender e valorizar a importância da promoção da saúde / prevenção da doença.

1.2 - O CUIDADO CULTURAL

A saúde humana, no entender de Lincoln (1992), está ligada a sonhos, esperanças, atitudes, valores, crenças e modos de compreender - todas estas características fazem parte do que chamamos cultura. A saúde é, nesta perspectiva, um estado de bem estar que é culturalmente definido, validado e praticado. A sua natureza e significado tendem a variar de uma cultura para outra.

O conjunto de crenças que nos são incutidas pelos nossos pais e pela sociedade como um todo estão na base de códigos de comportamento num determinado contexto cultural. Os valores da cultura existem e são característicos do homem. Kroeber (1993) ressalva que há sempre um hiato entre os valores e o comportamento, ou seja, ainda que os valores influenciem o comportamento nunca o controlam exclusivamente. As culturas evoluem e interligam-se e podem ocorrer conflitos entre valores, crenças e estilos de vida.

A constatação de diferenças entre culturas origina a necessidade de conhecer mais profundamente outras culturas, os seus valores, códigos e normas – esse conhecimento poderá evitar choques, imposições e acções imprudentes. Reconhecer as diferentes culturas é um domínio recente na Enfermagem.

Para Leininger (1995), é útil basearmo-nos na Antropologia, que já tem cem anos de experiência no estudo de culturas, valores e comportamento humano. A Antropologia tenta descobrir como diferentes culturas têm criado e mantido regras morais e éticas, direitos e castigos para manter a justiça e a paz ou sobreviver. Leininger (1995) afirma por diversas vezes que as pessoas têm direito a que a sua cultura seja conhecida e respeitada e daí a necessidade de prestar cuidados que reflictam uma sensibilidade cultural com competência e responsabilidade.

Na investigação em Enfermagem, a etnoenfermagem procura explicar as variações no comportamento. É geralmente feita a comparação entre os dados EMIC provenientes dos valores e cultura com os ETIC provenientes da visão do exterior e dos valores dos profissionais. Esta comparação é fundamental para evitar interpretações inadequadas do exterior, que podem correr o risco de reflectir preconceitos ou estereótipos.

O conceito de cultura está intimamente ligado aos valores partilhados numa comunidade e transmitidos de uma geração para outra (Suominen, 1997). No ponto de vista de Holloway e Wheeler (1996), a cultura abrange a totalidade do modo de vida de um grupo - comportamento que é aprendido e socialmente construído. À cultura é atribuído o papel de manutenção da identidade de um grupo: expressa-se nas suas crenças, convicções, conhecimento e regras que são aprendidas e partilhadas.

Num sentido mais lato, a cultura liga-se às estruturas da sociedade que são transmitidas de uma geração para outra e implica uma tradição social que cria a história colectiva dos povos (Asad, citado por Suominen, 1997). Os acontecimentos passados e a antecipação do futuro reflectem-se na cultura (Elias, 1999; Leininger, 1997) e por isso a cultura pode ser vista por estes autores como uma cristalização do passado.

Para Geertz, citado por Rohrbach (1997, p.64), *a cultura não é como uma ciência experimental à procura de uma lei, mas é uma ciência interpretativa à procura de significado e neste sentido é como um sistema de significação/significado que se encontra na prática dos cuidados, na estrutura social e nas diversas concepções do mundo.*

Na sua abordagem etno-histórica dos cuidados de enfermagem, Collière (1989) afirma que é preciso identificar quais são as crenças e valores em que se baseia a prestação de cuidados de enfermagem, como elementos que participam na construção do processo de cuidados (para além de outros elementos como os conhecimentos a que recorre e a tecnologia que usa). Ainda no dizer de Collière (1989,p.246), *a primeira fonte de conhecimento é a pessoa ou o grupo que se exprime sobre um problema,* mas ao contactar a pessoa ou a família é preciso perceber os sinais de saúde/doença, o significado que atribui à saúde e à sua situação. Para compreender em profundidade é preciso encontrar o significado reaprender a ver e

reaprender a linguagem e chama a atenção para a sensibilidade e para a comunicação não verbal. Nesta linha de pensamento, Rohrbach (1997, p.71) faz notar que Eriksson afirma que *o cuidado autêntico tem a ver com a ontologia – não basta estar ou partilhar, é sobretudo o espírito com que se realiza o cuidar.*

O comportamento do homem e as suas atitudes face à saúde apresentam variações socioculturais e, segundo Leininger (1995), os valores culturais e sociais podem contribuir para explicar diferenças nas respostas comportamentais perante situações idênticas. A componente cultural aprende-se nos processos de socialização na família, o que implica aquisição de conhecimentos e a interiorização de valores. Os valores da cultura têm grande influência no comportamento humano orientando as linhas de força internas e externas que lhe dão significado. Os profissionais de saúde precisam conhecer a cultura e os valores para prestar cuidados culturalmente adaptados – é esta a perspectiva de Leininger (1997) na enfermagem transcultural.

O conceito de enfermagem transcultural ou cuidado cultural começou a ser conhecido nos anos sessenta, com relação entre a antropologia e a enfermagem começou a ter interesse para as enfermeiras. Nesta visão holística da Enfermagem, esta autora inclui o conhecimento do contexto social, familiar e cultural. Leininger (1995) chama a atenção para a questão

de que a cultura é um constructo muito importante para a antropologia, tal como a prestação de cuidados é para a enfermagem. Para Leininger (1988), o cuidar humano é um fenómeno universal, mas as suas expressões, processos e padrões variam entre culturas... cuidar tem dimensões biofísicas psicológicas, culturais, sociais e ambientais que devem ser estudadas e praticadas para que se possam prestar cuidados holísticos. A individualização dos cuidados de enfermagem, indispensável para assegurar a qualidade dos cuidados, só pode ser conseguida se for tida em conta de forma holística a pessoa com a sua cultura (Abdullah, 1995). E, para esta autora, Cuidar implica um compromisso de assistir e ajudar uma pessoa que esteja incapaz de desempenhar funções específicas associadas a necessidades de ordem física, psicológica ou psicossocial. Ribeiro (1995) citando Leininger, acentua a valorização das crenças dos utentes e a sua influência na forma como expressam as suas necessidades em Cuidados de Enfermagem. Para Roach (1992) cuidar é uma expressão de afecto, de ser sincera, responder com cortesia e de forma calorosa, encorajar, elogiar, aprovar, actuar de forma a não lesar e com compaixão. Ainda para esta autora, nas suas actividades diárias as enfermeiras proporcionam uma presença que ajuda os outros a mudar, evoluir, aceitar. Cuidar é também compreender, ter empatia e respeito pelos pontos de vista do outro e ver as suas percepções e problemas de saúde com honestidade e integridade. Na

opinião de Abdullah (1995), a cultura determina a forma como as enfermeiras e os utentes reagem e respondem às intervenções de enfermagem. Para Hartog, citado por Abdullah (1995), os cuidados de saúde significam mais do que lidar com dor e doença – reflectem os valores da cultura, que por seu lado influencia a saúde e o comportamento na doença. Salienta Rohrbach-Viadas (1999) que o cuidado cultural é orientado por dois princípios filosóficos:

- respeito pela igualdade das culturas
- e o reconhecimento das suas diferenças

Neste enquadramento, é importante que as enfermeiras tomem consciência das suas próprias crenças e atitudes e aceitar que o indivíduo/família tenha outras. Para Leininger (1995, p.59):

> *A enfermagem é uma profissão científica e humanística e uma disciplina cujo objectivo é o estudo do fenómeno do cuidado humano e actividade relacionada com o cuidar, para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manter ou a recuperar a saúde ou o bem-estar numa perspectiva culturalmente significativa e útil, ou ajudar as pessoas a enfrentar incapacidade ou morte (tradução livre).*

Define enfermagem transcultural como um ramo da enfermagem teórico e prático, centrado numa análise comparativa das diferentes culturas e sub culturas, relativo aos cuidados à saúde/doença, crenças, valores e práticas, com a finalidade de usar estes conhecimentos de modo a prestar cuidados de enfermagem significativos e eficazes às pessoas de acordo com os seus

valores culturais no contexto saúde/doença. Nesta definição, reforça a ideia de cuidar como essência e foco da enfermagem em cuidados culturais e o profissional de enfermagem fica responsável por prestar assistência, explicitar ou antecipar necessidades de cuidados por forma a prevenir a doença ou manter a saúde, num determinado contexto cultural. Para Leininger (1988), o cuidado humano é o elemento essencial do metaparadigma da enfermagem e com enorme potencial para explicar as acções de enfermagem e para predizer os resultados obtidos ao nível do indivíduo, família grupos e sociedade. Neste seu processo de teorização elaborou a teoria dos cuidados culturais, para promover cuidados de qualidade dos pontos de vista holístico e humanístico.

Os conceitos chave para a enfermagem do ponto de vista cultural são, de acordo com Leininger (1995):

A enfermagem pratica o cuidado cultural. Tem como meta proporcionar cuidados que sejam significativos, congruentes e que respeitem os estilos de vida e os valores culturais. O seu objectivo é assistir, apoiar ou facilitar a manutenção ou recuperação do bem-estar.

A pessoa como ser cultural não pode ser vista à parte do seu passado cultural.

O modelo Sunrise (Leininger,1995) sintetiza os principais conceitos deste quadro conceptual, relacionando os cuidados culturais com os

determinantes de saúde e as suas múltiplas influências numa perspectiva multicultural. Põe em evidência as dimensões estruturais de ordem social e cultural que incluem um vasto leque de factores que influenciam a saúde: educacionais, económicos, político-legais, tecnológicos, religiosos e filosóficos, familiares e sociais, valores da cultura e modos de vida. Estes componentes têm valorizações diferentes conforme as culturas.

A aplicação deste modelo não deve ser vista de forma linear ou rígida, mas antes como uma abordagem para descobrir informação objectiva e subjectiva para compreender as pessoas, procurando aprender com elas.

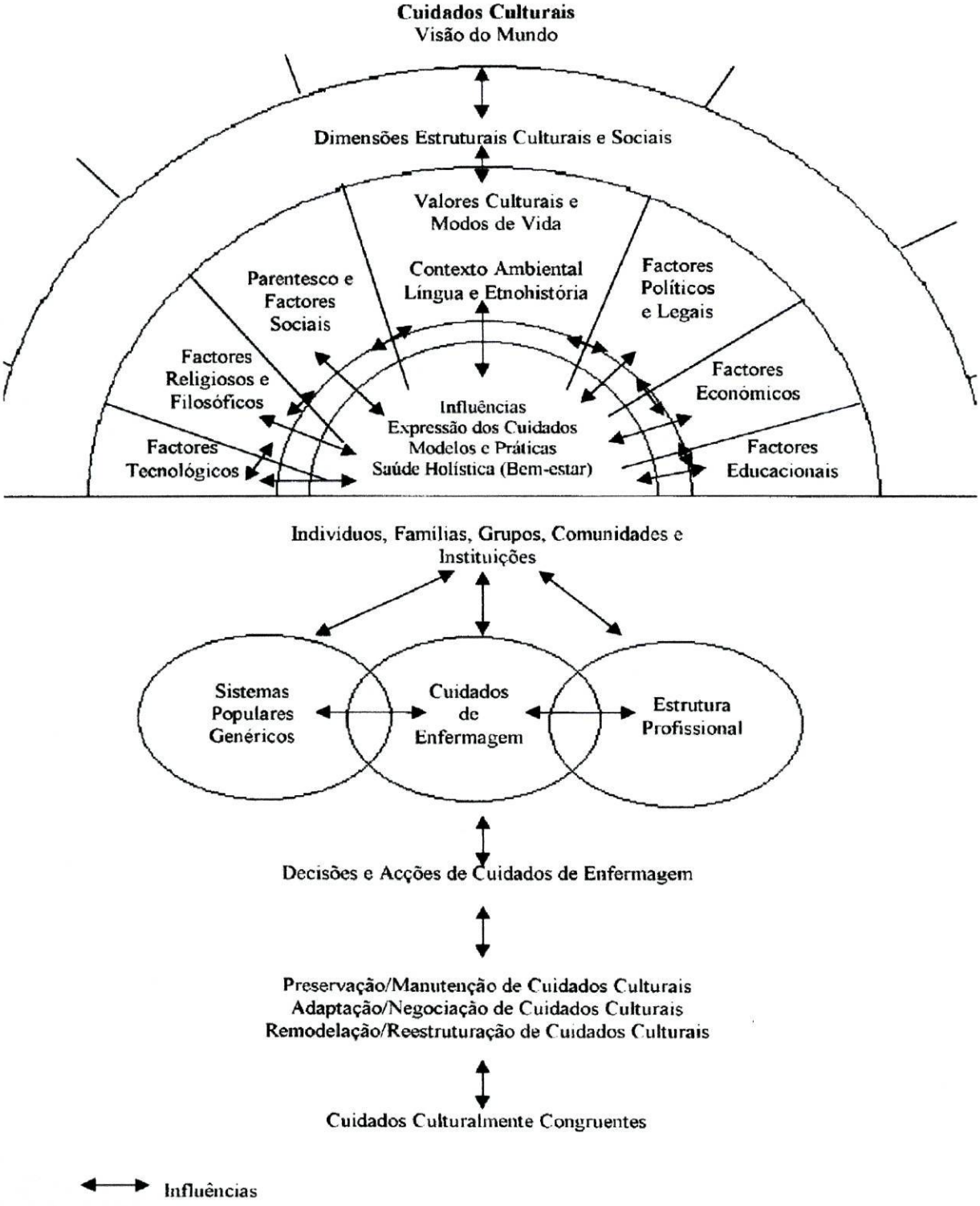
Neste modelo Leininger (1995) propõe 3 métodos de orientação das acções dos enfermeiros em função da sua avaliação das práticas culturais. São as seguintes:

1º- Preservação da cultura – apoiam as pessoas na selecção de aspectos da sua cultura que promovam comportamentos saudáveis.

2º- Acomodação cultural – reconhecem que determinada prática, mesmo que não tenha eficácia nem bases científicas para a promoção da saúde, pode ter significado do ponto de vista cultural e ajudam a integrar esta prática nos cuidados.

3º- A repadronização cultural – corresponde à acção dos enfermeiros na modificação de comportamentos de origem cultural que sejam lesivos, negativos ou incompatíveis com o bem-estar do doente.

Passaremos agora a apresentar na folha seguinte a esquematização proposta por Leininger (1995,p.108) para o seu Modelo Sunrise com forma de sol nascente:



Modelo SUNRISE, Traduzido de LEININGER, M – *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research & pratices*, 2º ed., New York, 1995, p. 108.

Stanhope (1999, p.133), citando Leininger, sublinha que *os enfermeiros integram os seus conhecimentos profissionais e os conhecimentos relativos a práticas de apoio ao cliente, para negociar e promover cuidados que reflictam os seus valores*.

A mesma autora chama a atenção para o facto de que a competência cultural é um processo contínuo que resulta da interacção de factores que motivam as pessoas para o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e técnicas de modo a cuidarem de indivíduos, famílias e comunidades.

Para promover cuidados culturalmente congruentes é importante ajudar as enfermeiras a tomar decisões, actuar e julgar de forma significativa. Cada cultura tem diferentes códigos, crenças, princípios, regras e valores de acordo com a sua visão do mundo e factores de estrutura social. O processo para desenvolver competência cultural passa por 3 etapas evolutivas:

- Incompetência cultural
- Sensibilidade cultural
- Competência cultural

e tem que ter em conta as dimensões cognitiva, afectiva e técnica, acrescenta ainda Stanhope (1999). Cruzando as etapas evolutivas com as dimensões forma-se um rede de competência cultural. De acordo com este

esquema, e ainda para a mesma autora, quando é atingida a competência cultural o indivíduo em relação

- ao aspecto cognitivo, está bem informado;

- no aspecto afectivo está empenhado na mudança;

- revela perícia na apreciação da componente técnica;

- e o efeito global é construtivo.

Um painel de peritos da Associação de Enfermeiros Americanos em 1992, tal como refere Stanhope (1999, p.130), incluiu 4 princípios para que a enfermagem culturalmente competente consiga atingir os seus objectivos de providenciar cuidados que correspondam às necessidades culturais do cliente:

> *- Os cuidados são concebidos para um cliente específico;*
> *- Os cuidados são baseados na singularidade da cultura da pessoa e incluem normas e valores culturais;*
> *- Os cuidados incluem estratégias de delegação de poderes que facilitem a tomada de decisões do cliente em comportamentos relativos à saúde;*
> *- Os cuidados são prestados com sensibilidade para com a singularidade da cultura dos clientes .*

A fim de por em prática estes princípios, é necessário conhecer em profundidade a cultura.

O conhecimento da cultura incluí as práticas de medicina popular ou alternativa. Apesar da medicina científica ter atingido uma posição de destaque nos nossos sistemas de saúde, nunca foi o único tipo de cuidados de saúde, especialmente em populações rurais e minorias étnicas (Cant e

Sharma, 2000). Apesar da chamada "medicalização" da sociedade, estas autoras referem um estudo feito por Fisher e Ward em 1994 na Europa, que revelava que 20% da população na Holanda e 49% na França usavam alguma forma de medicina alternativa. Essa escolha de tratamentos mais "naturais" não era feita só em função da eficácia do tratamento, mas pelo receio dos efeitos secundários associados à medicina científica. As mesmas autoras afirmam que os doentes acham que a medicina alternativa lhes dá um papel mais participativo no processo de cura, ao mesmo tempo que compreendem melhor o significado da situação de doença. Ainda na perspectiva da medicina tradicional, o corpo do homem é visto como um microcosmos em que se reflecte a ordem da natureza e a ordem da sociedade Loux (1990). A concepção do mundo fornece o enquadramento para crenças relativas à saúde/doença.

A medicina tradicional tenta explicar a doença como uma ruptura do equilíbrio entre o mundo físico, o mundo social e o mundo espiritual do indivíduo. Se a pessoa tiver uma visão científica em que a doença resulta de causa-efeito entre forças naturais, a cura será a medicina científica. Mas se a pessoa acreditar que a doença tem causas sobrenaturais, na esfera da luta entre o bem e o mal, o tratamento só pode ter êxito se usar técnicas mágicas (Giger e Davidhizar, 1991). Estas técnicas têm base na crença de

que existe nos indivíduos a capacidade de mobilizar poderes invulgares tanto para o bem como para o mal.

Para a aplicação do cuidado cultural, a abordagem de Giger e Davidhizar (1991) propõe seis fenómenos culturais que são comuns a todos os grupos culturais: a comunicação, o espaço, o tempo, a organização social, o controle do ambiente e as variações biológicas. A comunicação engloba a verbal e a não verbal. O tom de voz, a entoação, o olhar, a expressão corporal são algumas das formas de comunicação não verbal que se encontram com frequência e sublinham a expressividade de raiz cultural. Quanto ao espaço, a percepção de territorialidade e a compreensão da noção de espaço interpessoal são aspectos a ter em conta na herança cultural de uma comunidade. A organização social tem variações culturais. Uma forma particular de organização social é a organização familiar e as relações familiares são profundamente diferentes nas variações culturais. O tempo pode ser marcado de formas muito diversas: pelo calendário, pelo relógio da Igreja, pelas estações do ano, pelos trabalhos agrícolas , pelas migrações dos pássaros. Sellers (1999) encontrou grande valorização do tempo num estudo duma comunidade rural. O ambiente é o contexto cultural. Refere-se à totalidade do acontecimento, situação ou experiência particular que dá significado às expressões humanas, interacções sociais e

interpretações em determinados contextos físicos, ecológicos, socio-políticos e culturais.

As variações biológicas são muito marcadas com o envelhecimento. As diferenças entre sexos são em grande parte acentuadas pelas cultura.

Para por em prática os princípios do cuidado cultural, é importante ter uma perspectiva holística de um ser humano cultural num determinado sistema de saúde. Do ponto de vista profissional, a sensibilidade cultural manifesta-se por uma atitude de respeito (Rajan, 1995). Esta atitude é o primeiro passo para o desenvolvimento de uma relação de confiança. Para esta autora, ao facilitar a expressão das diferenças culturais e ao promover o cuidado cultural evitamos a imposição cultural.

Um risco a evitar é o da imposição cultural (tendência para impor os seus valores, crenças e práticas noutra cultura). Esta atitude, que tem por efeito a limitação do bem-estar do indivíduo e a sua insatisfação, tem origem no etnocentrismo, atitude que valoriza os seus valores como os melhores manifestando preferência por eles. DeSantis citado por Holloway (1996) recomenda que as enfermeiras procurem suspender os seus próprios valores, quando lidam com membros de outras culturas. Justifica esta recomendação, salientando que na interacção com os utentes estão envolvidas pelo menos 3 culturas:

- a do utente,

- a do enfermeiro como profissional

- e a cultura do contexto onde se passa a interacção.

Para evitar a imposição cultural, Leininger (1995) aconselha que os profissionais procurem analisar a situação e respondam, entre outras, às seguintes questões:

- Quais as consequências éticas e para a saúde e bem-estar do indivíduo e família?
- Como é que as enfermeiras evitam as práticas etnocêntricas?
- Em que contextos tende a ocorrer a imposição cultural?
- Como é que as enfermeiras se apercebem da imposição cultural?

Uma apreciação baseada no etnocentrismo desvaloriza todo e qualquer comportamento que seja diferente do seu próprio comportamento. É a atitude de etnocentrismo que pode conduzir à imposição cultural.

3 - O CUIDADO CULTURAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Entre os determinantes da saúde, atribuiu-se ao conjunto de factores desde os estilos de vida (tabagismo, sedentarismo, stress), condições sociais (pobreza, fome), património genético até ao ambiente físico (qualidade do ar e da água) uma contribuição de 90% em impacto para o nível de saúde (Wildavsky, referido por Stanhope, 1999). Daí se pode inferir a importância da responsabilização pelo auto cuidado para melhorar a nossa saúde, a nível dos estilos de vida.

As noções de promoção da saúde e a prevenção da doença são complementares e não opostas (Stanhope,1999). A promoção da saúde de uma forma global faz apelo à participação de diversos sectores da sociedade para uma mobilização de esforços em estratégias para atingir melhores níveis de saúde (OMS, 1986). A dinamização para conseguir parcerias é extremamente importante no envolvimento e participação da comunidade. Só assim é possível trabalhar em projectos de intervenção comunitária. Os projectos que têm o patrocínio da OMS e estão a ser desenvolvidos na região europeia e no nosso País são as Redes de "Escolas Promotoras de Saúde" e de "Cidades Saudáveis" e ainda a "Promoção da Saúde no Local de Trabalho" e o "Programa Integrado de Apoio aos Idosos", entre outros.

Considerando o objectivo traçado pela OMS (1986) da saúde ser um recurso para a vida, conjugado com o auto cuidado, o trabalho da Enfermagem ao nível dos Centros de Saúde tem como principais linhas de orientação o investimento na promoção da saúde. Desta forma ao prestar cuidados às famílias deve perspectivar a sua estratégia de actuação na Educação para a Saúde a famílias e grupos da comunidade. O âmbito das intervenções inserem-se, de forma holística e integrada, nos objectivos da instituição ao nível dos sub programas em Saúde Infantil, Saúde de Adolescentes, Saúde Escolar, Saúde Oral, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde de Adultos, Saúde do Idoso ou a determinados grupos de risco, de acordo com os planos de actividades.

Nestas actividades, a OMS (2000) recomenda a utilização do método pedagógico de educação popular proposto por Paulo Freire de forma a que a Educação para a Saúde promova uma participação comunitária genuína.

O diálogo é essencial neste método. Nesta sua concepção, o diálogo permanente torna-se a essência da libertação e da solidariedade. Pelo contrário, os discursos estereotipados de "ensinar a fazer" e as intervenções não participativas levam à imposição cultural e manipulação - atitudes características da opressão e de exercício de poder.

A abordagem proposta por Leininger(1995) para cuidado cultural permite descobrir o transcendente, o espiritual e o simbólico relacionado com o

cuidar. Se não houver diálogo nem abertura para o conhecimento das crenças e valores dos utentes, em suma, do que faz sentido para as pessoas, os comportamentos dos profissionais de saúde caem no etnocentrismo e na imposição cultural.

Todas estas recomendações estão em sintonia com os princípios do cuidado cultural no âmbito da promoção da saúde .

Tendo em conta que o mundo em que vivemos é composto de unidade na diversidade e na intersubjectividade, o cuidado cultural é uma resposta que pretende traduzir uma prática de cuidados de enfermagem individualizados, tendo em conta o respeito pela diversidade e pela intersubjectividade.

CAPÍTULO 3 – A LÓGICA DA METODOLOGIA

A investigação em etnoenfermagem, segundo Leininger (1985), tem como finalidade descobrir a natureza, essência, atributos, significado, características e compreensão de fenómenos particulares no paradigma qualitativo. Tem como objectivo descrever e explicar os fenómenos de enfermagem relacionados com cuidados de saúde, prevenção ou recuperação da doença.

O acesso aos dados culturais é possível por métodos de trabalho de campo em investigação qualitativa (Lincoln, 1992). Esta autora recomenda que na investigação em saúde e, em especial, na promoção da saúde é necessário fazer mais investigação nos lugares onde os indivíduos realizam as suas práticas de saúde, ou seja nas suas próprias casas, escolas e locais de trabalho. A necessidade de investigação na comunidade para adquirir conhecimento cultural do meio cultural e social é uma sugestão de Parreira (1995, p.186). Esta autora salienta que *ao observar, analisar e identificar os hábitos de vida, as crenças, os valores e as necessidades de cuidados... será possível adquirir conhecimento cultural para fundamentar uma prática de Cuidados de Enfermagem renovada e culturalmente congruente.*

O método etnográfico na vertente da etnoenfermagem permite realizar investigação em contexto e aprender com as pessoas no seu próprio ambiente onde vivem.

A etnoenfermagem pode ser vista em duas etapas: primeiro a produção de conhecimento e em seguida, com base neste conhecimento, procurar melhorar a sua prática de cuidados (Holloway e Wheeler, 1996).

Pretendemos com este estudo:

- Compreender as crenças e valores da família em relação à promoção da saúde.

Como não encontrámos disponíveis outros estudos sobre crenças e valores da família sobre promoção da saúde nesta região do País, este estudo será exploratório, descritivo e de orientação etnográfica.

Em geral, nos estudos etnográficos, conforme é salientado por autores como Atkinson, Clifford, Clough, Geertz e Silverman referidos por Denzin (1994), é aceite como um pressuposto que a linguagem é um canal neutro para a descrição e ainda que as palavras representam, ou dão informação acerca de realidades culturalmente circunscritas. A perspectiva dos informantes, abordagem EMIC, será portanto fundamental e para nos apercebermos dos significados culturais atribuídos pelas pessoas, no seu próprio contexto e nas suas próprias palavras (verbatim). Na análise do investigador transparece a perspectiva ETIC .

O âmbito dos estudos etnográficos pode ser mais restrito ou mais amplo, o que Spradley (1980) designa por micro ou macro etnografia, e a sua duração pode variar, respectivamente, entre alguns meses até a vários anos.

Para este autor uma macro etnografia pretende documentar a totalidade do modo de vida, enquanto que se estreitarmos o foco de observação faremos uma micro etnografia orientada por tópicos. Paralelamente, Leininger (1985) classifica os estudos etnográficos em maxi e mini etnografias. Esta autora salienta que uma mini etnografia pode dar uma nova visão ao investigador principiante, requer menos conhecimentos da cultura local e adapta-se bem aos objectivos dos estudos na área da saúde. O nosso estudo enquadra-se portanto no âmbito de uma mini etnografia.

O trabalho de campo durou seis meses – de Abril a Outubro de 1999.

A população em estudo foi constituída por famílias do concelho de Belmonte. Estudámos uma amostra intencional em que os informantes foram famílias inscritas no Centro de Saúde de diferentes origens culturais de modo a reflectir as culturas predominantes neste concelho. Das 2684 famílias inscritas no Centro de Saúde, nossa amostra ficou constituída por dez famílias com um total de trinta e duas pessoas.

1 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A etnoenfermagem recorre à investigação em campo e

os instrumentos de recolha de dados são :

- a observação participante

- a entrevista semi-estruturada

A observação como instrumento de recolha de dados, ajuda os profissionais de saúde a contextualizar o comportamento, as crenças e o modo de sentir das pessoas.(Holloway e Wheeler, 1996).Estes autores acrescentam que a observação participante proporciona acesso directo ao significado, do ponto de vista dos informantes.

A observação participante é utilizada na etnografia desde 1922 com Malinowski e foi detalhadamente descrita por Spradley (1980). Este processo conduz-nos ao conhecimento da realidade social das pessoas observadas: o investigador recolhe dados, regista-os e interpreta-os através da sua participação na vida do grupo. Leininger (1985) propôs o método OPR (Observação-Participação-Reflexão) de investigação etnográfica, com as fases de:

- *observação,*
- *observação com pouca participação,*
- *participação com alguma observação e*
- *observação reflexiva.*

A observação participante não se limita a observar as pessoas, mas também a escutá-las. Defende portanto que o investigador conviva com os informantes no seu ambiente natural durante algum tempo - procurará

então escutar, observar e participar do seu mundo. Desta forma irá gerar conhecimento específico para a prática de cuidados de enfermagem.

Na primeira fase de observação observei o contexto real nas casas em que vivem as famílias. Fiz vários contactos e comecei por duas famílias de tipo nuclear que se mostraram mais abertamente disponíveis para colaborar no estudo. Através delas fui ampliando os contactos aproveitando as visitas que apareciam lá em casa quando eu estava presente. Estendi também os contactos com a restante família no conceito de família alargada incluindo cunhadas e filhos casados. Comecei por ir para a zona antiga da vila 3 tardes por semana. Embora eu fosse já conhecida pelas pessoas, às vezes manifestavam estranheza por passarem a ver-me com tanta frequência. Explicava então o motivo da minha presença e reforçava o pedido de colaboração. Constatei que as pessoas de mais idade falavam mais à vontade e se mostravam bem mais disponíveis, parecendo até gostar das visitas. Nas notas de campo procurava traduzir a observação em contexto natural.

A passagem para a segunda fase de observação com alguma participação, não aconteceu ao mesmo tempo em todas as famílias mas comecei a dar pequenas ajudas como entreter as crianças ou mexer o tacho do doce. Por vezes sentia-me como se fizesse parte da família mas procurei manter uma postura de neutralidade e de aprendizagem. Em cada momento procurei não

me dispersar e tentei focalizar a atenção nos aspectos que podiam ter relação com a saúde. Procurei tentar perceber o porquê das atitudes e das afirmações.

A terceira fase decorreu com mais participação com alguma observação. Autores como Bush e Osborne, citados por Gualda (1993), afirmam que este método tem como finalidade discernir como as pessoas constróem as suas experiências de vida, a partir daquilo que falam sobre elas. A mesma autora, citando Aadmodt, acrescenta ainda que *os dados culturais de uma etnografia derivam de abstracções daquilo que as pessoas fazem ou dizem que fazem, ou ainda da forma como interpretam aquilo que fazem.* (Gualda, 1993, p.37).Continuei a por questões procurando perceber os significados no ponto de vista das pessoas. Iniciei entrevistas e procurei ir validando os dados.

Na última fase suspendi o trabalho de campo por algum tempo. Actualizei registos e tentei analisar os dados que tinha, já que Spradley (1980) e Munhall (1993), entre outros, recomendam que a análise seja feita em espiral, em simultâneo com a colheita de dados. Voltei então a realizar entrevistas, colocar questões de contraste e validar dados.

A entrevista semi-estruturada foi outro instrumento de recolha de dados. Leininger (1985) recomenda que neste tipo de estudo participem entre 6 a 8 informantes-chave. Foram escolhidos sete informantes-chave. Como

critérios de escolha seguimos as orientações de Spradley (1979): conforme o seu conhecimento do meio, a sua facilidade de expressão, disponibilidade de tempo e interesse em participar no estudo. A esses informantes chave fizemos entrevista semi-estruturada que Spradley (1979) descreveu como entrevista etnográfica, utilizada na recolha de dados. A idade dos informantes chave variou entre os 42 e os 65 anos.

Procurámos acima de tudo escutar e estar com o entrevistado. Tivemos em atenção a recomendação de Morse (1996) de que o mais importante é aprender com o entrevistado. Respeitámos os princípios éticos e orientadores da entrevista.

CAPÍTULO 4 - CONSTRUINDO O CAMINHO...

Pedi autorização para utilizar o gravador para gravar as respostas garantindo a confidencialidade. Fiquei surpreendida em como foi fácil o consentimento dos elementos das famílias.

As entrevistas foram feitas nas casas do informantes, combinando o dia e a hora e procurando um ambiente de menos barulho em geral na cozinha, a divisão da casa mais usada ao longo do dia. A duração das entrevistas oscilou entre 45 e 90 minutos. Houve um caso em que uma informante foi solicitada pela sogra para ir tratar de um assunto na altura em que decorria a entrevista "Não vê que estou a dar uma entrevista à senhora enfermeira? Agora não posso."

As questões que orientaram as entrevistas foram, seguindo as indicações de Spradley (1980):

- Que significado tem para si viver com saúde?
- O que faz para viver com saúde e porquê?

A análise dos dados levaram à identificação de contradições, o que motivou a volta ao trabalho de campo para por questões de contraste para tentar esclarecer esses aspectos e validar as informações.

O registo dos dados de observação era feito só por tópicos na casa dos informantes e quando chegava a casa fazia então o registo mais pormenorizado.

Notei que ao longo do tempo os registos passaram a traduzir observação mais focalizada. O registo era acompanhado por uma coluna onde registava comentários e sentimentos, com a finalidade de controlar a subjectividade.

As entrevistas gravadas foram transcritas integralmente pelo investigador. Mantive os registos nas suas próprias palavras (verbatim) para não alterar o sentido (Spradley, 1979). Mantinha uma coluna de cada lado - uma para comentários do investigador e outra para registar as categorias emergentes.

1 - ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita aplicando o modelo de Spradley (1979 e 1980). Para este autor, um *domínio cultural é uma categoria de significado cultural que inclui outras categorias mais pequenas* ou termos incluídos (Spradley 1980, p. 88). Utilizei todos os tipos de registos para identificar os termos incluídos ou categorias menores. Pela relação semântica que foi depois identificada estes deram origem às categorias maiores, ou termos encobertos que são o nome para o domínio cultural.

Os domínios culturais podem ser populares, analíticos ou mistos, conforme a descrição é feita na linguagem dos informantes, em termos analíticos do investigador ou ambos.

Em seguida fiz cartões 6 x 4 e agrupei os termos incluídos em função dos termos encobertos, e transcrevi os códigos de registo, atribuindo letras a cada informante e números, conforme a sequência. Fui organizando os cartões agrupando-os conforme a relação semântica. Cheguei então aos 15 domínios culturais que ilustram o objectivo do estudo. A construção dos domínios foi validada por um investigador etnográfico e pelo orientador.

Nos domínios culturais encontrados houve um que nos pareceu beneficiar de uma organização sistematizada para a sua apresentação. Agrupei esses dados numa taxonomia que mostra a relação entre todos os termos incluídos num domínio (Spradley, 1980).

Voltei ao trabalho de campo para tirar algumas dúvidas que tinham surgido quanto a contradições encontradas e para validar com os informantes chave os termos usados nos domínios.

Foi nossa preocupação durante todo o trabalho salvaguardar as questões éticas conforme recomenda Morse (1996), assegurando o anonimato e a confidencialidade atribuindo nomes fictícios às pessoas e aos nomes das ruas. Nalguns casos, e após revisão, fizemos alterações de pormenor de forma a dificultar a identificação das pessoas e dos lugares.

CAPÍTULO 5 - CONHECENDO A CULTURA

Compreender a cultura implica considerá-la no conjunto do seu contexto social. Passaremos então a descrever o cenário em que se passou o nosso trabalho.

O Concelho de Belmonte fica situado no extremo norte do distrito de Castelo Branco, nos contrafortes da Serra da Estrela a uma altitude de 600 m, numa região denominada de "Cova da Beira" e tem uma área de 133,24 Km^2. No seu limite a Oeste com o concelho da Covilhã acompanha uma parte do curso médio do rio Zêzere, a Norte é limitado pelo concelho da Guarda, a leste pelo concelho do Sabugal e a Sul pelo do Fundão.

Geologicamente situa-se no cimo de um dos inselbergs[2] que se produziram nas fracturas do planalto da Beira Alta para a Beira Baixa e é constituído por solos graníticos tendo no subsolo cassiterite, urânio, estanho e volfrâmio (muito explorado no período da última guerra na Europa).

Tem um clima de tipo continental com invernos muito frios e chuvosos, por vezes com neve e os verões são quentes e com escassa pluviosidade.

A sua população (cerca de 7411 habitantes pelo ultimo censo) é de tipo regressivo e envelhecida com um cerca de 21,5 % de idosos acima dos 65

[2] Inselberg ou morro testemunho são as partes duras das rochas que não foram intemperizadas ao longo de milhões de anos (possuem formato de meia laranja), se mantiveram como marca de como era o relevo antes de ser trabalhado pelos agentes intempéricos, pelo vento, pela chuva, pela alternância das temperaturas.

anos, e embora os seus índices de envelhecimento e de dependência sejam elevados, encontram-se abaixo dos do distrito.

Tem uma densidade populacional de 58 habitantes por Km^2, tendo sido no entanto no último censo o único concelho do distrito com um saldo fisiológico positivo e crescimento populacional, o que talvez contrarie a tendência de desertificação humana que se verificou nos anos sessenta com a emigração em especial para França.

Os principais indicadores de saúde encontram-se ao nível dos do distrito, tendo tido uma redução drástica da mortalidade infantil desde o encaminhamento sistemático, na década de setenta, dos partos para o hospital da zona.

Na área da saúde os seus recursos no sector público são um Centro de Saúde e 7 Extensões de Saúde cujas distâncias à sede variam entre 4 e 18 Km. A sede funciona das 8 às 20 horas. Este Centro de Saúde está inserido no Sistema Local de Saúde da Cova da Beira juntamente com os Centros de Saúde da Covilhã e do Fundão e o Centro Hospitalar da Cova da Beira. A taxa de cobertura da população inscrita no Centro de Saúde atinge os 98%.

É um concelho rural, com cerca de 20 % da população no sector primário em que predomina a pequena exploração agrícola, na sua maioria de subsistência e para produção própria.

Produz fruta de boa qualidade (maçã, pêssego, pêras e pequenos frutos), centeio, azeite e vinho. Na pecuária há criação de ovelhas e cabras com a consequente produção de queijo, leite, peles e lã. Tem uma exploração de caprinos (isolada do exterior para controle sanitário), que se dedica à produção de queijo de cabra.

A indústria mais importante é a das confecções que emprega cerca de 1000 pessoas, mão de obra essencialmente feminina e proveniente em grande parte dos concelhos limítrofes, embora também existam pequenas indústrias no ramo da metalurgia, construção civil, produção e transformação alimentar.

Tem mercados duas vezes por mês e duas feiras anuais. Os mercados são à primeira e terceira 2ª feira de cada mês e são feitos na via pública ao longo da rua principal, conforme a tradição. As tentativas para fazer mudanças têm sido muito mal recebidas pelos feirantes.

Todo o concelho é abrangido por distribuição de energia eléctrica e água potável no domicílio (95 e 85 %respectivamente); a rede de saneamento básico cobre praticamente todo o concelho embora haja deficiências nas estações de tratamento de esgotos. Para cada mil habitantes há 480 telefones fixos. Tem uma rede viária entre todas as cinco freguesias com as estradas municipais asfaltadas.

Dos seus oitocentos anos de história salientamos que a sua origem remonta a 1199 com o Foral de D. Sancho I , atribuindo "a todos, presentes e futuros" que queiram habitar Belmonte uma autonomia fiscal, judicial e com obrigações para a guerra. Os Bispos de Coimbra foram os seus primeiros senhores e *todo o que penhorasse mercadoria ou viajantes cristãos, judeus ou mouros pagaria ao Bispo 60 soldos e daria em dobro o gado que tivesse tomado ao seu dono* (Marques,1999,p.4). Todo o cristão que habitasse em Belmonte por um ano, mesmo que fosse servo, seria livre tanto ele como a sua descendência. Em 1401 Luís Alvares Cabral é nomeado primeiro Morgado e depois Alcaide de Belmonte. Seguiu-se a geração dos Cabrais na Alcaidaria ficando praticamente senhores de Belmonte. Nesta geração dos Cabrais teve uma importância particular o descobridor do Brasil, Pedro Álvares Cabral, nascido em Belmonte e do qual os Belmontenses falam com orgulho, que deu novos mundos ao mundo. Em 1510 é dada por D. Manuel uma cópia do foral a D. Fernão Cabral II. Com a reforma dos concelhos no século XIX chegou a ser extinto, sendo restaurado em 1898. O feriado municipal recai no dia da primeira missa aquando da descoberta do Brasil, dia 26 de Abril. Nesse dia ocorrem os eventos mais relevantes das festas do Concelho e é feita a entrega aos melhores alunos do ensino básico e secundário o prémio de uma viagem ao Brasil.

Foi recentemente feita a geminação com Santa Cruz de Cabrália da costa dos descobrimentos no Brasil e com Belmonte da Bahia e desenvolvimento de intercâmbios entre essas regiões. Além destas geminações foi feita outra com La Mesiére em França, para onde foram muitos Belmontenses, e outra, também significativa, com a Localidade de Rosh Pina em Israel, devido à existência de uma comunidade judaica.

Na história da vila teve importância especial uma colónia de Judeus fugidos à inquisição nos finais do século XVIII. A proximidade com a fronteira facilitava saltar entre Portugal e Espanha, conforme a perseguição estivesse mais acentuada num ou noutro lado. Um antigo bairro tornou-se uma judiaria fechada e transformaram-se aparentemente em cristãos novos, mas mantiveram as suas tradições em segredo[3]. Só em 1996 se assumiram publicamente como Judeus[4] tendo então sido construída na antiga judiaria a Sinagoga Beteliahou, na vertente da encosta do castelo virada a nascente . Junto à sinagoga há um candeeiro de iluminação pública com as 9 lâmpadas para a comemoração da festa das luzes – a HanuKa.

Como grupo social, mantiveram-se sem se misturar com a restante população. Dedicam-se ao comércio de retalho, fixo ou como feirantes e a

[3] Eram identificados por sinais como por exemplo o pão santo ,não comerem peixe sem escamas nem carne de porco, lavarem-se com maior frequência, vestir roupa limpa à Sexta feira, acenderem candeias à Sexta feira ao por do sol e deixar que elas se apagassem por si mesmas.

[4] Presentemente no seu número não chega a 200, mas em décadas anteriores atingiu cerca de um quarto da população da vila.

pequenas indústrias (peles, e lãs). Não trabalham nos campos nem trabalham por conta de outrem. Presentemente, a comunidade judaica de Belmonte é a única no mundo a manter as tradições secretas do Cripto Judaísmo Português. Por terem estado tantos séculos isolados estes judeus eram designados como judeus marranos por não terem sido circuncidados. Há alguns anos foram todos circuncidados mesmo os mais idosos- para esse efeito veio o dirigente da comunidade em Lisboa; o Centro de Saúde colaborou cedendo as instalações tendo o Rabi estado presente colaborando no cerimonial.

Até ao 25 de Abril mantiveram-se como cristãos novos fazendo as suas cerimónias no segredo de suas casas. Casavam-se e baptizavam-se na Igreja Católica mas depois celebravam o seu ritual à parte. Com os enterros era igual, até que há dois anos foi feito um cemitério separado em que as campas já têm a estrela de David[5].

A antiga judiaria é um bairro antigo de ruas estreitas (as quelhas) e casas construídas em granito. A maior parte das famílias que aí habitavam construiu casas novas na parte Norte da vila e presentemente esta zona é habitada na maioria, por famílias que não são judias.

É patente a diferença de comportamento entra a comunidade judaica e a cristã em especial nos Sábados e Domingos. A população católica ao

[5] Foi um elemento da comunidade aprender a Israel. O corpo é lavado e envolto em lençol de linho.

Sábado faz o arranjo da casa e compras e ao Domingo veste roupa mais cuidada e vai à missa. Em contraste, na população judia, a azáfama das limpezas verifica-se até ao pôr do Sol de Sexta-feira, guardando-se o Sábado para passear a pé pela rua[6], ou de caminho para a Sinagoga ou para visitar os familiares.

Assim, se ao passar pelas ruas da parte velha da vila, vir abrir-se uma janela e alguém pendurar a roupa a um Domingo, isso significa que é alguém de origem judaica. Nos últimos anos esta comunidade assumiu-se mais abertamente e as suas lojas de comércio encerram também ao Sábado[7].

Nos últimos vinte anos a população residente aproveitou os subsídios da Comunidade Económica Europeia para por a "pedra à vista" e a parte antiga da vila com casas em granito, retomou o aspecto original .

No inverno o cheiro do fumo das lareiras é perceptível nas ruas e muito intenso nas casas (costuma-se dizer que o inverno só termina em Junho quando vem o da capa vermelha – S. João).

A comunicação por sinais sonoros é muito usada tanto pelo sino da Igreja como pela sirene dos bombeiros. O sino da Igreja acompanha vários tipos

[6] Para os mais ortodoxos não se pode sequer por o carro a trabalhar

[7] Chama-se o Sabath. O preceito de não trabalhar ao Sábado (o sétimo dia) é cumprido rigorosamente, nem que seja para um "negócio de milhões ". A preparação do Sábado começa à Sexta-feira à tarde em que se preparam os alimentos a comer no dia de descanso e ao por do sol , acende-se a candeia que será deixada a arder até se apagar sozinha.

de situações. Dobra longamente, com tonalidade pungente e vagaroso no caso de morte ou funeral; repica demorada e insistentemente em situações festivas e durante todo o percurso das procissões. Ou ainda com breves toques a chamar para a missa ou o terço (mês de Maio). Pode também associar-se a festas não religiosas ou a convocar para reunião de preparação da festa de Santo Antão ou ainda bem cedo a convocar os caçadores para uma caçada.

A banda de música acompanha os festejos religiosos, populares e cerimónias oficiais como por exemplo as festas do concelho[8].

O clube desportivo da terra tem muitos associados, mas uma vida difícil em termos de resultados. Os seus adeptos apoiam o clube de forma entusiástica e nos jogos salienta-se a língua afiada e o tom emocional das mulheres, mais que dos homens.

Nas festas da Páscoa, Natal, Carnaval, Santo Antão, Santos é costume fazerem cabrito assado[9], filhoses, arroz doce e papas de carolo. Para os assados e bolos é costume usar o forno da padaria (forno de lenha) que as pessoas podem usar desde que lá comprem o pão.

Nas suas hortas continuam a criar pelo menos "um marrano"[10] e para as

[8] É costume a presença de uma representação oficial do Brasil nas festas do concelho
[9] Se o dinheiro não chegar é substituído por borrego
[10] Com os judeus é diferente na medida em que as interdições de carácter alimentar os impedem de comer carne de porco e eles seguem as regras escrupulosamente

matanças há que contar com a ajuda da família e amigos. Daí que os enchidos são fabricados com muito empenho em que fiquem bons, parecendo quase uma competição a ver quem faz melhor. Há anos atrás era muito habitual o uso do fumeiro e da salgadeira para conservar os produtos resultantes da "matação do porco". Actualmente as condições de vida melhoraram e todas as casas que visitámos naquela comunidade têm electricidade e frigorífico; algumas também têm arca congeladora.

No Natal é costume os rapazes que foram à inspecção para o serviço militar irem cortar o madeiro que é acesso no dia de Natal após a Missa da meia noite. No princípio de Janeiro grupos de crianças vão cantar as janeiras de porta em porta.

A preparação da romagem e do cemitério para o 1º de Novembro é feita com muita antecedência, é antecipada para o dia 1 de Novembro a romagem ao cemitério do dia de finados Os velórios são muito participados e é costume retribuir a presença com a presença.

As manifestações de religiosidade como as procissões são muito participadas com cânticos e velas. A cera das velas no chão de granito deixa-o escorregadio. Na Igreja Matriz encontra-se uma imagem de Nossa Senhora da Esperança, que terá acompanhado Pedro Álvares Cabral ao Brasil, e que é alvo de muitas promessas.

No dia dos Santos é costume os afilhados darem o bolo dos Santos (tipo de folar com muitos ovos e sem açúcar) aos padrinhos. É costume convidar os padrinhos de baptismo para padrinhos de casamento.

CAPÍTULO 6 - APRENDENDO COM AS FAMÍLIAS

Fui dar uma volta na zona mais antiga da terra. Nestas ruas pouco transito passa e nalgumas não passam carros pois são muito estreitas.

Na Rua da Amendoeira a tia do Bruno[11] estava à janela; cumprimentei- a e ela perguntou " Então srª D. Clara anda por aqui a passear?" "Sim, vim dar uma volta. Estou começar a fazer um trabalho e vou passar aqui mais vezes". Trocámos umas palavras sobre o tempo e ela pôs-me uma série de problemas sobre a sua situação de baixa e a dificuldade de resolver o problema devido à ausência da médica de família. Informei-a de quando a poderia encontrar. Senti-me muito observada; notei que as pessoas que estão em casa à janela ou à soleira da porta controlam todo o movimento de quem passa. Foi mais uma razão para pedir colaboração e explicar que trabalho queria fazer.

Mais adiante a Paula tinha a porta da casa entreaberta e eu cumprimentei-a e tentei puxar a conversa sobre o seu estado (está grávida de 6 meses). Disse que continuava a ir ao mercado com o marido e por isso tinha pouco tempo livre. Na última consulta de Saúde Materna a médica tinha-lhe passado um suplemento vitamínico que foi retirado. Prontifiquei-me a arranjar-lhe a receita para substituição e combinamos que depois lha trazia.

Passei à frente da casa da Beatriz e bati mas ninguém respondeu.

[11] Com excepção do meu próprio nome, os nomes das pessoas e das ruas foram alterados, embora sejam nomes em uso na região .

Voltei pela Rua da Fonte e o marido da D. Aurora estava a arranjar a casa em frente aquela onde moram actualmente. É uma casa toda em granito com um piso e faz esquina – o telhado tem aspecto muito degradado. Disse-me que se meteu mãos à obra naquela casa velha mas que é deles, porque a mulher tem muito dificuldade em subir as escadas na casa onde agora vivem, devido ao problema cardíaco. A mulher não estava pois tinha ido acompanhar a filha a uma consulta a Coimbra visto ter uma gravidez de risco.

Dois dias depois ao fim da tarde, encontrei a Paula a entrar para o carro com o marido. Entreguei-lhe a receita que tinha pedido, expliquei-lhe como tomar e despedimo-nos pois eles iam a sair.

Pareceu-me que as pessoas mais idosas falam com mais facilidade e mais abertura que as mais jovens o que influenciou a escolha dos informantes.

Passei em frente à casa da Beatriz e uma vizinha disse-me para tentar a outra entrada pela porta de baixo. Aí estava a chave na porta (só encostada). Este é o sinal habitualmente usado que as pessoas estão em casa. Bati e ela mandou-me entrar. Na divisão do rez do chão sala de jantar /cozinha ampla estava ela e o marido à mesa a tomar chá em canecas de loiça. Acompanhado de pão de quartos e queijo - a toalha era de plástico.

Perguntou-me se queria lanchar com eles, e que aquele queijo era de mistura mas era muito bom, pois tinha comprado no mercado; comprava

sempre à mesma senhora que punha a banca na esquina que vai para o largo. Recusei e expliquei o trabalho que pretendia fazer e como iria lá visitá-los repetidas vezes. Disse logo que estivesse à vontade, que já me conhecia há muito tempo e que fosse sempre que quisesse pois ela pouco saía de casa. Indicou-me a cunhada para também colaborar no trabalho, pois pelo que achava ela não ia dizer que não. O marido tinha ido na véspera ao Centro de Saúde actualizar a vacina do tétano. Foi um primeiro contacto foi agradável e cordial.

A cunhada da Beatriz não estava em casa – a vizinha do lado tinha a porta aberta e como ninguém respondesse fui subindo a escada de pedra – ouvia-se muito alto o radio a transmitir serviço religioso – parecia o terço. Quando me viu disse-me que a vizinha tinha ido ao prédio.

A Ana estava na rua a lavar roupa no tanque à porta de casa. A vizinha da frente estava sentada na soleira da porta e conversava com a Ana. A outra vizinha, a Menina Aldinha (chamam menina desde que seja solteira, independentemente da idade) também se aproximou e trazia um saco com renda que andava a fazer.

Os pássaros na gaiola cá fora na rua junto à entrada cantavam - disse-me que eram da cunhada e que os punham ali porque apanhavam menos sol e tem estado muito calor. Expliquei-lhe o trabalho que queria fazer. Aceitou colaborar mas disse que era preciso combinar as visitas com antecedência

pois trabalha para fora. O filho da cunhada (com quem andou zangada mas agora já se falam) entrou dentro da casa da Ana e foi buscar uma bola.

A caminho da casa da D. Fernanda encontrei várias pessoas na rua .

As vizinhas estavam à conversa. Uma delas estava sentada no poial da porta. Uma criança brincava com uma bola. Entrou dentro de casa e saiu pouco tempo depois com pão na mão que ia comendo e dando pontapés na bola. Outra criança aproximou –se e ficou a olhar encostada à parede.

A D. Fernanda entrou em casa da Beatriz e estiveram a falar de roupas e arranjos. A Beatriz precisava de alargar saias que deixaram de lhe servir por ter engordado. Depois falou-se dos contactos com os judeus e ambas disseram que não tinham problemas de relacionamento. A propósito de tradições falaram do dia da espiga e do costume de guardar um pão de um ano para o outro nesse dia. Atribuem ao dia da 5ª feira da Ascensão um significado sagrado de grande respeito.

A D. Aurora de manhã trata da vida da casa e depois do almoço descansa um bocado. Tem ficado a tomar conta do neto de 2 anos. Gosta de recordar tempos passados quando a filha mais velha era pequena: ... e para dormir ... ela deitava-a na caminha e chorava até que se calava e adormecia... a minha sogra dizia-me se os habituas ao colo não podes fazer nada eu acho que eles se habituam ao colo mesmo de pequeninos se não tivermos aquele tempo eles reclamam... eu acho muita piada aos meus netos depois da

mamada vai mais uma careta mais um sorriso e depois eles adormecem, mas eu acho que eles sabem que não estão na cama e por isso eu acho que eles se habituam ao colo.

A casa da D. Ilda fica na Travessa do Castelo. É uma casa de pedra que foi reconstruída e tem dois pisos – No rés do chão tem à entrada uma divisão ampla com lareira toda em tijoleira e com sinais de muito usada. O fogão fica logo a seguir parece novo é grande e tem compartimento para botija; no canto oposto à lareira há uma armário de cozinha (em contraplacado) com lava loiças. A mesa da cozinha é rectangular em madeira clara e tem quatro cadeiras a condizer com espaldar alto. Há vários bancos e outras cadeiras mais velhas. Em frente à mesa há um frigorífico velho e uma arca vertical que parece nova. Do outro lado da mesa há um sofá de dois lugares já muito usado e que está coberto com manta de trapos. É aí que costuma passar as tardes a fazer crochet que faz para fora. Em frente à porta para a rua há um televisor em cima de uma mesa baixa que está sempre ligado quando vou lá a casa. Em cima do televisor há retratos com fotografias da família. Sobe-se uma escada com corrimão tosco que dá para o andar de cima onde há três quartos e uma casa de banho. Toda a casa está limpa e arrumada. Só consegui combinar esta visita para depois da matação - "para ter a casa à minha vontade"

O marido trabalha numa loja de ferragens. Tem 3 filhos; os mais novos solteiros (29 e 27 anos) já trabalham e nas horas vagas tocam na banda de música. A filha mais velha teve o segundo filho há seis meses.

CAPÍTULO 7 - ANALISANDO A CULTURA

Passaremos agora a apresentar os domínios culturais encontrados. Tendo presente o objectivo deste trabalho e seguindo a metodologia proposta, procurámos aproveitar todas as situações formais e informais que nos dessem contributos para chegar tão próximo quanto possível das crenças e dos significados culturais. O afunilamento proposto por Spradley (1980) conduziu-nos a tentar focalizar a nossa observação nos aspectos relacionados com a promoção da saúde.

Foi como que um fio condutor e uma constante ao longo deste trabalho procurar identificar comportamentos aos quais as pessoas atribuíssem relação com a promoção/protecção da saúde.

Seguindo a metodologia proposta identificámos os seguintes domínios culturais:

DOMÍNIOS CULTURAIS :

DOMÍNIO CULTURAL 1-. Aspectos considerados fundamentais para ter saúde 88

DOMÍNIO CULTURAL 2-. Recomendações a seguir para uma alimentação saudável.....95

DOMÍNIO CULTURAL 3-. Dificuldades vividas que contribuíram para alteração do bem-estar.....101

DOMÍNIO CULTURAL 4-. Tipos de substâncias consideradas prejudiciais à saúde.....104

DOMÍNIO CULTURAL 5-. Tipos de crenças em procedimentos utilizados para proteger a saúde.....106

DOMÍNIO CULTURAL 6-. Motivos para a utilização de procedimentos de protecção da saúde....108

DOMÍNIO CULTURAL 7-. Tipos de procedimentos para aliviar os desconfortos.....110

DOMÍNIO CULTURAL 8-. Situações em que é aconselhado "ir a atalhar".....113

DOMÍNIO CULTURAL 9-. Remédios caseiros utilizados com fins terapêuticos.....116

DOMÍNIO CULTURAL 10-. Tipos de expressões conotadas com a crença *"a saúde está nas mãos de Deus"*.....120

DOMÍNIO CULTURAL 11-. Tipos de ingredientes/alimentos utilizados de acordo com

crenças/religião.....123

DOMÍNIO CULTURAL 12 - Tipos de actividades dos enfermeiros que foram valorizadas pelos utentes.....125

DOMÍNIO CULTURAL 13 - Razões para os utentes valorizarem as acções de enfermagem.....127

DOMÍNIO CULTURAL 14 - Tipos de atitudes/expressões dos enfermeiros que foram interpretadas pelos utentes como cuidados despersonalizados.....129

DOMÍNIO CULTURAL 15 - Forma dos informantes expressarem a sua percepção em relação à sensibilidade cultural dos enfermeiros.....131

A sua descrição e análise será feita em seguida.

DOMÍNIO CULTURAL 1

ASPECTOS CONSIDERADOS FUNDAMENTAIS PARA TER SAÚDE

Ao procurar conhecer crenças relacionadas com a saúde ressalta a importância atribuída à saúde como um valor indiscutível sublinhada em expressões como

a saúde vale mais que tudo no mundo (63.C).

E então como fazer para ter saúde? Foi o que procurámos conhecer ao longo do trabalho de campo. As preocupações com a saúde foram-se revelando de uma forma abrangente, incluindo e integrando os aspectos de promoção da saúde físico, mental e social.

No aspecto da saúde física encontrámos:

A preocupação com **a higiene** é especialmente marcada em relação às crianças que é visível no ensino frequente de regras como "lavar as mãos"

A valorização da higiene pessoal fica patente em expressões como

> *... Os filhos andavam sempre limpinhos ; ninguém tinha nojo dos meus filhos. Lavava-os à noite e estavam sempre limpinhos... Sim os meus filhos sempre foram muito limpinhos , a limpeza nunca faltou. Ninguém tinha nojo dos meus filhos. Não tinha lençóis como há agora, mas comprei o pano e* "fize-os". *Estavam lavados. Agora hoje ainda há muita gente porquinha, ainda há....(29.C)*

No entanto esta preocupação com a higiene é relativizada em situações como lavar a chupeta quando cai ao chão achando que "isso é um

exagero", verificando ao longo da observação que muitas vezes a chupeta não é lavada depois de cair ao chão e ainda em comentários como

> *"... por exemplo o meu irmão ralha logo ao filho quando ela tira a chupeta ao meu filho e a põe na boca e ele vai e faz o mesmo, mas o meu irmão não gosta..."(14.A)*

> *"... tenho outro neto que é um exagero "não apanhes isso do chão" (NC.19)...que haja higiene estou de acordo, mas há coisas que são exageradas. (13.A)*

Como protecção da saúde das crianças os cuidados de higiene como o banho diário

> *acho que se deve fazer enquanto bebés é dar banhinho todos os dias isso é que é para mim, quer seja de manhã quer seja de noite,... então eu acho que os bebés relaxam em bebés deve ser diário e é indispensável (89.A).*

No aspecto da higiene das roupas e da casa observa-se uma rotina semanal em que as maiores limpezas se fazem ao fim de semana.

A preparação da Páscoa[12] embora com significados e datas diferentes nas comunidades cristã e judaica, tem um aspecto comum que se designa por "esfronhar" assumindo um caracter de um ritual

> *Limpamos a casa mais que o habitual na época da Páscoa (80.F).*

12 Para os judeus na Páscoa comemora-se a saída do Egipto. Designam-na pela Santa Festa da Páscoa prolonga-se por 8 dias A casa tem que ser toda limpa para não ficar uma única migalha de fermento. Não se pode comer pão levedado; só pão ázimo durante sete dias . O pão é cozido em cima de uma telha e se abrir fenda(por ter levedado) é porque naquela casa há pecado

E em termos do significado atribuído cada um destes aspectos a afirmação seguinte é significativa

> *... eu acho que a higiene pessoal é mais importante que a da casa. A casa deve estar limpa, varrer, limpar o pó, arrumada mas não sou escrava da casa ...as roupas devem ser mudadas para andar limpo (184.A).*
> *...e a limpeza faz tanta falta como a comida (133.A).*

Outro elemento considerado fundamental para ter uma boa saúde é a **alimentação**, sublinhando que

> *Para ter saúde é preciso ter cuidado com a alimentação. (132.A)*
> *A alimentação é o principal. É preciso controlar o comer e o beber (22.D).*
> *A causa das doenças eu não sei. Será por nós, a nossa boca não evitar certas coisas? Eu acho muito importante é a alimentação (17.G).*

Para ter saúde valorizam a necessidade do **sono** e repouso, traduzida pelo reconhecimento que dormir de dia é só para as crianças e que se devem observar um mínimo de horas de sono de acordo com a idade.

> *A pessoa tem que dormir aquelas horas para andar bem e dormir de noite e não de dia ...Dormir mais ou menos 6 horas para mim é suficiente. (47.H)*
> *dormir faz bem...e só me deito quando já tenho sono senão não durmo(30.H).*
> *Para dormir bem para mim são oito horas .Sou capaz de me deitar aí às 9 horas acordo aí as onze horas e vou à casa de banho e quando é pelas seis horas volto a acordar(42.G).*

A preocupação com aspectos da *higiene mental* também estão presentes

> *Se a gente anda calma goza muito mais saúde (65.C)*
> *Para ter mais saúde precisava ser mais alegre; quando era nova cantava ao fazer a lida da casa. Como eu cantava bem as vizinhas diziam-me "canta lá para nós ouvirmos". Agora*

precisava de ser assim, mas não sou. Agora não sou capaz. (64.C)

Quanto à vertente da *saúde social* foram realçados os aspectos relacionais como importantes para a saúde. Com frequência ao procurar uma informante a fui encontrar em a casa de alguma vizinha e constatei um clima de boa vizinhança. Para além de "**dar-se bem com os outros**" está implícita a necessidade de "aprender a viver" com os outros

Aqui há mais pessoas a darem-se bem que a darem-se mal. Aqui com as vizinhas é como se fossemos família (61.F).
Para vivermos bem é preciso darmo-nos bem uns com os outros, a coisa mais principal na vida é darmo-nos bem uns com os outros. Quando uma pessoa anda mal disposta com outra parece que nada calha bem (37.G).
...já há 3 sábados que vamos ajudar os vizinhos a apanhar lenha. A gente convive e sente-se bem (45.D).
...eu tenho 3 filhas, quero tão bem à mais nova como à mais velha – vem uma e dá-me uma queixa, vem outra e dá-me outra queixa, mas eu nunca lhes dou razão nem deixo que falem umas das outras... faz bem sabermos viver uns com os outros (30.B)
...é preciso viver e saber viver com as pessoas (27.B).

A sr[a] sabe é preciso saber viver com as pessoas(32.G).

Ainda neste âmbito a importância do acompanhamento das fases de desenvolvimento e a valorização da socialização das crianças é expressa na perspectiva de aprender a viver

aprendem a conviver, aprendem a levar pontapés e a dar e aprendem a saber o que é a vida (114.A).
e a criança quando vai para a escola já sabe o que é viver e sabe o que é conviver(122.A).

A **atitude preventiva** no aspecto de viver com saúde é ainda complementada com um aspecto de tratamento precoce

> *Eu acho na minha ideia*
> *que um mal passado é mais difícil de curar (31.G).*

E inclui também a protecção específica, como a **vacinação**

> *As vacinas fazem bem, se não fizessem evitava da gente se vacinar. Mas logo para as crianças faz muita falta para as doenças não entrarem. A minha neta na semana passada levou quatro vacinas e não lhe deu guerra nenhuma (20.B).*

A vacinação é um aspecto que suscita a comparações com o passado

> *... a parteira dizia para vacinarmos os nossos filhos mas as vacinas tinham que ser compradas e eu não tinha dinheiro (34.A)*
> *as vacinas levei na escola , aquela do aparo os meus outros filhos já foram vacinados (29.A).*
> *No meu tempo só havia vacinas na escola e às vezes penso " como é que a gente se criava? " (19.F).*

Uma ideia que fica muito marcada é que para ter saúde é preciso seguir algumas regras. No entanto constatei algumas contradições entre conhecer a regra e aplicá-la. Assim muitas vezes encontrei a expressão "a gente devia fazer mas não faz". A ideia de norma a seguir é ressalvada de forma a não cair em exageros

> *eu acho que tudo tem a sua norma*
> *nem de mais nem de menos (88.A).*

e a complementar esta ideia a afirmação que parece pretender relativizar situações de menos cuidado com a alimentação ou com a higiene,

> *.... eu digo que o cuidado exagerado não dá saúde (85.A).*

No entanto nota-se uma ambivalência em relação aos cuidados com a saúde na perspectiva do auto cuidado

> *que se as pessoas tivessem mais cuidado consigo*
> *tinham mais saúde (45.H).*

Salientamos que, de forma espontânea os informantes não valorizaram o aspecto da actividade física como importante para a saúde, chegando mesmo a dar-lhe uma conotação negativa

> *Só vai para a ginástica no pavilhão*
> *quem não tem que fazer em casa (38.E).*

Verificamos que são tidos em conta como importantes para ter saúde aspectos de protecção da saúde física, mental e social e ainda da prevenção das doenças pela auto responsabilização pela saúde.

Na perspectiva da análise semântica proposta por Spradley (1980) este domínio enquadra-se na relação semântica de INCLUSÃO.



FIGURA 1 - ASPECTOS CONSIDERADOS FUNDAMENTAIS PARA TER SAÚDE

A Figura 1 apresenta uma síntese dos diversos tipos de aspectos que os informantes consideram fundamentais para ter saúde.

A análise deste tema pode ser sistematizada numa taxonomia que passaremos a apresentar e que revela os aspectos fundamentais considerados importantes para ter saúde .

ASPECTOS FUNDAMENTAIS PARA TER SAÚDE	HIGIENE	PESSOAL	FÍSICA	LIMPEZA HAJA HIGIENE
			MENTAL	ANDAR CALMA SER ALEGRE
		ROUPA		SER MUDADA
		CASA		ESTAR LIMPA
	ALIMENTAÇÃO	CONTROLAR O COMER E O BEBER		
	SONO E REPOUSO	NÚMERO DE HORAS SUFICIENTE DORMIR DE NOITE		
	ASPECTOS RELACIONAIS	SABERMOS VIVER UNS COM OS OUTROS DARMO-NOS BEM COM A FAMÍLIA DARMO-NOS BEM COM OS VIZINHOS		
	PREVENIR AS DOENÇAS	UM MAL PASSADO É MAIS DIFÍCIL DE CURAR MAIS CUIDADO CONSIGO ESTAR VACINADO		

Quadro 1 - Taxonomia 1 -

Aspectos considerados fundamentais para ter saúde

DOMÍNIO CULTURAL 2

RECOMENDAÇÕES A SEGUIR PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A importância atribuída à alimentação como elemento fundamental para viver com saúde foi repetidamente constatada ao longo deste trabalho.

Procuramos conhecer as preferências e as convicções em relação aquilo que consideram ser uma alimentação saudável, na medida em que foi considerada entre os aspectos fundamentais para ter saúde.

Verificamos que em relação à alimentação há um conjunto de convicções que se traduzem em regras de como deve ser uma alimentação saudável.

Assim, ao longo dos contactos, houve muitas oportunidades de observar como era a alimentação e o que achavam mais importante.

A começar na alimentação das crianças **a amamentação** era considerada como incontestavelmente a melhor e a mais adequada mas também que no passado era mais prolongada, uma vez que agora com o trabalho nas fábricas ficava limitada ao tempo de licença de maternidade

> *...quanto à alimentação das crianças a esta filha dei de mamar até aos 6 meses (49.A).*
> *...dávamos de mamar muito tempo (65.A).*
> *. o meu segundo filho já mamou até ele querer; ele era muito mamão mas quando lhe comecei a dar suplemento ele não quis mais leite (NC.55).*

A amamentação das crianças em períodos prolongados era justificada no passado pela inexistência de protecção materno-infantil nem acesso a serviços de planeamento familiar

> *..dávamos de mamar muito tempo porque havia a mania que quando se dava de mamar não se alcançava (67.A).*

Em relação aos cuidados às crianças algumas informantes reconheceram que tinham aprendido com os enfermeiros os cuidados às crianças. Reconhece-se um cuidado especial com a alimentação das crianças

> *Quando se é mãe pela primeira vez é muito importante e faz falta ir ao centro de saúde. Eu fui sempre muito bem recebida. Aquelas sopinhas que fazia para a minha filha com o alho porro* ***e*** *os espinafres que diziam que fazia muito bem (26.H).*

Acrescentando recomendações genéricas sobre regras a seguir para a alimentação, para além de **comer às horas,** ficamos a conhecer quais os alimentos recomendados

> *O que acho que faz bem à saúde é a dieta que se tem que fazer no comer. Alimentos à hora das refeições (30.E).*
> *Estas coisas são as que fazem bem. Para me sentir melhor não como o miolo do pão por causa do estômago, como mais hortaliça, alface, pouca batata e mesmo assim engordo (18.F)*
> *...como tudo o que a casa dá: batatas, feijão, couves (20.E).*

E a preferência pelo **pão**

> *não há melhor alimento* que o pão *(36B).*

A forma de cozinhar os alimentos também tem a sua influência

> *Para ter melhor saúde a gente devia comer mais cozidos e grelhados. (33.H)*

Grande parte desta população cultiva a sua horta para produção própria. Praticamente todas estas famílias têm batatas e hortaliça de produção própria (**o que a casa dá**). É bem visível a valorização dos seus produtos de tipo biológico dando como exemplos o frango e o coelho

> *Os antigos só matavam um frango com mais de seis meses hoje fazem-nos com um mês ... se arranjar um desses ou um dos que eu lá tenho é só ver a diferença .É só rações.*
> *E os coelhos que se compram no talho comparados com os nossos! Nem deitam cheiro ! Ainda no outro dia tinha preparado temperado com o vinho e a cebola no alguidar . Um vizinho passou e disse que com este rico cheiro já se comia um bocadito de pão! (45.B)*

E o recomendado mas por vezes "virtual" cumprimento das recomendações de preferir produtos hortícolas e peixe

> *Acho que para ter saúde é preciso comer mais à base de vegetais, hortaliças, fruta, saladas , mais peixe, evitar muitas carnes especialmente carne de porco e estou sempre a dizer à minha cunhada para não comer mas ela diz que lhe sabe bem (15.F).*

Alguns erros e excessos alimentares foram frequentemente apontados como **prejudiciais à saúde** e conotados como elementos a evitar para uma alimentação saudável com mais ênfase para as **gorduras**

> *O azeite ainda não é o que faz mais mal o que faz mais mal é a gordura do borrego e das carnes gordas. (21.G)*
> *O que faz mal são as gorduras, mas gorduras de animal a carne porco .. .que é mais saborosa (134.A)*
>
> *... não se pode comer mal passada (136.A).*

como no caso do excesso de gordura de uma canja feita com galinha caseira que é retirado para não fazer mal,

> *a minha prima Beatriz que mata a galinha caseira que é muito diferente do aviário e tira uma parte da gordura, mas aquilo é que é uma canja (27.E).*

E isto porque

> *Comidas com muitas gorduras também faz muito mal.*
> *Certas comidas também faz muito mal (19.G).*

O consumo de enchidos continua a ser uma tradição – estão neste conjunto o chouriço, o mouro, as farinheira de cozer e de assar, e a morcela – e todos eles são muito apreciados. No entanto as pessoas vêem-se confrontadas com algumas restrições alimentares e verbalizam que às vezes "se tentam"

> *Chouriço e enchidos não como porque me fazem mal, mas presunto já tenho comido e desde que seja pouco não faz mal (11.E).*
> *e no entanto tanta coisa que eu como e me faz mal (24.H).*
> *Mas ás vezes juntamos ali a família e pessoas amigas e depois a gente foge à lei Vejo uns a piriscar e outros a piriscar mas depois "eu é que me cozo". E a gente tenta-se (37.E).*
>
> *se a gente anda desconsolada a gente tenta-se.*
> *Quem não se tenta? (27.C)*

Quanto à forma de preparar os alimentos é muito frequente as donas de casa referirem que os seus refogados nunca são "muito puxados"

Certas comidas muito refogadas também fazem muito mal (34.H).

O uso de sal em grande quantidade é considerado prejudicial

Por exemplo as comidas com muito sal fazem subir a "atensão" (18.G).

Ainda na forma de preparar os alimentos, verifiquei que a fritura era muito usada e era uma das formas mais apreciadas pelos mais idosos, embora muitas vezes dissessem

raramente como fritos, (63.F)

As filhoses são ainda feitas com esmero em todas as situações festivas ao longo do ano e quase ninguém parece lembrar-se que foram fritas.

O actual consumo generalizado de açúcares contrasta com os tempos passados em que

Havia pouco dinheiro para gulodices (68.F).
Rebuçados só nas festas (53.H).

Ou ainda agora

Ás vezes a gente abusa... eu era muito gulosa gostava de comer um pouco de arroz doce... (4.G)

A análise deste domínio cultural leva-nos a concluir que há uma relação semântica de INCLUSÃO entre o tipo de recomendações mencionadas, quanto ao que incluir e ao que evitar, e a alimentação saudável e que fica sintetizado na figura 2.

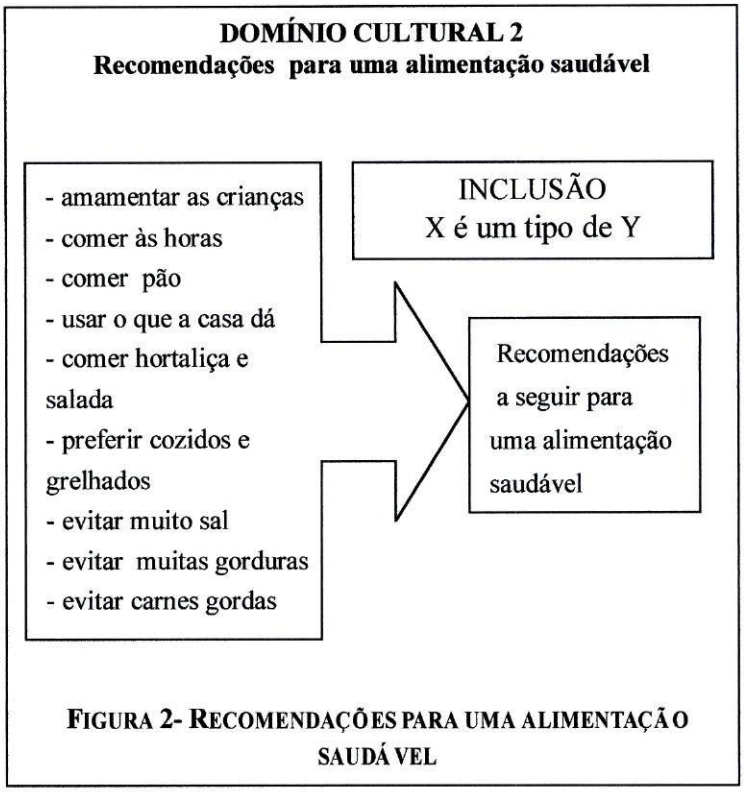


FIGURA 2- RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

DOMÍNIO CULTURAL 3

DIFICULDADES VIVIDAS QUE CONTRIBUÍRAM
PARA ALTERAÇÃO DE BEM-ESTAR

A saúde expressa por uma situação de bem-estar tem implícita uma certa fragilidade. No contexto de situações diversas, de carências e dificuldades vividas, identificam com causas de alteração de bem-estar que ocorreram no passado, com reflexos no presente .

As grandes carências **económicas**

> *...porque não havia dinheiro a vida era difícil. Hoje as pessoas têm muitas ambições, têm que ter isto e aquilo (71.F).*
> *Se não tinha não comia. Só arranjava para mim e para os meus filhos. Comíamos uma sopinha e um bocadinho de pão e ficávamos. Eu passei muito para criar os meus filhos.*
> *Não tinhamos posses; Eu casei-me com um fogãozinho de petróleo. Não tinhamos frigorífico. Tive muita dificuldade em criar os meus filhos porque era só o meu homem a trabalhar. Naquela altura ganhava-se muito pouco dinheiro e eu só me empreguei depois de os ter a eles. A minha cunhada disse "emprega-te que eu fico-te com os filhos". Mas graças a Deus eles estão bem (38.C).*

É frequente encontrar como atribuição dos "males" actuais as **condições de trabalho** difíceis que foram vividos

> *E também os problemas uns atrás dos outros, isso também contribuiu para as doenças (50.B).*
> *Passámos muitos trabalhos. Por exemplo a gente ia para o mercado do Fundão e íamos a pé muito antes do Sol nascer; íamos levar lã para uma fábrica ali nos Trinta e passámos muitos trabalhos; vínhamos por atalhos. Só depois mais tarde é que aparecem as camionetas e os carros particulares Eu acho que os nossos males vêem dos muitos trabalhos que tivemos (52.G).*

Eu passei muito. Apanhávamos grandes molhas e a roupa secava no corpo. E agora é que a gente sofre. Eram trabalhos muito duros...(23.C)
Descalços a trabalhar na terra fria no inverno e no verão na terra quente a regar (21.F).
Andámos com muitos carregos e agora os meus ossos é que se sentem. Caiu em cima de mim tudo o que é ruim, e agora é que a gente sofre (76.B).

A **emigração clandestina** foi referida como associada a situações de grande angústia

... o meu filho tinha 6 meses e na véspera a minha sogra que Deus haja, deu-lhe feijão pequeno com azeite e vinagre, nós tinhamos a viagem programada e fomos daqui a salto e ao chegarmos à primeira terra em França o passador levou-me ao campo médico e disse-me que lhe dava uma injecção para o pai o ver ainda vivo (eu não percebi mas o passador disse-me o que eles estavam a dizer) tinha sido uma intoxicação alimentar ficou lá 3 semanas no hospital cheio de agulhas por todo o corpinho dele e o leite secou-se-me.(53.A)

As dificuldades vividas associadas às carências económicas e falta de **apoio social e de assistência na doença** foram muito enfatizadas

Não havia recursos, era aguentar e cara alegre (47.A). Lembro-me quando a minha filha era pequenina e lhe deu uma convulsão. O meu homem não estava, tinha ido para um mercado. Mas eu para levar a minha filha ao hospital tinha que ter 500 escudos em casa e eu não os tinha. A Srª sabe o que é uma afronta para levar um filho ao hospital e não ter dinheiro? Fui a pedir o dinheiro ao meu pai que Deus tem eu sabia que ele os tinha e ele negou-mos. Eu tive um desgosto tão grande tive muito pena do meu pai perdoo-lhe por ser meu pai ,mas nunca esqueci o que ele fez. Fui a outra pessoa aí em Belmonte que mos emprestou. Quando o meu marido veio do mercado e disse-me olha vendi só um par de sapatos, não chegava para pagar, no outro dia foi fazer outro mercado fez 500 escudos e fui pagar a essa pessoa, e fiquei sem dinheiro em casa mas nunca fiquei a

dever um tostão a ninguém. Levei uma vida estúpida quando me casei...(62.C)

Enquadra-se neste âmbito de comparação com o passado a falta de recursos de vigilância de saúde tanto em SM como em PF suscita também comparações com o passado de carências e dificuldades

Lembro-me que um dia enquanto grávida fui deitar, com licença, a vianda aos porcos e desmaiei e caí lá para dentro ... no meu tempo quando tive os filhos nunca fui a uma consulta de gravidez não havia quem nos desse ajuda, não havia estas consultas de planeamento, nada destas coisas ...eu engravidei fui fazer teste de gravidez e nada mais...(6.A)
eu alcancei o Tó dando de mamar à Alice... para evitar os filhos só o coito, não havia dinheiro para comprar os comprimidos, era caro e a gente já vivia mal e não podíamos comprar; não era como agora que dão os comprimidos ali no Centro de Saúde (71.C)

A panorâmica de um conjunto de dificuldades vividas no passado, às quais os nossos informantes atribuíram um impacto negativo sobre a sua saúde enquadra-se numa relação de CAUSA/EFEITO e está resumida na figura 3.



FIGURA 3 - DIFICULDADES VIVIDAS QUE RESULTARAM EM ALTERAÇÃO DO BEM-ESTAR

DOMÍNIO CULTURAL 4

TIPOS DE SUBSTANCIAS PREJUDICIAIS À SAÚDE

Houve várias situações em que tivemos oportunidade de constatar as atitudes e comentários em relação em relação à utilização de substâncias nocivas.

O **tabagismo** é reconhecido como prejudicial não só para o fumador activo como para o *fumador passivo*

> *Há uma coisa aqui na minha casa que também é prejudicial – o tabaco – Eu para mim não me dou nada bem com o fumo. Eu nunca fumei e é capaz de me fazer a mim tão mal o fumo como se estivesse a fumar. A minha filha era muito contrária ao fumo do tabaco, no entanto agora fuma... fuma porque se estiver na ansiedade do cigarro ela tem que fumar, e se ela era contrária ao tabaco! Deve ser da geração do pai uma pessoa que era contra e depois apanha aquele vicio; aquilo para mim já vem do pai até porque ela tem muita coisa que é do pai. Porque agora os tempos são outros e ela diz que somos atrasados e eu acho que eles são adiantados de mais.*
> *Eu acho agora cada vez é pior(10.H).*

Referindo-se a situações de **toxicodependência** vividas em familiares muito próximos, com todo o impacto que essas situações acarretam de prejuízo para a saúde, encontrámos uma atitude de impotência em relação a essa problemática

> *Com tudo o que se está a passar(referia-se à droga) não pode haver uma família saudável, até às coisas que a gente sabe que há, não pode haver famílias saudáveis!*
> *Basta haver um problema desses numa família e a gente sabe que não se cura, para não poder haver saúde (43.B).*

A atitude em relação ao **consumo de álcool excesso** foi caracterizada por uma atitude de benevolência, sem grande ênfase na reprovação.

A produção de vinho e jeropiga pelos pequenos proprietários é ainda frequente . A atitude em relação aos excessos do seu consumo revelou alguma cumplicidade em situações observadas

> *...Já vinha com um copito a mais (17.E).*
> *Só agora é que está um bocadinho bêbado, na altura não era, mas depois começou-se a relaxar (44.C).*

No entanto o consumo de bebidas alcoólicas é verbalizado como prejudicial sendo costume dizer "bom vinho, má cabeça" e

> *O que faz mal à saúde são as bebidas alcoólicas (46.H).*
> *Essa coisa do vinho faz muito mal (22.G)*

Mas dando a entender que será preferível não beber demais

> *...Os meus filhos não estão ricos mas estão bem.*
> *Elas têm uns maridos que só bebem água*
> *e graças a Deus estão bem.(66.C)*

Este Domínio Cultural enquadra-se na relação semântica de INCLUSÃO quanto ao tipo de substâncias conotadas como prejudiciais à saúde e é esquematizado na figura 4.



FIGURA 4 - SUBSTÂNCIAS PREJUDICIAIS À SAÚDE

DOMÍNIO CULTURAL 5

TIPOS DE CRENÇAS EM PROCEDIMENTOS UTILIZADOS PARA PROTEGER A SAÚDE

Constatámos o uso de algumas práticas que fazem parte da tradição e procurámos conhecer o seu significado. Algumas têm como função a protecção da saúde e outras são usadas para aliviar desconfortos. Passaremos agora a descrever as que encontrámos e que têm por finalidade proteger a saúde.

Uma prática que se usou noutros tempos mas que já não encontramos em uso era a de **comer terra**

> *...Eu levava esta minha filha para o campo e diziam que comer terra fazia bem eu andava a sachar e a regar e ela tirava-se da manta e quando chegava ao pé dela era só terra e veja lá se eles se não criaram veja lá se ela não está bonita. (16.A)*

Houve algumas famílias que contactámos no âmbito deste trabalho, que tinham recém nascidos ou crianças na primeira infância. Aí confirmámos ideias que já tinhamos como por exemplo a tradição que se mantem actual de que só a **madrinha é que deve cortar as unhas ao bebé,** pelo menos na primeira vez. É frequente fazermos notar que as unhas estão compridas

> *Eu já disse à madrinha mas ela não teve vagar*
> *de lhe vir a cortar as unhas.*
> *Só a madrinha é que deve a cortar as unhas (189.A)*

Há outros costumes que já não encontramos tão marcados na geração actual. Mas como é muito frequente a mulher no período do pós parto ir

para a casa da mãe que a ajuda nos cuidados ao recém nascido, as crenças da avó acabam por se revelar importantes, como **beber a água do banho**.

> *a primeira coisa que eu fazia aos meus filhos ao mete-los no banho quando nasceram logo a seguir a cortar o cordão era mete-los na banheira e a primeira água era para a boquinha e dava-se-lhes a beber a água do banho(22.A).*

Este domínio cultural enquadra-se na relação semântica de INCLUSÃO e pode ser sintetizado na figura 5 onde são enumeradas as crenças em procedimentos que encontrámos, utilizadas para proteger a saúde e cuja justificação será dada no domínio seguinte.

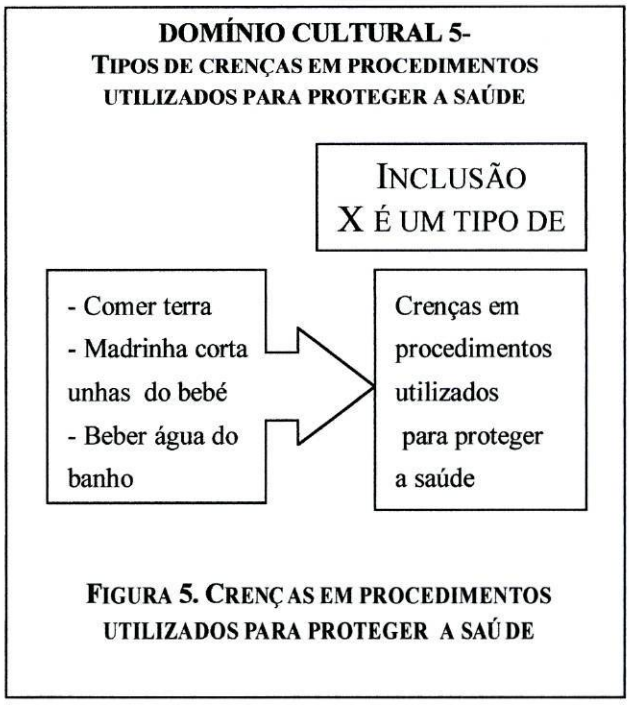


FIGURA 5. CRENÇAS EM PROCEDIMENTOS UTILIZADOS PARA PROTEGER A SAÚDE

DOMÍNIO CULTURAL 6

MOTIVOS PARA A UTILIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS
DE PROTECÇÃO DA SAÚDE

Procurámos conhecer os motivos subjacentes às práticas de promoção de saúde descritas anteriormente. Assim em grande parte esses motivos foram expressos pelos informantes quando questionados quanto às razões para esses procedimentos e passamos a apresentá-los nas suas próprias palavras. Um motivo repetido com muita convicção e que justifica grande parte dos procedimentos como a preferência incondicional por produtos naturais foi que

a gente sabe o que faz bem e o que faz mal (19.H).

Quanto à necessidade de ser a madrinha a cortar as unhas ao bebé é justificada na crença de que se não for assim "**atrasa a fala**"

para não atrasar a fala (190.A).

O costume de dar a beber a água do banho é justificado com a intenção de estimular a **criação de defesas**

embora sejam pequeninos têm que criar resistências
e é ela própria que as tem que criar (10.A)
se não for assim... " a criança nunca cria defesas por ele próprio" (15.A).

dávamos - lhe a água do banho a beber de propósito (24.A)
porque nós entendíamos que fazia bem ...que ajudava.... (25.A)

e justificando que no passado

> *não havia o cuidado da água fervida como hoje, mas não fico muito preocupada se a minha neta beber alguma(23.A).*

O que foi exposto justifica plenamente o enquadramento deste domínio cultural na relação semântica de RAZÃO/MOTIVO e vai ser resumido na figura 6 explicitando as razões dadas pelas informantes para os procedimentos de protecção da saúde.



FIGURA 6- MOTIVOS PARA UTILIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE PROTECÇÃO DA SAÚDE

DOMÍNIO CULTURAL 7

TIPOS DE PROCEDIMENTOS PARA ALIVIAR OS DESCONFORTOS

Constatámos a existência de procedimentos utilizadas para aliviar os desconfortos que se revelavam em formas definidas de actuação para cada situação.

São mais facilmente perceptíveis as que se usam com as crianças embora por vezes só após a sua repetição e análise de registos de observação é que nos apercebemos. Está neste caso o facto de observarmos várias formas das mães ou avós lidarem com a situação dos soluços de uma criança **soprando quando há soluços** e respectiva justificação

> *soprar quando os bebés têm soluços (7.A)*
> *e às vezes estavam aflitos e a gente lá lhe assoprava (28.A).*

Mas indicam como alternativa que em vez de soprar também resulta dar-lhe leite

> *... para os soluços tirava o peito e dava-lhe (32.A)*
> *ainda o faço para esta neta – ela é muito achacada aos soluços*
> *dou-lhe um pouco de leite e passa-lhe (33.A).*

Contaram-nos que noutros tempos quando as mulheres usavam xaile tiravam um pêlo do xaile e punham na testa da criança e que dava o mesmo resultado.

O desconforto das cólicas da criança ainda é muitas vezes aliviado com a massagem especialmente em caso de insucesso da terapêutica prescrita pelo médico. A forma como a **massagem para alívio das cólicas abdominais** é feita é descrita em pormenor assim como a **resolução da obstipação com o talinho de couve**

> *...para as dores de barriga esfregava-lhe a barriga com azeite mas morno ou se não tinha possibilidades de o amornar deitava na minha mão esfregava as mãos e depois massajava-lhe a barriga (45.F).*
> *Dava resultado amornar azeite (dantes era num tachinho sobre as brasas quando não havia fogão) e fazer uma massagem na barriga da criança até que aliviasse ou que isso fazia com que evacuasse mais facilmente (65.H).*
> *Quando a criança tinha dores de barriga untava-se a barriga com azeite virgem e pegávamos num talinho de couve e metiamos-lo no rabinho com todo o jeitinho e eles faziam.*
> *Por exemplo hoje há os clisteres que nós não tinhamos – pegávamos num talinho de couve e metíamos no rabinho com todo o jeitinho e eles faziam e tenho a impressão que dava o mesmo resultado que estes clisteres que dão agora (38.A).*

A "**constipação de Sol**" foi descrita como a situação em que "a pessoa tinha muita dor de cabeça e estava constipada". O modo de fazer é assim descrito usando **um pano de linho e um copo de água** para aliviar a dor de cabeça

> *punha-se um pano e um copo com água em cima de cabeça e água começava a ferver no copo e depois a água fervia com umas bolhinhas e aliviava a dor da cabeça (71.H).*

para aliviar a dor de cabeça - punha-se um pano de linho e um copo com água[13] *em cima de cabeça e água começava a ferver no copo (55.F).*

Neste domínio cultural, enumeram-se os procedimentos descritos que são utilizados para aliviar desconfortos.

Enquadra-se na relação semântica de INCLUSÃO que iremos resumir na figura 7.

DOMÍNIO CULTURAL 7
TIPOS DE PROCEDIMENTOS PARA ALIVIAR DESCONFORTOS

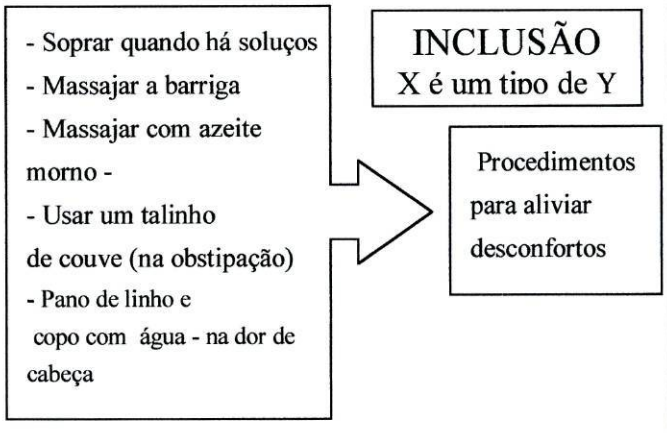


FIGURA 7
PROCEDIMENTOS PARA ALIVIAR DESCONFORTOS

[13] Ao mesmo tempo diz: S. Inácio foi ao mato e Jesus Cristo encontrou. "Onde vais tu Inácio?" Vou a tirar a constipação de sol. "Volta atrás Inácio. Vai tirá-lo dum copo com água e de um guardanapo de linho" e reza 3 Avé Marias.

DOMÍNIO CULTURAL 8

SITUAÇÕES EM QUE É ACONSELHADO "IR A ATALHAR"

Em linguagem popular é designado pelo **cobrão** uma doença bastante vulgar que é a Zona ou Herpes Zoster[14]. Contactamos de perto com várias destas situações e a principal preocupação manifestada é que "é preciso ir a atalhar":

> *... as minhas vizinhas não se calam que é preciso ir a atalhar*
> *para o cobrão não dar a volta,*
> *porque se der a volta é muito perigoso e pode-se morrer.(8.D)*

Neste cenário é patente a importância da opinião dos vizinhos e até de alguma pressão no sentido de seguir os costumes.

É então costume aplicar um preparado acompanhado de umas rezas e um ritual durante um número de dias ímpar. A sequência dos procedimentos para atalhar é assim descrita por uma informante:

> *já fui à sr[a] L. e trouxe uma oração e uma pomada. (11.D)*
> *Faz-se uma pomada para aplicar nas borbulhas:*
> *queima-se palha dos alhos; nessa cinza põe-se azeite*
> *e aplica-se em cruz fazendo a reza (12.D).*

A oração é assim:

> *Diz-me quem és*
> *cobra ou cobrão*
> *lagarto ou lagartão*
> *sapo ou sapão*
> *Diz-me quem és*

[14]O Herpes Zoster que se manifesta com o aparecimento de vesículas ao longo de terminações nervosas e pode ocorrer em qualquer parte do corpo, mas é mais frequente no tronco e, em geral, só de um dos lados . Pode deixar sequelas neurológicas. No caso de atingir a zona ocular pode causar cegueira.

Bicho de má nação
Em nome de Deus te atalho
Corto-te a cabeça, o rabo e o coração

Depois pega-se numa palha
e põe-se dentro de um papel
e dá-se um corte com a tesoura
E no dia seguinte faz-se a mesma reza
e dá-se outro corte para atalhar (14.D)
É preciso fazer <u>número de dias ímpar</u> (ou onze ou treze)
se fizer dez ou doze não faz efeito
e isto para o cobrão não dar a volta. (15.D)

Verificamos com frequência a utilização simultânea da medicina tradicional e da científica com o comentário

Já uma vez tive o cobrão e se não tivesse ido a atalhar nunca mais me passavam as dores(74.C)

Os nossos informantes fizeram-nos relatos de outras situações que não presenciámos mas que nos foram contadas em que resulta ir "a atalhar" são

Quanto ao <u>mau olhado</u> era costume "<u>ir a atalhar</u>"
– deitavam umas gotas de azeite num prato e faziam uma reza que tirava o mau olhado (68.H).
Por vezes também se levava a atalhar (mas a minha mãe não acreditava) punham um prato com água deitavam umas gotas de azeite. Se juntasse não tinha nada
ou se espalhasse – tinham mau olhado e ele tirava-o[15] *(47.F)*
O cobrão, e o ar também se atalhava. (50.F)
<u>O ar</u> era assim: se uma pessoa tinha dores ou estava coxa de uma perna "isso é o ar - tens que ir ao bento". íamos ao bento e ele assoprava, fazia umas rezas e as pessoas achavam-se boas. (51.F)

[15] Para tirar o mau olhado: Deus te gerou, Deus te criou, Deus te livre de quem mal para ti olhou. Dois te o puseram e três te o vão tirar - Pai , Filho e Espírito Santo.

Por vezes as cólicas são muito frequentes e não cedem aos tratamentos – designa-se esta situação como o "ventre volto" e então o que se fazia era:

para o "ventre volto" – resultava "ir a atalhar" (69.H).

Tivemos oportunidade de observar como estas crenças estão presentes e também alguma ambivalência no comportamento das pessoas em relação aos dois tipos de medicinas. Observámos bastantes vezes a pele com vestígios de cinza na zona das lesões e a justificação "se não nunca mais passava".

DOMÍNIO CULTURAL 8
SITUAÇÕES EM QUE É ACONSELHADO "IR A ATALHAR"

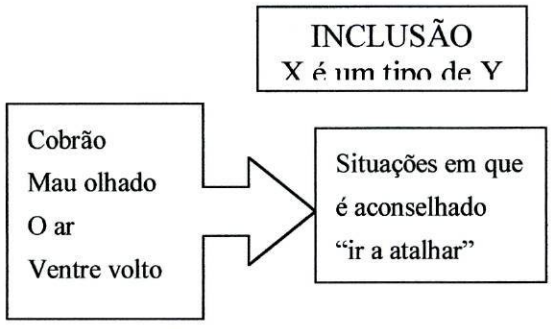


FIGURA 8 - SITUAÇÕES EM QUE É ACONSELHADO "IR A ATALHAR"

Este domínio cultural enquadra-se na relação semântica de INCLUSÃO e a figura 8 põe em evidência os tipos de situações, mencionados pelos informantes, em que são aconselhados a "ir a atalhar".

DOMÍNIO CULTURAL 9

REMÉDIOS CASEIROS UTILIZADOS COM FINS TERAPÊUTICOS

Foi uma constante ao longos das diversas visitas feitas especialmente à tarde ou à noite ser convidada para tomar um cházinho. Até mesmo quando combinava o melhor dia e hora para ir lá a casa "ande, venha que depois tomamos um cházinho e umas torradinhas ". O chá que vi tomar e que também tomei com maior frequência foi o de cidreira sublinhado com expressões como "fico bem com este chá", "cá em casa fazemos muito". "Às vezes também fazemos o chá das lojas, mas deste gostamos mais"

A afirmação pela preferência de produtos naturais foi frequentemente reafirmada "eu prefiro produtos naturais" e a sua **utilização como remédios caseiros** para evitar os remédios da farmácia.

O cheiro do **alho** é muito característico e chama a atenção. Em casa de uma das informantes era particularmente acentuado, o que nos levou a procurar conhecer melhor a situação. Soubemos então que a crença nas propriedades de prevenção de doenças que levam aos seu uso diário

> *Os dentes de alho picados tomo <u>todos os dias</u> (tira-se o espigão que é o que deita mais cheiro) põe-se num bocadinho de água morna dizem que faz muito bem (40.B).*
> *Eu vou pelas coisas naturais. (37.B)*
> *não quero mais químicos, só produtos naturais. (41.B)*

Pareceu-nos haver ainda hoje alguma convicção que as cólicas eram provocadas por "ataques das bichas" e relataram-nos os procedimentos a que tinham sido submetidos como a **utilização do alho**

> *quando as crianças (mesmo os bebés) tinham "bichas" e que a mãe lhe fazia .... afugentava as bichas - esfregava-lhe as frontes com alho , dava-lhe a cheirar dentes de alho e quando tinham "ataques das bichas" também punham um colar de dentes de alho ao deitar. (61.H)*

Esta aprendizagem da utilização dos chás é transmitida pelos pais ou pelos mais velhos

> *com a minha mãe que Deus tem é que aprendi (30.D)*
> *Eu vou pelas coisas naturais. não quero mais químicos, só produtos naturais....mais à base de remédios caseiros (11.H)*
> *... Depois que morreu o meu marido andava muito doente não sabia o que tinha. Eu não uso muito os remédios da farmácia vou a um naturista que me dá chás. Fui ao hospital à Covilhã medicaram-me mas prefiro estes tratamentos(14.H)*
> *Ainda um dia destes me disseram que para a tosse "pegas numa cebola média, trituras e deitas-lhe três colherinhas de colorau. Era um cheiro! Era mais o cheiro mas não custava a tomar...(38.B)*

Tivemos muitas oportunidades de conhecer diversos chás e os respectivos usos terapêuticos

> *Para o estômago toma-se 3 cabeças de macela com um bocadinho de água e agente sente-se bem (50.H).*
> *O chá da horta é muito bom para as dores de barriga. Tenho o lá sempre e dou às minhas vizinhas (42.D).*
> *se tinha umas cólicas ou uma inflamação da bexiga tomava o chá das barbas de milho da ponta das maçarocas e passava ou os pés de cerejas pretas para fazer chá (9.H).*
> *O hipericão faz bem ao figado (39.B).*
> *...Tomei o chá da folha de oliveira com marmeleiro e fez-me bem à cabeça baixou-me a "atensão" (73.E).*

... chá de cidreira para o estômago e a flor de laranjeira para os nervos. O chá de tília é muito bom como calmante (6.F).
Para tratar uma dor de barriga faço um chá de poejos e faz também bem às varizes e à má circulação (48.H).
Os chás desde o hipericão para o fígado, o da casca do limão se estiver rouca ou constipada.(39.C)
se tinha uma inflamação vaginal apanhava umas malvas cozia-as e lavava-me com aquela água e tomava o chá e passava (8.H).
Para as constipações era um chá que se fazia " toma um cházinho quente à noite põe uns paninhos quentes e algodão iodado nas costas (12.H).

Apesar de ainda serem muito usadas estes remédios caseiros algumas informantes explicam que faz diferença a atitude actual com a do passado em que havia poucos recursos económicos e era mais complicado ir ao hospital e não havia Centro de Saúde

...e as pessoas tomavam uns chás ou umas coisinhas assim para uma dor de barriga e só se fosse mais complicado é que se ia para o Hospital...(5.F)

Um uso que pertence já mais ao passado era relativo à maternidade e segundo contam o parto era em casa. A puérpera ficava em casa e não ia lavar roupa para não apanhar frio porque fazia mal e comia galinha

quando tinhamos filhos matavam uma galinha porque não podiam comer coisas pesadas (13.H).

A análise deste tema evidencia a relação semântica de FUNÇÃO implícita na utilização de remédios caseiros com fins terapêuticos. Passaremos agora a esquematizar este tema no quadro 2.

FUNÇÃO	X é utilizado para Y
Chá de cidreira	Estômago
3 cabeças de macela com água quente	
Chá da casca do limão	Constipações ou rouquidão Tosse
Cebola triturada com colorau	
Cházinho quente à noite	
Paninhos quentes	Constipações
Algodão iodado nas costas	
Chá de poejos Chá da horta	Dor de barriga
Chá de poejos	Varizes
Chá de poejos	Má circulação
Chá de hipericão	Fígado
Chá das barbas de milho	Cólicas, inflamação da bexiga ou rins
Chá de pés de cereja preta	
Chá de tília	"Nervos"
Chá de flor de laranjeira	
Chá de folha de oliveira	Hipertensão arterial
Chá de folha de oliveira com marmeleiro	
Água das malvas para lavar	Inflamação vaginal
Chá das malvas	
Cheirar alho	Parasitoses
Comer alho	Para andar bem
Comer galinha	Maternidade
SÃO REMÉDIOS CASEIROS	UTILIZADOS COM FINS TERAPÊUTICOS

QUADRO 2 - DOMÍNIO CULTURAL 9
REMÉDIOS CASEIROS UTILIZADOS COM FINS TERAPÊUTICOS

DOMÍNIO CULTURAL 10

TIPOS DE EXPRESSÕES CONOTADAS COM A CRENÇA
"A SAÚDE ESTÁ NAS MÃOS DE DEUS"

Este domínio surgiu pela necessidade de analisar expressões utilizadas pelas informantes no seu discurso, que nos pareceram traduzir uma atitude de crença religiosa muito marcada. Esta forma de expressão foi visível não só em relação a aspectos relacionados com a saúde, mas também de forma mais abrangente em todo os aspectos da sua vida.

O facto de contactar com pessoas de diferentes confissões religiosas, neste caso cristãos e judeus, foi uma oportunidade interessante para nos apercebermos da intensidade da fé e também da tolerância em relação a credos diferentes.

Os cristãos utilizam a palavra Deus enquanto que os judeus usam com mais frequência a expressão o Altíssimo Senhor. Numa conversa com um judeu menos ortodoxo ele disse "se calhar o nosso Deus é o mesmo que o dos cristãos".

No entanto foi a expressão de fé que foi um ponto comum com expressões diferentes "...mas **graças a Deus"** ou "...**graças ao altíssimo Senhor**".

Os judeus explicam o uso do jejum[16] que fazem antes de algumas situações

[16] O jejum é usado na preparação de várias festas religiosas e consiste em **não comer nem beber.** durante 24 horas. São obrigados, pelos pais, a cumprir o preceito desde a idade da razão (8 ou 9 anos). Na preparação da Páscoa, durante 8 dias fazem jejum, não se pode comer carne; não trabalham; não dormem com as mulheres.

Nos nossos costumes há o jejum que purifica o corpo e faz bem à alma... A nossa fé é tanta que nem nos lembra a comida (durante o jejum) (61.G).

Ouvimos com frequência expressões ligadas a manifestações de religiosidade. Recordamos uma situação em que uma das informantes ia a um velório numa capela católica por ter morrido o marido de uma vizinha deu a entender a fragilidade da vida e a fé

"A vida é uma carreira ... é um instante enquanto se passa. É tudo uma ilusão"

E conclui

" a fé *é que nos salva"*

A filosofia de vida e a fé parecem transparecer nesta expressão de uma senhora que tinha ficado viúva

...Para quê ter mais coisas? Para quê? Já chega.
Basta que Deus me dê saúde para viver esta vida, é o que eu mais preciso, e depois conseguir a salvação (77.F).

Uma das expressões que nos pareceram mais significativas em relação a este tema cultural foi

... Os antigos diziam e com razão
"o que anda à vontade de Deus é o tempo e a saúde" (78.H).

Dita com um certo ênfase, foi ouvida por nós com frequência a expressão, "mas é tudo por Deus" Esta expressão acompanha a falta de cuidado em seguir as orientações terapêuticas é por vezes expressa

Eu é raro fazer pela saúde ... mas é tudo por Deus (58.H).

Ou então encolhendo os ombros e dizendo

vamos andando como Deus " termina" (35.E).
Eu graças a Deus até hoje só tive uma doença. Tive a febre de Malta há 5 anos. (25.G)

A fé, como justificação do cumprimento de promessas relacionadas com a cura de doenças, e relacionada com o sucesso na aplicação de remédios tradicionais é assim expressa:

...não sei se era disso ou não mas talvez fosse a fé (72.H).

Pela análise feita concluímos que este domínio cultural se enquadra na relação semântica de INCLUSÃO. Passamos a resumir na figura 9 os aspectos fundamentais do seu conteúdo quanto aos diferentes tipos de expressões conotadas com a crença de que "a saúde está nas mãos de Deus".

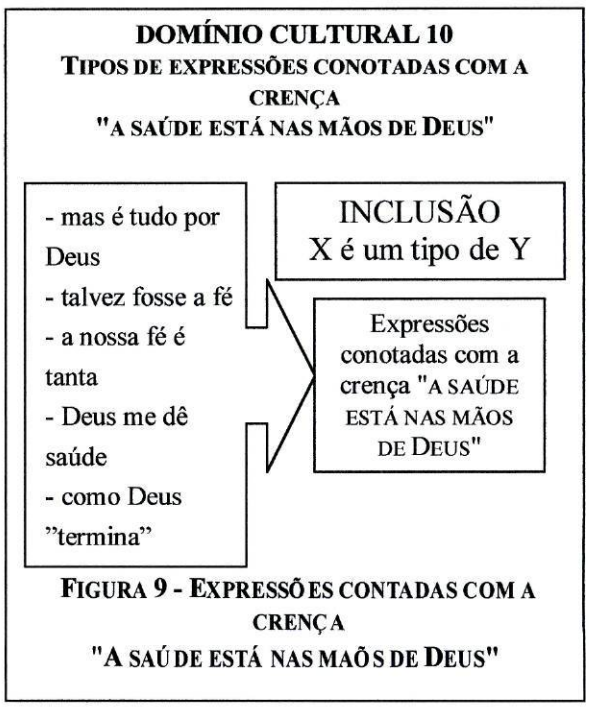


FIGURA 9 - EXPRESSÕES CONTADAS COM A CRENÇA "A SAÚDE ESTÁ NAS MÃOS DE DEUS"

DOMÍNIO CULTURAL 11

TIPOS DE INGREDIENTES/ALIMENTOS UTILIZADOS
DE ACORDO COM CRENÇAS/RELIGIÃO

Depois da preparação da preparação rigorosa da Páscoa entre os judeus, a sua celebração segue um ritual na intimidade das suas casas, e conforme a sua religião, em que utilizam o **pão ázimo** e as **"ervas amargas"** que assim descrito

> *Na noite da Páscoa comemos o pão ázimo e as ervas amargas para nos lembrarmos das amarguras que os egípcios nos fizeram passar. As ervas amargas que comemos na festa da Páscoa são a salsa, a acelga e a azeda. Tudo cru, são lavadas e só se dobra a ponta e come-se.(76.G)*

Encontramos ainda uma crença, entre os cristãos, nalgumas práticas em relação ao **pão**. Uma fatia de pão caiu no chão, apanhou-a e deu um beijo no pão antes de o voltar a por no prato. O significado que atribuiu foi

> *A religião em certos momentos tão difíceis ajudou-me... " eu sou uma pessoa religiosa, sou católica e o pão para mim tem um significado muito especial - assim como o pão se estiver de costas ,virado ao contrário também não posso ver tenho que ir por bem "(138.A).*

O marido confirmou esta forma de proceder em relação ao pão dizendo

> *" assim é que deve ser".*

O significado atribuído ao **pão** pode também ser constatado numa prática em uso no Dia da Espiga. Consiste em guardar num armário, um pão feito

nesse dia, embrulhado num guardanapo, até ao ano seguinte no mesmo dia. Segundo garantem esse pão não apanha bolor. Ao procurarmos a vários informantes a explicação atribuída a essa prática, uma disse com ar misterioso

> *"é porque o pão é um alimento especial" e isso só acontece com o pão que guardarmos neste dia. Primeiro como uma fatia antes de deitar fora e guardar outro para o ano seguinte. (35.B)*

Este Domínio cultural enquadra-se na relação semântica de INCLUSÃO em relação aos ingredientes/alimentos que são utilizados de acordo com a religião, no caso dos judeus e de acordo com as crenças no caso dos cristãos .

É esquematizado na figura 10.



Figura 10 - Ingredientes utilizados de acordo com as crenças/religião

DOMÍNIO CULTURAL 12

TIPOS DE ACTIVIDADES DOS ENFERMEIROS QUE FORAM VALORIZADAS PELOS UTENTES

Um aspecto que nos pareceu importante no contexto deste trabalho foi conhecer os significados atribuídos pelos informantes sobre o serviço de saúde local na sua qualidade de utilizadores dos serviços, nomeadamente em relação aos cuidados de enfermagem.

Entre as actividades de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, foram reconhecidas como importantes **a educação para a saúde**. Estão neste caso a educação para a saúde individual e em grupo, integrada nas actividades de Saúde Infantil, Saúde Escolar, Saúde Oral, tanto no Centro de saúde como nas escolas, em programas de promoção da Saúde

> *E aquelas palestras que fazem sobre a alimentação, também é uma coisa boa (79.B)!*
> *Foi quando o meu filho mais velho era pequenino (ele tem 18 anos) é que começaram a ir às escolas, parece-me a mim. Irem à escola a vacinar a ensinar a lavar os dentes é uma coisa boa. Só a pachorra que têm, então não é?(81.C)*

e os **Rastreios** em Saúde Escolar

> *E as coisas que descobrem. A minha filha mais nova foi na pré escola que a enfermeira A. descobriu que ela não via bem e disse-me "Olha, não é para alarmar mas a Andreia vê mal"(70.B).*

As actividades de **vigilância de saúde** nas diversas fases da vida desde a Saúde Infantil à Saúde do Adulto

Sobre as crianças também é bom. Se a gente tem uma dúvida vai lá e as enfermeiras tiram-na. Eu acho bom.(83.E)
Mesmo a nível de serem lá assistidos eu também acho bom porque há muita gente que não pode ir ao pediatra e elas pesam-nos e medem, vacinam, tiram dúvidas e isso tudo(75.D).
Elas fazem tudo o que pertence: pesam, medem, vacinam, dão esclarecimentos, tudo bem.(103.B)
Com as enfermeiras a gente aprende certas coisas, o que se deve comer. Depois na hora de fazer a dieta é que há uns desvios.(82.F)

A promoção do **auto cuidado** :

Uma vez quando fiz uma ferida e, como morava longe do Centro, ensinaram-me a curar e fiquei bem.(86.B)

E as intervenções de **apoio domiciliário** no caso de incapacidade:

E no caso de irem visitar as pessoas às casas é muito bom, no caso das pessoas não poderem lá ir ao centro.(90.C)

Este domínio cultural é de INCLUSÃO, já que os utilizadores explicitaram as actividades dos enfermeiros que achavam importantes para a promoção da sua saúde e que resumimos na figura 11.



FIGURA 11. ACTIVIDADES DOS ENFERMEIROS VALORIZADAS PELOS UTENTES

DOMÍNIO CULTURAL 13

RAZÕES PARA OS UTENTES VALORIZAREM AS ACÇÕES DE ENFERMAGEM

As razões que os utentes apresentaram ao justificar a importância que atribuíam às acções de enfermagem foram em relação ao apoio domiciliário

> *Por exemplo ali a minha tia Amélia agora tem ali os filhos mas eles nem sempre podem lá leva-la ao Centro e quando é preciso vêm tratá-la em casa, curam-na e fica a pessoa bem. É muito bom. Porque a gente quando é nova é tudo bonito, mas depois quando é velha e tem os filhos cada um para seu lado é que são elas. (91.C)*

Em relação à educação para a saúde

> *...E especialmente aqui no nosso meio, porque as pessoas pensam que comendo um prato de batatas é o suficiente e já ficam bem e não é assim. E as pessoas ficam esclarecidas(80.B)*

Em relação aos rastreios selectivos

> *Eu não tinha dado por nada em casa (da deficiência visual) e quando vocês foram à escola viram logo. E passou a usar óculos até hoje, mas ainda bem que descobriram cedo (81.B).*

O conhecimento mútuo e a confiança nos profissionais de saúde que já conhecem há mais tempo e em quem confiam é também expresso em comentários como este:

> *se for uma enfermeira com quem convivo e eu tenho confiança é diferente....(42.B)*

Eu até já conheço as enfermeiras há muito tempo e não tenho nada a dizer. Até aquelas duas enfermeiras novinhas que lá estavam com minha filha elas foram supersimpáticas mesmo quando lhe foi preciso tirar sangue para análise (105.A).

Este domínio cultural enquadra-se na RAZÃO/MOTIVO e apresenta as razões que os utentes apresentam quando justificam porquê acham importantes as acções de Enfermagem.

É sistematizado na figura 12.

DOMÍNIO CULTURAL 13
RAZÕES PARA OS UTENTES VALORIZAREM AS ACÇÕES DE ENFERMAGEM

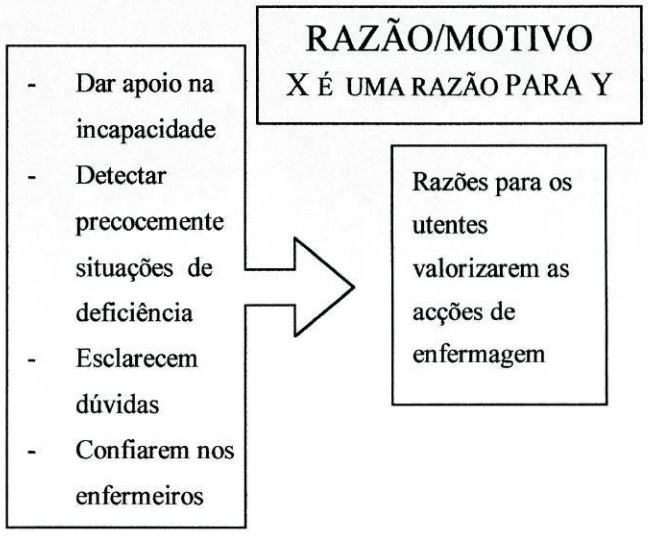


FIGURA 12 - RAZÕES PARA OS UTENTES VALORIZAREM AS ACÇÕES DE ENFERMAGEM

DOMÍNIO CULTURAL 14

TIPOS DE ATITUDES E EXPRESSÕES DOS ENFERMEIROS QUE FORAM INTERPRETADOS PELOS UTENTES COMO CUIDADOS DESPERSONALIZADOS

Foram algumas as razões que os utentes apontaram como motivo de insatisfação com o tipo de cuidados recebidos estão ligados a aspectos relacionais

> *Às vezes a gente vem pesar o bebé e recebem-nos sem paciência "outra vez a pesar?", não percebem que uma mãe pode estar ansiosa (87.D).*
> *O mais importante para mim é o moral, a simpatia. Podiam dizer o mesmo, mas com outro moral(101.B).*

Outros motivos de insatisfação têm a ver com o tempo de espera

> *A minha cunhada foi lá para medir a tensão e queixou-se que ficou muito tempo à espera e que a enfermeira lhe disse "é preciso ter calma" e andou por lá muito tempo até que por fim lá a atendeu (104.B).*
> *Aquilo que eu oiço as pessoas queixarem-se é que esperam muito tempo para serem atendidas (107.D).*

E ainda em relação a falta de compreensão em relação às necessidades expressas

> *No outro dia uma enfermeira disse-me "vocês andam sempre aqui a medir a tensão porque querem", ora se eu não precisasse não vinha cá (109.E).*

Este domínio cultural enquadra-se na relação semântica de INCLUSÃO e apresenta as razões que os utentes apresentam quando justificam porquê acham importantes as acções de Enfermagem e são sistematizados na figura 13.

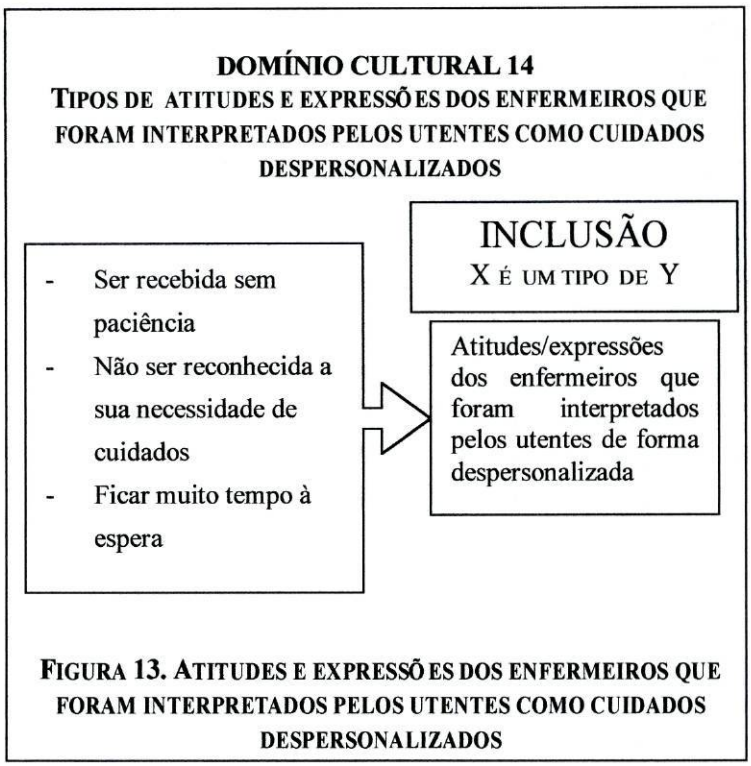


FIGURA 13. ATITUDES E EXPRESSÕES DOS ENFERMEIROS QUE FORAM INTERPRETADOS PELOS UTENTES COMO CUIDADOS DESPERSONALIZADOS

DOMÍNIO CULTURAL 15

FORMA DOS INFORMANTES EXPRESSAREM A SUA PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À SENSIBILIDADE CULTURAL DOS ENFERMEIROS

Ao longo do trabalho de campo procuramos apercebermo-nos da percepção dos informantes em relação à atitude dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, em relação às crenças e às práticas que usam na protecção da saúde.

Ao serem questionadas sobre a atitude dos profissionais de saúde sobre estas questões, por exemplo ao ver os vestígios de cinza nas lesões do Herpes Zoster, ou nas práticas para aliviar desconfortos, a resposta foi

> *nunca me disseram para não fazer (57.H)*
> *não pressenti que achasse mal (74.H)*
> *...eu até lhe perguntei se achava que fazia bem*
> *e ela respondeu "pelo menos mal não faz" (17.D).*

Esta atitude reflecte nitidamente uma ausência de imposição cultural. Não foi referido por nenhum dos informantes qualquer atitude dos profissionais de saúde que mostrasse falta de respeito pelas suas crenças, mas sim uma atitude de respeito que traduz sensibilidade cultural.

Este domínio cultural enquadra-se na relação semântica de INCLUSÃO. Na figura 14 podemos conferir quais as diferentes formas dos informantes expressarem a sua percepção em relação à sensibilidade cultural dos Enfermeiros.



Figura 14 - Expressões relativas à sensibilidade cultural dos enfermeiros

CAPÍTULO 8 - TEMAS CULTURAIS

Procuraremos agora vislumbrar uma visão mais global da cena cultural e tentar encontrar os temas culturais. No âmbito da investigação etnográfica Spradley (1980, p.141) define tema cultural como

> *qualquer princípio recorrente num determinado número de domínios, tácitos ou explícitos, e que serve como uma relação entre subsistemas de significado cultural.*

e seguiremos este autor nas estratégias a seguir para a sua identificação.

À imersão na cultura ao longo do trabalho de campo seguiu-se o inventário de todos os temas de acordo com a relação semântica encontrada.

Tivemos em conta que os temas podem não ser **explícitos**, mas podem ser também **tácitos**. Daí que preciso procurar para além do que está explícito, procurando ver a totalidade.

Para além disso uma outra pista são as contradições culturais encontradas.

Uma contradição cultural identificada foi "a gente devia fazer mas não faz" associada à expressão "o cuidado exagerado não dá saúde" aponta para um conhecimento com uma certa segurança de como deve proceder para ter saúde, já que "tudo tem a sua norma- nem de mais nem de menos". A ressalva implícita na expressão "não exagerar" torna relevante a justificação: "a gente sabe o que faz bem e o que faz mal".

Esta justificação atravessa vários domínios culturais como justificação de práticas que têm por função a protecção da saúde.

Ao longo dos contactos foi evidente a convicção manifestada pelos propriedades terapêuticas dos produtos naturais. A segurança manifestada nestas atitudes traduziu-se com frequência na expressão a gente sabe o que faz bem e o que faz mal.

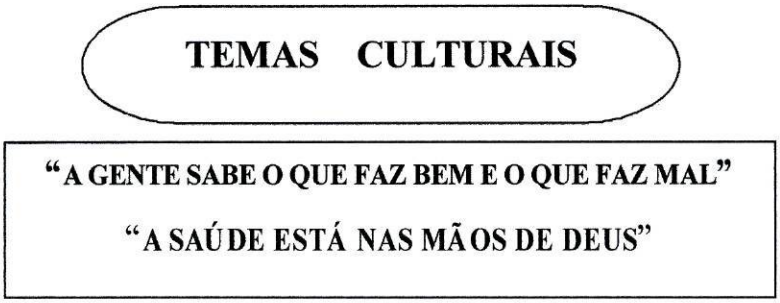
Parece-nos portanto ser esta uma ideia organizadora da maioria dos domínios que pretendem identificar as crenças que estão na base das atitudes relacionadas com a protecção da saúde.

Na medida em que pode haver mais do que um tema, mesmo que não abranja todos os domínios, fazemos notar que se tornou explícita uma ligação entre a saúde das pessoas e o sobrenatural. Da análise dos dados emergiu o ênfase dado pelos informantes à importância da espiritualidade e da integração da dimensão espiritual na saúde. Consideramos paradigmática desta ligação a expressão:

"a saúde está nas mãos de Deus".

A expressão "a gente tenta-se", foi utilizada em situações de transgressão, que podem trazer prejuízos para a saúde, complementa este mesmo aspecto.

Pelo exposto, os temas culturais identificados foram



Consideramos que o primeiro é mais abrangente e que nos ajuda a tentar perceber a cultura subjacente aos aspectos da promoção da saúde.

CAPÍTULO 9 - PARA UM CUIDADO CULTURAL CONGRUENTE COM A CULTURA FAMILIAR

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Iniciámos o nosso estudo partindo da perspectiva de família como contexto familiar onde se aprendem os traços culturais relacionados com a saúde e decorrem os fenómenos que influenciam positiva ou negativamente a saúde da família. A reflexão sobre as situações observadas e vividas com as famílias e o impacto sobre a saúde dos seus membros deu-nos uma visão mais geral que nos leva a valorizar a saúde da família enquanto *unidade* para a prestação de Cuidados de Enfermagem.

Para fundamentar uma prática de enfermagem culturalmente adaptada o primeiro passo é conhecer a cultura. A cultura expressa-se nas crenças, convicções, conhecimentos e regras que são aprendidas e partilhadas. Por outro lado as crenças têm um papel fundamental para a estrutura conceptual que fundamenta o comportamento (Pender, 1996). A investigação em etnoenfermagem recorre à investigação em campo, em contexto natural, pretendendo aprender com os informantes o significado cultural do seu ponto de vista (emic).

As crenças e valores dos informantes sobre a saúde foram expressas pelas suas acções, decisões e linguagem. Os termos incluídos nos domínios culturais reflectem crenças e comportamentos em relação à saúde.

O *conceito de saúde* que encontrámos nos nossos informantes foi principalmente o de saúde no sentido de *bem-estar*. Esse bem-estar foi

descrito de forma abrangente incluindo os aspectos de saúde física, mental, social e emocional. Nos aspectos que consideraram fundamentais para ter saúde revelam uma concepção de saúde em que incluem recomendações de "ter cuidado consigo" nos aspectos físico, mental e social. Pelo contrário, a falta de saúde foi associada à incapacidade para trabalhar.

As situações em relação às quais encontrámos atribuição para as causas das alterações de bem-estar, têm relação com falhas nos aspectos que apontaram como fundamentais para ter saúde. Mas foi particularmente expressiva a atribuição às dificuldades vividas de um papel importante na produção de desequilíbrios na situação de saúde. O relato das dificuldades vividas no passado foi muito expressivo, revelou vivências no passado de grandes privações e aponta para a relação que existe entre o baixo nível sócio económico e a falta de saúde.

Na aplicação do enquadramento do estilo de vida das famílias em relação à saúde proposto por Pender (1996), encontrámos que nas regras a seguir para ter saúde, atribuem à alimentação um papel muito importante na promoção/protecção da saúde e revelam uma forma actualizada de abordar este aspecto. A crença em que os produtos de tipo biológico são melhores para uma alimentação saudável, e a preferência dada a "tudo o que a casa dá", de produção própria, está perfeitamente adequada neste contexto. Além da composição qualitativa e quantitativa, também a forma de

cozinhar os alimentos foi posta em evidência demonstrando conhecimentos sobre o seu impacto sobre a saúde.

Encontrámos nestas famílias aspectos importantes do controle do stress tais como a valorização dos períodos de sono e repouso e ainda as referências à necessidade de aprender a viver e a conviver. Também a entre-ajuda que encontrámos entre os membros da família, amigos e vizinhos põe em evidência o apoio e os recursos necessários para viver com saúde.

Todos estes aspectos estão de acordo com o enquadramento proposto para a promoção/protecção da saúde da família proposto por Pender (1996).

Salientamos ainda que a ausência de valorização da actividade física é também um reflexo da cultura.

No aspecto da responsabilidade pela saúde encontrámos valorização da vigilância de saúde no âmbito da Saúde Infantil (vacinação, aleitamento materno, desenvolvimento psicomotor) e na Saúde da Mulher em vigilância de Saúde Materna e em Planeamento Familiar. Salientamos que a valorização da vacinação como protecção da saúde foi reconhecida pelos informantes como mais importante para as crianças que para os adultos. Encontrámos uma atitude de auto responsabilização pela saúde com gradientes de intensidade expressos em "tudo tem a sua norma – nem de mais, nem de menos", e a recomendação de não exagerar, já que "o cuidado exagerado não dá saúde". Apontam portanto para uma concepção

de *auto-cuidado* muito particular e interessante na medida em que concilia a responsabilidade pela sua própria saúde, com uma margem de tolerância em relação aos excessos.

No impacto de factores prejudiciais à saúde as apreciações dos nossos informantes revelaram preocupação pelo seu efeito negativo na família como um todo. Encontrámos nas atitudes em relação ao uso de substâncias nocivas um gradiente de variação acentuado, desde a rejeição absoluta em relação à toxicodependência, à impotência do fumador passivo, até à reprovação sem grande ênfase do consumo excessivo de álcool. A atitude benevolente em relação à avaliação dos excessos é coerente com a atitude em relação à saúde em geral.

Além dos aspectos de promoção de saúde encontrámos também práticas tradicionais de protecção da saúde. Em relação às práticas para protecção da saúde é relatada por Loux (1990) uma prática de medicina tradicional que consiste em cheirar alho ou aplicar um colar de dentes de alho, confirmando as suas propriedades vermífugas. A sabedoria popular está portanto presente nesta prática que nós também encontrámos. Também as propriedades farmacológicas das plantas são conhecidas à custa de um saber acumulado. Daí o dizer "a gente sabe o que faz bem e o que faz mal" está perfeitamente adequado quanto à sua utilização.

A utilização de rezas e rituais simbólicos nas práticas de "ir a atalhar" é compreensível num enquadramento mágico-simbólico de práticas populares. As protecções contra o "mau olhado" e as "correntes de ar" traduzem a crença na relação entre o corpo e as forças da natureza.

A crença implícita em várias expressões com o significado de que "a saúde está nas mãos de Deus" indica uma forte crença do sobrenatural no controle da saúde. Num estudo feito por Higgins (1999) em mulheres de origem Hispânica, foi também encontrada grande importância na dimensão espiritual em relação à saúde. A religiosidade é um conteúdo cultural muito importante e a sua diversidade um desafio a uma atitude de tolerância e respeito perante crenças diferentes e que podem ter impacto sobre a saúde.

A atribuição de significado simbólico ao pão tem também um conteúdo cultural importante.

Na procura de significados culturais Giger e Davidhizar (1991) indicam, entre outros fenómenos culturais, o tempo. Este factor considera o tempo partilhado ao longo do passado, presente e futuro. A orientação dos nossos informantes manifestou-se predominantemente sobre o passado.

Em relação à utilização do espaço nas casas, nas ruas e nas esquinas salienta-se a importância da vizinhança.

A comunicação é patente nos lugares onde estas famílias vivem e convivem um clima de boa vizinhança, de relações de solidariedade e também de alguma pressão social expressa em aconselhamento repetido e insistente.

Pareceu-nos que ao fim de 28 anos de existência deste serviço de saúde houve alguma aculturação desta comunidade, em relação à saúde. Os informantes atribuíram importância aos Cuidados de Enfermagem no âmbito da promoção da saúde, nomeadamente a educação para a saúde, as actividades de vigilância de saúde em Saúde Infantil, Saúde Escolar, Saúde Oral, Saúde Materna, Planeamento Familiar. Nessas áreas encontrámos congruência entre as intervenções dos enfermeiros e a cultura familiar. Encontrámos também valorização por parte dos utentes de actividades dos enfermeiros na promoção do auto cuidado e no apoio domiciliário.

As atitudes e expressões dos enfermeiros que foram interpretadas de forma negativa pelos utentes parecem ser sintomas de dificuldades de comunicação entre os enfermeiros e os utentes e também de deficiente avaliação das necessidades dos utentes. Será importante para os enfermeiros reflectirem sobre a importância atribuída pelos utentes à atitude "o moral e a simpatia", por forma a evitar situações de incompreensão e de conflito.

Quanto à percepção dos informantes em relação à sensibilidade cultural dos enfermeiros, no enquadramento proposto por Stanhope (1999), parece não

terem sentido choque ou imposição cultural, apesar da diversidade cultural dos utentes. Mas por si só esta atitude, se bem que conotada com sensibilidade cultural (Rajan, 1995), está longe da competência cultural e da congruência desejada quando os valores da cultura orientam a prática dos cuidados. Há portanto um caminho a percorrer para evoluir da sensibilidade cultural para a competência cultural. Essa evolução poderá ser facilitada pela formação no âmbito do Cuidado Cultural.

Em relação a cuidar famílias Friedman, citada por Giger e Davidhizar (1991), faz notar que o processo de cuidar é o mesmo que a um indivíduo, só que a única diferença significativa é que recebem cuidados em simultâneo e há que ter em conta todo um sistema de interacções.

No cuidado cultural a famílias neste contexto de trabalho há que ter em conta que é desejável uma atitude de equilíbrio e harmonia e que pode haver riscos em tudo o que é extremo.

No cuidado cultural a famílias no âmbito da promoção/protecção da saúde a enfermeira deverá ter em conta que certas práticas tradicionais são benéficas, outras são neutras e outras são perigosas. Leininger (1995) recomenda:

- ♦ - A conservação da cultura para as práticas benéficas
- ♦ - A acomodação cultural no caso das práticas neutras
- ♦ - A repadronização cultural no caso das práticas perigosas

Como práticas tradicionais benéficas encontrámos a utilização de remédios caseiros, o tratamento das cólicas da criança. Talvez o cortar das unhas pela madrinha possa ser interpretado como uma estratégia de proporcionar contactos mais frequentes entre as famílias, tornando-o benéfico. Se assim não for poderá ser neutro.

Entre as práticas tradicionais neutras o soprar quando há soluços, o alívio da dor de cabeça com o copo de água, o cheirar alho para as parasitoses- podem ser integradas na prática dos cuidados.

As práticas de "ir a atalhar" em si próprias podem não ser perigosas, mas é necessário prudência na sua utilização na medida em que podem não estar devidamente esclarecidas as situações clínicas subjacentes e portanto não ser conhecido o grau de risco da situação. Quando são utilizadas em simultâneo com a medicina científica passam a ser neutras.

O cuidado cultural na promoção da saúde da família será então baseado no conhecimento em profundidade das crenças sobre a saúde. Ao cuidar das famílias de uma forma holística é necessário sensibilidade para ter em conta aquilo em que as pessoas acreditam, e que está na base do seu comportamento em relação à saúde. O auto-cuidado deverá ser encorajado e, quando necessário, orientado por uma atitude de supervisão para detectar situações de benevolência em relação a eventuais excessos, que possam por em risco a saúde da família.

Na promoção da saúde da família uma actividade prioritária é a educação para a saúde (WHO, 1999) com o objectivo de minimizar os riscos e promover as capacidades/competências das famílias para lidar com os problemas de saúde aos três níveis de prevenção. Como verificámos ao longo deste trabalho, estas actividades são bem recebidas e valorizadas pelos utentes. Assim, numa perspectiva de Cuidados culturalmente congruentes, ao planear intervenções no âmbito da educação para a saúde, teremos muito mais probabilidades de traçar objectivos realísticos, exequíveis e fundamentados no conhecimento do contexto, das crenças e valores das famílias a quem se destina.

Esta será uma intervenção ajustada ao mundo multicultural e em rápida transformação, em que vivemos. Evitaremos assim a situação descrita por Loux (1990, p.75) a propósito da educação para a saúde, em que refere o comentário de Collière sobre acções desajustadas em relação aos contextos

> *Se a saúde se torna um fim em si, uma entidade a defender ou uma norma a impor, a prática de enfermagem inspira-se numa abordagem normativa e revela controle sanitário (...) Quanto às campanhas de educação sanitária, elas são conversas vãs se não partirem de constatação de problemas existentes no seio do grupo social, se se fizerem discursos dirigidos às pessoas sem partir delas, do que elas pensam, do que elas conhecem, e por maioria de razão, sem ter descoberto os seus hábitos de vida, os seus conhecimentos, as suas competências, os seus recursos sócio-económicos.*

Torna-se portanto necessária a reflexão sobre as nossas práticas de Cuidados e a formação em Cuidado Cultural de forma a evoluir para a

aquisição de competência na dimensão cultural dos Cuidados de Enfermagem.

Ao adquirir competência cultural isso irá reflectir-se nas nossas práticas de cuidados. Iremos substituir uma atitude etnocentrica e paternalista em que nós profissionais "achamos que sabemos o que é melhor para as pessoas", por outras baseadas no conhecimento concreto das crenças e valores existentes nas pessoas daquela comunidade. Essa atitude poderá incentivar uma verdadeira participação comunitária que até agora tem sido extremamente difícil de conseguir.

As nossas práticas de cuidados de Enfermagem poderão então vir a ser desejável e significativamente diferentes, mais ajustadas e com maior potencial de êxito em termos de resultados e maior satisfação dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDULLAH, Suraya Noraidah – Towards an individualized client's care: implication for education. The transcultural approach – *Journal of Advanced Nursing.* Vol 22 nº 4 (Outubro 1995), p. 715-720.

- ALBRECHT, Gary L. ; FITZPATRICK, Ray; SCRIMSHAW, Susan ed. lit. –*Handbook of Social Studies in health and medicine.*London: SAGE, 2000.

- AUGÉ, Marc – *Os domínios do parentesco: filiação, aliança matrimonial, residência.* Lisboa: Edições 70 , s.d.

- BANNIARD, Michel – *Génese Cultural da Europa.* Lisboa: Terramar, 1995.

- BENNER, Patricia; WRUBEL, Judith – *The Primacy of Caring: stress and coping in health and illness.* Menlo Park: Addison- Wesley Publishing Company, 1989.

- BERNARDI, Bernardo – *Introdução aos estudos etno-antropológicos.* Lisboa: edições 70, 1996.

- BOGDAN, Robert ; BIKLEN, Sari – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto: Porto Editora, 1994.

- BOYKI, Anne ; SCHOENHOFER, Savina - *Nursin as caring : a model for transforming practice.* New York: National Leage For Nursing Press, 1993.

- BRUNER, Jerome – *Actos de significado.* Lisboa: Edições 70, 1990.

- BURGESS, Robert *A pesquisa no terreno : uma introdução.* Oeiras : Celta Editora, 1997.

- BURGUIÈRE, André [et al]- *História da Família.* Lisboa: Terramar, 1986.

- CAILLOIS, Roger – *O mito e o homem.* Lisboa: edições 70, 1972.

- CANT, Sarah; SHARMA, Ursula - Alternative health practicess and systems. In *Handbook of Social Studies in health and medicine.*London: SAGE, 2000. Cap.3.4.

- CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.* Porto: Ed. Afrontamento, 1993.

- CASEY, James – *História da família.* Lisboa: Teorema, 1989.

- COLLIÉRE, Marie Francoise – *Promover a vida.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

- COPANS, J. – *Antropologia : ciência das sociedades primitivas*? Lisboa: Edições 70, 1990.

- CUSHNER, Kennelh ; BRISLIN, Richard – *Intercultural interactions: a pratical guide.* London: SAGE, 1996. (Cross-cultural reseach and methodology series, Vol. 9).

- DAY, Robert A. *How to write & publish a scientific paper.*5ª ed. Phoenix: The Oryx Press, 1998.

- DENZIN, Norman, Naturalistic Inquiry. In: *The research act.* New Jersey: Prentice Hall, Inc, Engleword Cliffs, 1989. p. 69-101.

- DENZIN, Norman; LINCOLN; Yvonna ed. lit.- *Handbook of qualitative reserch.* London: SAGE, 1994.

- DUARTE, Alice – *Antropologia das sociedades europeias.* Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto (texto de apoio nº 1 disciplina de Sociologia), 1996.

- DURKHEIM, Emile – *As regras do método sociológico.* 4ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1991.

- ELIAS. Norbert – *Introdução à sociologia.* Lisboa: Edições 70, 1999.

- Ethnography and phenomenology. in *Nursing Resercher*, Dezembro 1995, Vol 3, nº 2.

- FEETHAM, Suzanne [et al.]- *The Nursing Families: of:theory / reserch/ education/practice.* London: SAGE Publications, 1993.

- FLANDRIN, Jean - Louis - *Famílias: parentesco, casa e sexualidade na sociedade antiga.* 2ª ed. Lisboa: Editorial Estampa, 1991

- GAUT, Dolores ; LEININGER, Madeleine ed. lit. –*Caring: The compassionate Healer. New York:* National League For Nursing Press, 1991.

- GIGER, Joyce Newman ; DAVIDHIZAR, Ruth Elaine – *Soins infirmiers interculturels.* Paris: Ed. Lamarre, 1991.

- GILLISS, Caterine [et al.] – *Toward a science of Family Nursing.* Menlo Park: Addison-Wesley, 1989.

- GLARDON, Catherine – *Du faire à l'être en passant par le dire.* Lausanne: Loisirs et Pédagogie, 1996.

- GONÇALVES, Custódio – *Questões de antropologia social e cultural. 2ªed.* Porto: Edições Afrontamento, 1992.

- GUALDA, Dulce Maria Rosa – *Eu conheço minha natureza : Um estudo etnográfico da vivência do parto.* São Paulo: [s.n.], 1993.Tese de Doutoramento apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- GUIMARÃES, Alba Zaluar – *Desvendando máscaras sociais.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1980.

- HAMMERSLEY, Martin , ATKINSON, Paul – *Etnografia: Métodos de investigation.* Barcelona: Paidos, 1994.

- HEBERT, Michelle Lessard ; GOYETTE, Gabriel ; BOUTIN, Gerard – *Investigação qualitativa : fundamentos e práticas.* Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

- HIGGINS,P. - Health practices of adult Hispanic women. *Journal of Advanced Nursing.* Vol 29 nº 5 (Maio 1999), p. 1105-1112.

- HOLLOWAY, Immy; WHEELER, Stephanie – *Qualitative research for nurses.* Oxford: Blackwecll Scicnce, 1996.

- HERTZBERG, Arthur – *Judaísmo.* Lisboa: Editorial Verbo, 1981.

- INGOLSBY, Bron; SMITH, Suzanna – *Families in multicultural perspective.* New York: The Guilford Press, 1995.

- JOAQUIM, Teresa – *Dar à Luz: Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós parto em Portugal.* Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1983.

- JORGE, Vitor Oliveira; ITURRA, Raúl – *Recuperar o espanto: o olhar da antropologia.* Porto: Edições Afrontamento, 1997.

- KROEBER, A. L. – *A natureza da cultura.* Lisboa: Edições 70 Lda., 1993.

- LEAHEY, Maureen; WRIGHT, Lorraine – *Familles et maladies psychosociales.* New York: MEDSI/McGraw- Hill, 1991.

- LEININGER, Madeleine ed. lit.– *Qualitative research methods in nursing.* London: Grune & Stratton, Inc., 1985.

- LEININGER, Madeleine , ed. lit. – *Caring: na essential human need.* Detroit: Wayne State University Press, 1988.

- LEININGER, Madeleine- *Transcultural Nursing: concepts,theories, research & practices. 2ª ed.* New York: McGraw-Hill, Inc. College Custom Series, 1995.

- LEININGER, Madeleine – Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. *Image Journal of Nursing Scholarship.* Vol 29 nº 4 (Fourth Quarter 1997), p.341-347.

- LINCOLN, Yvonna S. - Conexiones simpaticas entre los metodos cualitativos y la investigacion en salud. *Qualitative Health Research.* London. Vol 2, nº 4 (1992), p. 375 - 391. (tradução para espanhol de Carmen de la Cuesta Benjumea).

- LINTON, Ralph – *Le fondement culturel de la personalité.* Paris: Bordas, 1986.

- LOMBART, Jacques –*Introduction à l'ethnologie.* Paris: Armand Colin, 1994.

- LOUX, Françoise – *Traditions et soins d'aujourd'hui.* 2ª ed.. Paris: InterEditions, 1990.

- MARKS, David F. [et al.] – *Health psycology: theory, reseach and practice.* London: SAGE, 2000.

- MARQUES, Manuel – O foral de D. Sancho I . *O Belmontino .(nº4, Dezembro de 1999), p.4.*

- MAUSS, Marcel – *Ensaio sobre a dádiva.* Lisboa: Edições 70, 1996.

- MILLER, Jean ; JANOSIK, El. – *Family- focused care.* NewYork:McGrawHill, 1980.

- MILLION-LAJOINE, Marie-Madeleine – *Sciences humanes et soins infirmiers:interation soignant/soigné.* Paris: Ed. Lamarre, 1994.

- MORSE, Janice ed. lit. – *Critical issues in Qualitative research methods.* London: SAGE, 1994.

- MORSE, Janice; FIELD, Peggy – *Nursing research: the application of qualitative. 2ª ed.* London: Chapman & Hall, 1996.

- MUNHALL, Patricia ; BOYD, Carolyn – *Nursing research: A qualitative perspective.*2ª ed. New York: National Leage For Nursing Press, 1993.

- NEGRÃO, Adelaide Pita [et al.] – *Intervenção cuidativa à família..* Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 1993.

- NUGENT, Stephen; SHORE, Cris – *Antropology and cultural studies.* London: Pluto Press, 1997.

- NUNES, Berta – *O saber médico do povo.* Lisboa: Fim de Século Edições Lda., 1997.

- PARREIRA, Maria Vitória Barros de Castro – *Práticas cuidativas em Saúde Materna: significados para as enfermeiras e utentes.* Lisboa : [s.n.],1995. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre.

- PENDER, J. Nola –*Health Promotion in Nursing practice.* 3ª ed. Stamford CT : Appleton & Lange, 1996.

- PORTUGAL, Ministério da Saúde – *Saúde: um compromisso. A estratégia da saúde para o virar do século 1998- 2002,* Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Sub-Região de Saúde de Castelo Branco – *Sistema Local de Saúde da Cova da Beira.* Castelo Branco: SRSCB, 1998.

- QUIVY, Raimond e VAN CAMPENHOUDT, Luc - *Manual de Investigação em Ciências Sociais* .2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

- RAJAN, Marie-France Juneau – Transcultural nursing: a perspective derived from Jean-Paul Sartre. *Journal of Advanced Nursing.* Vol 22 nº 3 (Setembro 1995), p. 450-455.

- REBELO, Teresa -Do fazer ao dizer enfermagem, que obstáculos? *Enfermagem*. nº10 (Abril/Junho 1998), p. 14-19.

- RIBEIRO, Lisete Fradique – *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e desenvolvimento sócio-moral.* Lisboa: Educa, 1995.

- ROACH, Simone – *The human act of caring* . Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1992.

- ROHRBACH, Cecilia – *Comment la culture donne de multiples significations à "prendre soin"* in : VI Coloque du PRAQSI, Lisboa, 1997, p. 63-73.

- ROHRBACH-VIADAS, Cecilia, - Cuidar es antiguo como el mundo y tan cultural como la diversidad de la humanidad. *Cultura de los Cuidados – revista de Enfermeria y Humanidades* (1999) (http://www.enfe.ua.es).

- SELLERS, Sandra Courtney [et al.].- The Health Care meanings, values and practices of Anglo – Americans Males in the rural Midwest. *Journal of Transcultural Nursing.* London. SAGE Vol 10 nº4 (Outubro 1999), p.320- 330.

- SILVA, Augusto Santos ; PINTO, José Madureira –*Metodologia das Ciências Sociais.* 6ªed.Porto: Afrontamento, 1986.

- SORENSEN E LUCKMANN; *Enfermagem fundamental.* Lisboa: Lusodidacta, 3ª edição em inglês, 1ªedição em Português, 1998.

- SPRADLEY, Barbara Walton; ALLENDER, Judit Ann ed. lit.– *Readings in community heath nursing.*5ª ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

- SPRADLEY, James -*The Ethnografic interview.* New York: Holt Rinehart and Winston, 1979.

- SPRADLEY, James - *Participant Observation.* New York: Holt Rinehart and Winston, 1980.

- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.* 4º edição em Inglês, 1º edição em Português, Lisboa: Lusodidata, 1999.

- SHORTER, Edward – *A Formação da família moderna.* Lisboa: Terramar, 1995.

- SUOMINEN,T.; KOVASIN,M.;KETOLA, O. –Nursing culture – some viewpoints. *Journal of Advanced Nursing.*Vol 25 nº1(Janeiro 1997), p.186-190.

- VASCONCELOS, Maria Teresa Sena de – Onde pensas tu que vais? Senta-te!- Etnografia como experiência transformadora. in :*Educação, Sociedade e Cultura.* Porto, nº 6 (1996), p.23-36.

- WATSON, Jean – *Nursing: Human science and human care.* New York: National Leage for Nursing, 1988.

- WEBER, Max – *Conceitos sociológicos fundamentais*. Lisboa: Edições 70, 1997.

- WHALL, Ann ; FAWCETT, Jacqueline –*Family theory development in nursing: state of the science and art.* Philadelphia: F.A. Davis Company, 1991.

- WHO – *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO, 1986.

- WHO – *Health for all in the twenty-first century*. Geneva: WHO, 1999.

- WHO - *Fifth Global Conference on Health Promotion.* México City: WHO, June 2000. (http://www.who.int)