

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em

**Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária**

**AUTO-GESTÃO DA SAÚDE NUMA COMUNIDADE RURAL  
DO CONCELHO DE TORRES VEDRAS:  
UM OLHAR DA ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Liliana Pereira Ferreira**

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

**Évora**

**Novembro de 2006**

# UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em

**Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária**

### **AUTO-GESTÃO DA SAÚDE NUMA COMUNIDADE RURAL DO CONCELHO DE TORRES VEDRAS: UM OLHAR DA ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Liliana Pereira Ferreira**

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva



[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

162 990

Évora

Novembro de 2006

# **Auto-gestão da saúde numa comunidade rural do concelho de Torres Vedras: um olhar da Enfermagem**

## **RESUMO**

A auto-gestão da saúde é uma aprendizagem que se faz ao longo do tempo e que envolve a adaptação e organização do quotidiano em todas as esferas da vida social. Na saúde e na doença, particularmente face à existência de doenças, os indivíduos devem assumir-se como actores co-responsáveis pelos cuidados. Na verdade, a experiência de doença evoca a toda uma cultura colectiva e que faz parte de cada um, com crenças e normas que conduzem a comportamentos e atitudes. Os indivíduos, famílias e comunidade, bem como os enfermeiros partem de uma cultura com diferentes representações sociais de saúde e doença para uma lógica de procura e gestão dos cuidados de saúde. Considerando a doença como uma estratégia em que os indivíduos podem negociar os sistemas de assistência, perspectivamos que as estratégias de manutenção da saúde estão ao alcance de todos.

Tendo em conta a diversidade de sistemas de assistência, na presente investigação pretendemos estudar essencialmente três aspectos na gestão dos cuidados de saúde numa comunidade rural. O primeiro prende-se com o recurso simultâneo e/ou alternativo às medicinas paralelas, o segundo visa englobar as estratégias de autogestão da saúde na procura de cuidados e por último, colocar o enfoque da Enfermagem na prestação de cuidados. O campo de análise incidiu na comunidade da freguesia de “Clamores” – Torres Vedras, tomando como pano de fundo as orientações dos indivíduos dessa comunidade rural e enfermeiros que prestam cuidados nessa mesma comunidade. Foram utilizadas 11 entrevistas semi-estruturadas no grupo dos que são cuidados e dos que cuidam, de forma a obter uma visão global dos comportamentos e atitudes face à doença. Os resultados do estudo permitiu-nos colocar em evidência diferentes modos de pensar e formas de gestão da saúde e da doença, sendo esta a ponta de um mega *iceberg* sócio-cultural, moldada por uma certa homogeneidade funcional das representações sociais, entre os utentes e os enfermeiros.

**Palavras-chave:** saúde, doença, representações sociais, autogestão, cultura, família, comunidade rural, medicinas paralelas e enfermagem.

# **Self-management of health in a rural community in Torres Vedras: a Nursing look...**

## **ABSTRACT**

The self-management of health is a learning that's made through time and that involves the adaptation and organization of each day in all aspects of social life. In health and illness, particularly in existence of illness, one should assume itself as co-responsible for their care. Truly the experience of illness evokes a whole collective culture that's a part of each other, with beliefs and norms that lead to behaviours and attitudes. The individuals, family and community, as well as nurses come from a culture with different social representations of health and illness for a logic of each and management of healthcare. Considering illness as a strategy in which individuals can negotiate assistance systems, we perspective that the strategies of health keeping are at all people's range.

Having in account the diversity of assistance systems, in this research we intend to study essentially three aspects of healthcare management in a rural community. The first is about the simultaneous and or alternative resource to parallel medicine, the second aims to englobe strategies of self-management of health in search of care and at last, to put the importance of nursing in care giving. The field of analysis happens in the local community of "Clamores" – Torres Vedras, putting as background the orientations of the individuals of that rural community and nurses that do care services in that same community. There were used eleven interviews half-structuralized in the group of those who are taken care and those who take care, in order to obtain a global vision of behaviours and attitudes towards illness. The results of the study made us put in evidence different ways of think and manage health and illness, being this the tip of a mega sociocultural *iceberg*, molded by a certain functional homogeneity of a social representation between usuaries and nurses.

**Keywords:** health, illness, social representations, self-management, culture, family, rural community, parallel medicines, nursing.



## AGRADECIMENTOS

Um sincero OBRIGADO...

... a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho:

E primeiro lugar gostaria de agradecer ao prof. Doutor Carlos Alberto da Silva pela disponibilidade e interesse na orientação científica do trabalho, bem como pelo incentivo e confiança nos meus interesses e realizações pessoais.

Um reconhecido agradecimento pela disponibilidade e simpatia de todas as pessoas que colaboraram na realização das entrevistas.

A todos os meus colegas do Centro de Saúde de Torres Vedras, com especial destaque à Equipa de Enfermagem de São Domingos de Carmões, um profundo agradecimento.

Não poderia deixar de agradecer aos que me estão próximos: aos meus pais e irmãs pelo estímulo e compreensão das ausências e falhas de quem se divide por entusiasmo e vontade de saber.

## Índice Geral

Resumo .....	2
Abstract .....	3
Agradecimentos .....	4
Índice geral .....	5
Índice de esquemas e quadros .....	8
Abreviaturas e Siglas .....	11
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1. Razões da escolha do tema e fundamentos da problemática .....	15
2. Breves considerações sobre a estratégia da pesquisa realizada...	17
3. Organização da estrutura do relatório.....	19
<b>1.- ENQUADRAMENTO DAS PERSPECTIVAS ANALÍTICAS.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1. Experiências de Saúde e Doença .....</b>	<b>23</b>
1.1.1. Notas breves sobre o binómio Saúde e Doença .....	25
1.1.1.1. Representações sociais da Saúde e Doença .....	34
1.1.2. Sistemas de assistência e a realidade portuguesa .....	49
1.1.2.1. Entre a medicina convencional e o lugar da medicina paralela ..	54
1.1.3. A Família como cuidadora informal.....	63
1.1.3.1 Horizontes da auto-gestão da Saúde.....	73
<b>1.2. Perspectivas sobre a Intervenção Comunitária.....</b>	<b>79</b>
1.2.1. Trabalho comunitário como processo organizativo do desenvolvi- mento social e da saúde .....	82
1.2.2. Acções estratégicas e culturalistas da intervenção: do diagnóstico, ao projecto e à acção colectiva .....	85
<b>1.3. Enfermagem na comunidade: Prática orientada para a intervenção</b>	<b>88</b>
1.3.1. Ser Enfermeiro na era contemporânea.....	90
1.3.2. Perfil e papéis da enfermagem na comunidade .....	95
<b>1.4. Multiculturalismo e a Enfermagem .....</b>	<b>101</b>

<b>2.- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO .....</b>	<b>119</b>
<b>2.1. Caracterização do Concelho de Torres Vedras .....</b>	<b>121</b>
2.1.1. Caracterização sócio-demográfica .....	121
2.1.2. Caracterização sócio-económica .....	123
2.1.3. Caracterização das infra-estruturas sociais e de saúde .....	127
2.1.4. Indicadores de saúde.....	127
<b>2.2. Freguesia de Clamores.....</b>	<b>129</b>
2.2.1. Organização social .....	130
2.2.2. Recursos, hábitos, costumes e estilos vida .....	130
<b>3.- OPÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>133</b>
<b>3.1. Perspectivas da abordagem qualitativa e tipo de estudo.....</b>	<b>136</b>
<b>3.2. Histórias de vida: critérios e procedimentos .....</b>	<b>139</b>
<b>3.3. Recolha da informação .....</b>	<b>144</b>
3.3.1. <i>Entrevista</i> no contexto do método biográfico .....	145
3.3.2. Selecção dos entrevistados: critérios e procedimentos .....	149
3.3.3. Caracterização dos entrevistados .....	152
<b>3.4. Tratamento e análise da informação .....</b>	<b>153</b>
<b>4.- SIGNIFICADOS DA AUTO-GESTÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>159</b>
<b>4.1. Os contextos da Auto-gestão da Saúde.....</b>	<b>161</b>
4.1.1. Ter saúde e estar doente: Entre o passado e o presente .....	161
4.1.2. As relações familiares e de vizinhança na gestão da saúde.....	166
4.1.3. A procura social dos cuidados de saúde na auto-gestão da saúde.	170
4.1.4. O recurso às medicinas paralelas .....	181
<b>4.2. Ser Enfermeiro numa comunidade rural .....</b>	<b>192</b>
4.2.1. Complementariedade das práticas? Entre o convencional, a paralela e os saberes populares.....	193
4.2.2. Cenários do quotidiano de trabalho numa comunidade.....	206
4.2.2.1. Notas de Campo .....	211
4.2.2.2. O olhar da enfermagem sobre a intervenção comunitária	217

4.2.3. Impactos multiculturais na organização da prática .....	220
<b>4.3. Viagem ao núcleo central das representações sociais de auto-gestão da saúde e da doença na comunidade de Clamores .....</b>	<b>224</b>
4.3.1. O perfil dos principais elementos do núcleo central .....	225
<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>235</b>
1. Os Resultados do Estudo .....	237
2. Recomendações: Plano de intervenção Sócio-Organizacional.....	249
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>267</b>
1. Bibliografia citada e consultada .....	269
2. Outros documentos .....	284
<b>ANEXOS .....</b>	<b>287</b>
I. Guiões de Entrevista: Comunidade e Enfermeiros .....	289
II. Grelha Síntese das Entrevistas: Comunidade .....	295
III. Grelha Síntese das Entrevistas: Enfermeiros.....	312
IV. Grelha Síntese das Categorias: Comunidade e Enfermeiros .....	325

## Índice de Figuras e Quadros

### Figuras

<b>Figura 1:</b> Modelo Sunrise .....	112
<b>Figura 2:</b> Mapa do Concelho de Torres Vedras .....	121
<b>Figura 3:</b> Mapa do núcleo central das representações sociais .....	228

### Quadros

<b>Quadro 1:</b> Concelho de Torres Vedras – População Residente .....	122
<b>Quadro 2:</b> População Residente na Freguesia de Santa Maria do Castelo e São Pedro e Santiago .....	128
<b>Quadro 3:</b> População Residente nas Freguesias de Turcifal, Dois Portos, São Domingos de Carmões, Carvoeira e Runa .....	128
<b>Quadro 4:</b> População Residente nas Freguesias de São Pedro da Cadeira, São Mamede da Ventosa, Ponte do Rol e Freiria .....	128
<b>Quadro 5:</b> População Residente nas Freguesias de Matacães, Monte Redondo, Maxial, Outeiro da Cabeça, Ramalhal e Campelos .....	129
<b>Quadro 6:</b> População Residente nas Freguesias de A-dos-Cunhados, Maceira e Silveira .....	129
<b>Quadro 7:</b> Utentes Entrevistados .....	153
<b>Quadro 8:</b> Enfermeiros Entrevistados .....	153
<b>Quadro 9:</b> Dimensões de análise (Comunidade).....	156
<b>Quadro 10:</b> Dimensões de análise (Enfermeiros).....	156
<b>Quadro 11:</b> Categorias das Unidades de registo (Comunidade).....	156
<b>Quadro 12:</b> Categorias das Unidades de registo (Enfermeiros).....	156
<b>Quadro 13:</b> Sub-categorias das Unidades de registo (Comunidade).....	157

<b>Quadro 14:</b> Sub-categorias das Unidades de registo (Enfermeiros).....	157
<b>Quadro 15:</b> Unidades de registo da categoria “Representações Sociais de Saúde e Doença” (Comunidade).....	162
<b>Quadro 16:</b> Unidades de registo da categoria “Redes de Apoio Infomal” (Comunidade).....	167
<b>Quadro 17:</b> Unidades de registo da categoria “Autogestão da Saúde” (Comunidade).....	171
<b>Quadro 18:</b> Categorias e Sub-categorias das unidades de contexto da dimensão “Contexto das Medicinas Paralelas” (Comunidade).....	181
<b>Quadro 19:</b> Unidades de registo da categoria “Representações Sociais das Medicina Paralelas” (Comunidade).....	182
<b>Quadro 20:</b> Unidades de registo da categoria “Medicinas Paralelas versus Medicina Oficial” (Comunidade).....	186
<b>Quadro 21:</b> Unidades de registo da categoria “Organização das Práticas em Medicinas Paralelas” (Comunidade).....	189
<b>Quadro 22:</b> Categorias e Sub-categorias das unidades de contexto da dimensão “Complementaridade das Práticas de Saúde” (Enfermeiros).....	194
<b>Quadro 23:</b> Unidades de registo da categoria “Percepção de Saúde e Doença” (Enfermeiros).....	196
<b>Quadro 24:</b> Unidades de registo da categoria “Enquadramento das Medicinas Paralelas” (Enfermeiros).....	200
<b>Quadro 25:</b> Unidades de registo da categoria “Prestação de Cuidados” (Enfermeiros).....	204
<b>Quadro 26:</b> Categorias e Sub-categorias das unidades de contexto da dimensão “Enfermagem na Comunidade” (Enfermeiros).....	207
<b>Quadro 27:</b> Unidades de registo da categoria “Organização do Trabalho Comunitário” (Enfermeiros).....	209
<b>Quadro 28:</b> Unidades de registo da categoria “Intervenção na Comunidade” (Enfermeiros).....	218

<b>Quadro 29:</b> Unidades de registo da categoria “Intervenção Multicultural” (Enfermeiros).....	221
<b>Quadro 30:</b> Quantificação dos conteúdos das entrevistas.....	225
<b>Quadro 31:</b> Hierarquia dos conteúdos.....	226
<b>Quadro 32:</b> Elementos do núcleo central das representações sociais.....	227
<b>Quadro 33:</b> Matriz de Enquadramento Lógico da Proposta do <b>Plano de intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária para a promoção da responsabilização da comunidade pela sua saúde e valorização da participação da comunidade</b> .....	264

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**CDI:** Classificação Internacional de Doenças

**IPO:** Instituto Português de Oncologia

**PBE:** Prática Baseada em Evidências

**RS:** Representações Sociais

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences





---

## INTRODUÇÃO





## INTRODUÇÃO

A presente investigação encontra-se inserida no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional da Saúde, cujo título é “Auto-gestão da Saúde numa Comunidade Rural do Concelho de Torres Vedras: Um Olhar da Enfermagem”.

### 1. Razões de escolha do tema e fundamentos da problemática

O tema e ou problema é considerado o primeiro passo num estudo de investigação. O trabalho é estruturado tendo em mente pessoas concretas, com o intuito de ir intencionalmente aos locais onde estão essas pessoas, de modo a compreender como é que as pessoas vivem e quais são as suas experiências nas situações concretas. Como afirma Magão (1992: 39), “...as pessoas estão ligadas aos seus mundos e só são compreensíveis nos seus contextos. Não pensam, e agem em vazios, é sempre uma questão de relações com coisas, pessoas, acontecimentos e situações”.

Qualquer estudo de investigação inicia-se com a indagação sobre um problema proveniente das nossas experiências, que nos preocupa e que pretendemos conhecer melhor. O tema deve ser relevante, restrito e suscitar um envolvimento pessoal por parte do investigador. Tal como refere Moreira (1994), a selecção do tema de investigação é geralmente orientada por razões de ordem pessoal, biográfica, intelectual, política ou de carreira profissional. Segundo Lakatos e Marconi (1992), a justificação do tema consiste numa exposição sucinta, mas completa daquilo que se pretende com o estudo, desde razões de ordem teórica a motivos de ordem prática.

O tema escolhido para a realização da tese está relacionado com as representações de saúde e doença dos indivíduos que na procura de cuidados de saúde recorrem em simultâneo à Medicina Convencional e às Medicinas Não Convencionais numa sociedade rural situada na região da Estremadura, mais concretamente no concelho de Torres Vedras. Assim temos sumariamente como problema:

**☀ Porque é que os indivíduos no contexto da sua gestão de saúde recorrem em simultâneo à Medicina Convencional e às Medicinas Não Convencionais na procura de explicação para a doença?**

Como enfermeira, a exercer funções no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Torres Vedras, no contacto diário com a população deste concelho que é sobretudo rural, constato que os profissionais de saúde apercebem-se muitas vezes, que antes de procurar assistência nos profissionais de saúde (sistema oficial), os indivíduos procuram explicação para a doença em outros tipos de assistência e tratamento tais como: endireitas, feiticeiros, curandeiros, chás, plantas medicinais e outras mezinhas aconselhados por familiares, vizinhos e amigos. Na verdade, acreditam num conjunto de crenças, saberes, práticas e tradições transmitidos de geração em geração.

Qualquer questão é uma interrogação e se essa interrogação refere-se a um determinado problema a analisar com a finalidade de obter novas informações, podemos então dizer que se trata de uma questão de investigação. Para melhor orientar o levantamento dos dados e obter um maior esclarecimento do problema em estudo e ainda, com o objectivo de contextualizar o trabalho, surgem questões, ditas “operacionais” do processo de pesquisa, à volta da área temática. Tendo em conta o problema enunciado para a investigação e na tentativa de serem claras, exequíveis e pertinentes, consideramos as seguintes questões de investigação:

☀ O que é que motiva os indivíduos a recorrer às Medicinas Não Convencionais?

☀ Quais as estratégias de auto-gestão da saúde utilizadas na procura de saúde e bem-estar?

☀ Quais as perspectivas da Enfermagem sobre a auto-gestão da saúde e as práticas alternativas da comunidade?

O estudo do processo saúde-doença num paradigma diferente do modelo biomédico vigente é cada vez mais presente, pelo que nos parece que o tema é pertinente e relevante para a Sociologia e a Antropossociologia, em geral, e para a Enfermagem em particular, uma vez que existem diversas formas de interpretação das lógicas de promoção e manutenção da saúde, bem como de prevenção da doença.

Estudar as representações dos indivíduos que procuram cuidados de saúde numa perspectiva de auto-gestão da saúde, implica compreender as suas práticas e representações de saúde e doença. Nesta realidade, inclui-se o objecto social que nos interessa investigar: as representações de saúde e doença numa comunidade rural.

Tendo em conta que as representações sociais de saúde e doença resultam dos valores modelados pela experiência pessoal e pela informação, da imagem que se

estrutura, das normas sociais e dos modelos culturais, o seu estudo permite clarificar como se estrutura logicamente, ou seja, como se ordena e expressa.

O estudo das representações sociais da saúde e da doença através do discurso dos indivíduos permite por um lado, “observar” e compreender como esse conjunto de valores, normas sociais e modelos culturais são pensados e vividos pela comunidade e por outro lado, estudar a construção da imagem desses objectos sociais: saúde e doença.

As investigações colocam cada vez mais a tónica nos saberes das populações sobre as questões da saúde e da doença, na forma como a sentem, que decisões tomam e em que se baseiam essas mesmas decisões. Na verdade, o recurso às Medicinas Paralelas e à Medicina Convencional em simultâneo é uma realidade da nossa população mas pouco explorada pelos profissionais de saúde, em especial, pelos enfermeiros que apesar de conscientes que o conhecimento dos hábitos sócio-culturais e de saúde da população são um factor preponderante na prestação de cuidados de saúde.

## **2. Breves considerações sobre a estratégia de pesquisa utilizada**

Para se realizar uma pesquisa, é necessário que esta seja devidamente planeada, pois caso contrário, em determinado momento, o investigador encontrar-se-á perdido sem saber como orientar o seu trabalho e como utilizar os dados recolhidos. Desta forma, os objectivos têm uma importância fulcral no início de qualquer investigação e devem ser bem definidos e delineados, de forma a sabermos exactamente o que queremos, para quê e até onde podemos ir.

A definição de objectivos numa pesquisa é de importância decisiva “porque permite orientar todo o processo de pesquisa. Praticamente toda a investigação procura encontrar resposta ou solução para um determinado problema”. (Moreira, 1994: 20)

Na prática, os profissionais de saúde constataam que grande parte dos utentes perante um problema de saúde tanto recorrem ao médico de família ou a outro técnico de saúde, como também recorrem à automedicação, a práticas naturais (chás, ervas e mezinhas) ou ainda a outros cuidadores na procura de soluções para resolver os seus problemas. Na realidade, são verdadeiros estrategos da própria saúde.

Em Portugal, desconhece-se a existência de estudos sobre as estratégias de auto-gestão da saúde dos indivíduos que recorrem a práticas paralelas em simultâneo com o

recurso à medicina convencional, pelo que a abordagem desta problemática é pertinente para as ciências sociais e para as ciências da saúde.

De acordo com o tema e a pesquisa documental realizada, bem como as crenças de cuidados e práticas de auto-gestão da saúde foram definidos os seguintes objectivos:

**Objectivos gerais:**

- ☀ Caracterizar as estratégias da procura de cuidados de saúde numa comunidade rural do concelho de Torres Vedras;
- ☀ Reflectir e contribuir para um modelo de investigação-formação-acção com participação activa dos profissionais de saúde e comunidade, de modo a estabelecer estratégias dirigidas à promoção da saúde com colaboração interinstitucional.

**Objectivos Específicos:**

- ☀ Identificar os factores que motivam a procura de explicação para a doença em práticas paralelas;
- ☀ Analisar as representações sobre saúde, doença e sistemas de assistência dos indivíduos que recorrem às medicinas paralelas;
- ☀ Saber a que tipo de terapêuticas (medicina tradicional/convencional/ alternativa) recorrem para a resolução dos seus problemas de saúde;
- ☀ Identificar e descrever as estratégias de autogestão da saúde;
- ☀ Identificar as intervenções dos enfermeiros e a sua orientação prática;

Estes objectivos constituem o fio condutor para orientar a pesquisa de modo a encontrar resposta para as questões de investigação traçadas. Deste modo, os objectivos da pesquisa conduzem a opções metodológicas que privilegiam uma estratégia garantindo formas de complementaridade entre as componentes referidas e visando simultaneamente a verificação, exploração e aprofundamento da informação.

Neste estudo de pesquisa social em que se pretende conhecer e compreender as emoções e os sentimentos dos seres humanos quanto às experiências de saúde/doença e a procura de cuidados de saúde, a metodologia de natureza qualitativa é a mais adequada. Esta estratégia de pesquisa multidimensional permite obter informações sobre os saberes e práticas dos indivíduos face à doença.

De relevar, que como pressupostos da investigação consideramos os seguintes:

☼ Alguns indivíduos procuram cuidados de saúde por iniciativa individual com carácter pontual e a percepção que tem da sua doença é influenciada pelo que dizem aqueles a quem recorre;

☼ Nas representações sociais de saúde e doença existe uma articulação complexa e contraditória entre os diferentes modos de produção de saberes e os cuidados de saúde e da doença, englobando, tanto o modo de produção oficial de cuidados de saúde como a denominada medicina popular.

### **3. Organização da estrutura do relatório**

O estudo das estratégias de auto-gestão da saúde é uma preocupação fundamental desta investigação.

No primeiro capítulo apresentamos uma reflexão sobre as experiências de saúde e doença, as acções estratégicas da intervenção comunitária e o papel do enfermeiro na prestação de cuidados multiculturais. Neste capítulo, abordamos as representações sociais, salientando as estratégias de autogestão da saúde, com destaque para o papel da família, enquanto cuidadora informal. Posteriormente, abordaremos as estratégias do trabalho comunitário e a Enfermagem orientada para a multiculturalidade.

O segundo capítulo é dedicado à caracterização do universo da pesquisa, o concelho de Torres Vedras e a freguesia de “Clamores” através da caracterização sócio-demográfica, sócio-económica e alguns aspectos relativos aos costumes, tradições, estilos de vida e hábitos de saúde.

No terceiro capítulo, apresentamos os aspectos metodológicos do estudo com referência para a abordagem qualitativa, as histórias de vida e técnicas de recolha, tratamento e análise dos dados.

O quarto capítulo é reservado para a apresentação das estratégias de auto-gestão da saúde e o trabalho comunitário da Enfermagem na prestação de cuidados numa perspectiva inter e multicultural a indivíduos de uma comunidade rural que recorrem às medicinas paralelas e à medicina convencional em simultâneo.

Perspectivamos que os resultados do presente estudo contribuem para novas linhas de análise que articulados com outras fontes de informação, permitem melhorar o conhecimento dos factores que determinam a procura dos cuidados de saúde.





---

**1.- ENQUADRAMENTO DAS  
PERSPECTIVAS ANALÍTICAS**





## 1.- ENQUADRAMENTO DAS PERSPECTIVAS ANALÍTICAS

### 1.1. Experiências de Saúde e Doença

Desde os tempos mais longínquos, a experiência de saúde e doença constitui uma história de construções e significações sobre as relações entre o corpo e o espírito, entre o indivíduo e o ambiente. Estas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo diferentes narrativas sobre o processo de saúde e doença.

A saúde é um aspecto que diz respeito a todos nós e que está presente tanto nos discursos e práticas dos prestadores de cuidados de saúde, como dos que recebem cuidados, detentores de saberes e saberes-fazeres distintos.

As experiências de saúde e doença têm variado ao longo dos tempos e são diferentes conforme a cultura, religião e grupo sócio-económico do indivíduo. A saúde e a doença não são estados ou condições estáveis mas sim, conceitos vitais sujeitos a constante avaliação e mudança. Diversos autores atribuem o estado de saúde ou doença a factores explicativos e individuais, em que a responsabilidade pelo estado de saúde é por um lado, do próprio indivíduo e por outro lado, de factores externos (sociais, económicos e ambientais).

Pensar em saúde é, segundo Honoré (2002: 20), *“escutar e compreender o que cada um quer dizer quando se fala da saúde, no sítio onde se fala e no momento em que se fala dela, permanecendo sensível e disponível a todas as variações de sentido, segundo as pessoas, segundo os grupos, segundo os locais, segundo os momentos. É, nas mesmas condições, prestar atenção a tudo o que é agir em nome da saúde”*.

Na nossa sociedade, mantém-se uma série de práticas cuja convicção de utilidade é cada vez mais disseminada entre a população, fazendo parte integrante da ideologia do saudável como responsabilidade que compete às pessoas individualmente. A saúde é considerada um recurso para o dia-a-dia e não como a finalidade da vida, uma vez que não temos dela uma consciência permanente.

A saúde e as doenças que os indivíduos desenvolvem ao longo da vida, influenciam e são influenciadas pelos comportamentos que estes assumem, tal como refere Fernandes (2002: 6), *“a saúde é um estado natural para o indivíduo, a doença ao contrário não é natural não provém do indivíduo, deriva da introdução (no corpo) real*

*ou simbólica de elementos nocivos (...) é um estado que afecta o corpo do indivíduo e constitui um fenómeno da actividade médica e do sujeito/doente”.*

Saúde e doença são duas realidades totalmente heterogêneas que exprimem-se uma pela outra, ou seja, o conflito entre a saúde e a doença é reproduzido a partir da relação entre o indivíduo e o ambiente. Se por um lado, a integração dos indivíduos na sociedade pela actividade representa a saúde através do poder de participação, decisão e procura de satisfação das suas necessidades. Por outro lado, a doença tem uma representação oposta, a de exclusão, inactividade e dependência dos outros.

Num passado recente, a doença era frequentemente definida como “ausência de saúde” e a saúde era considerada “a ausência de doença”. Para alguns, a saúde é considerada o estado em que as funções orgânicas, físicas e mentais do indivíduo estão normais mas por outro lado, no desvio do normal, surge a doença como estado de desconforto físico ou de bem-estar. Para a maioria dos indivíduos, as noções de saúde e doença são estados absolutos, ou estão saudáveis ou estão doentes, não existindo estados intermédios. Por este motivo, quando se fala de saúde, pode-se definir dois grupos: aqueles que têm saúde e aqueles que não têm ou que a perderam. Mas ter saúde não é sinónimo de não estar doente. Na realidade, a saúde definida somente pela maneira negativa não tem significado próprio, porque não existe a experiência de saúde, mas apenas de doença.

Para Herzlich (1996), as questões em torno da saúde, permite apercebermo-nos de que a mesma tem-se tornado uma noção do senso comum que tem triunfado na política, na economia, na administração, na ciência, na tecnologia, nos comportamentos e nas representações sociais.

O indivíduo é dotado de um saber e de uma cultura através dos quais cria as suas próprias representações de saúde e doença revelando o imaginário numa interrelação e interdependência entre os aspectos físicos, psicológicos, espirituais, sociais, económicos e ambientais no processo saúde-doença.

Neste capítulo, para além de abordarmos os conceitos de saúde e doença construídos nas condutas sociais dos indivíduos, abordaremos as representações sociais acerca destes conceitos.

Apesar dos êxitos da evolução científica e tecnológica, a atribuição conferida pelo doente ao seu mal-estar continua imbuída em velhos sistemas de crenças acerca da

saúde e da doença. A concepção de estar doente ou saudável é individual, baseada nas experiências e nos valores sócio-culturais de cada um, adquiridos através de um processo de aprendizagem dos valores e representações, próprios da comunidade na qual o indivíduo se encontra inserido.

Neste sentido, conhecer os diferentes sistemas de assistência a que os indivíduos recorrem é fundamental para compreender as experiências de saúde e doença. Para a compreensão, reconhecimento e tratamento dos indivíduos, assim como para a promoção da saúde é necessário conhecer as crenças, preconceitos e saberes que cada cultura aceita e transmite, porque intervir no processo de saúde-doença significa intervir na cultura dos indivíduos, nos seus conhecimentos, valores, crenças e sentimentos.

Hoje em dia, o dever de ter saúde tornou-se uma nova moral, generalizando-se como um produto social e individual importante para as experiências e representações tanto pessoais, como colectivas, em que a comunidade e a família assumem a responsabilidade pela manutenção da saúde dos indivíduos. Deste modo, abordaremos o papel da família como cuidadora informal e com forte influência na gestão da manutenção da saúde.

### 1.1.1. Notas breves sobre o binómio Saúde e Doença

Antes de Hipócrates, as doenças eram relacionadas com o sobrenatural, a cura era atribuída a Deus *Aesculapis* e às suas filhas, *Hygeia* que se preocupava com o bem-estar e a manutenção da saúde e *Panaceia* que estava relacionada com a medicação da doença.

No grego antigo existem duas palavras que significam saúde: “*Hygeia*”, donde deriva a palavra higiene e é sinónimo de “*boa maneira de viver*”, enquanto que “*Euexia*” significa “*bons hábitos do corpo*”. (Ribeiro, 1996: 178)

Do latim, a palavra «saúde» deriva de “*sanus*” que significa são e a palavra «doença» deriva de “*morbis*”. Ambos conceitos são abstractos e não se podem expressar em uma simples definição, enquanto saúde ou estado higido indica um estado relativo ao normal, a doença ou estado mórbido indica uma alteração da normalidade que pode apresentar-se em qualquer fase da vida, desde o momento do nascimento até à velhice.

Honoré (2002: 55) considera que “as condições sociais aproximam a saúde da normalidade social. A doença é um «afastamento da saúde», um desvio em relação à comunidade”.

A língua inglesa utiliza três termos para definir doença – “*disease*”, “*illness*”, “*sickness*” que significam respectivamente, ter uma doença (conceito médico de patologia), sentir-se doente (significado que o indivíduo lhe confere) e comportar-se como doente (papel social que o doente adopta).

O aparecimento da doença, do distúrbio e da deficiência fazem esquecer o sentido da palavra «saúde» mas por outro lado, a doença obriga a pensar em saúde. De facto, as concepções sobre a saúde são muito diversas, variando de acordo com as relações, os grupos e os indivíduos em si mesmos, ao longo da existência. Deste modo, a noção de saúde torna-se complexa, difícil de analisar e explicar dando origem a comportamentos e atitudes que fundamentam a noção de saúde e doença.

De acordo com a definição do Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003: 3269), a saúde é considerada o “*estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e o seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para a forma particular de vida (raça, género, espécie) e para a fase particular do seu ciclo vital*”. Por outro lado, a doença é definida como a “*alteração biológica do estado de saúde de um ser (homem, animal, etc.), manifestada por um conjunto de sintomas perceptíveis ou não*”. (Houaiss, 2003: 1382)

Actualmente, com os contributos da antropologia, da epidemiologia, da sociologia, da saúde e também das reflexões da OMS sobre este conceito, existem uma variedade de concepções. Contudo, não existem definições universais para caracterizar estes conceitos e tal como afirma Berger (1995: 107), “definir a saúde não é uma tarefa fácil, porque este conceito provém dos antecedentes do meio sócio-cultural ou dos percursos de cada indivíduo”.

Para alguns autores, a saúde é entendida como o resultado do equilíbrio entre o indivíduo e o seu meio, equilíbrio este que refere-se ao desenvolvimento de capacidades de natureza biológica, psicológica e social de modo a atingir a sua máxima competência face ao contexto e ao projecto de vida. Neste sentido, Duarte (2002: 39) refere que “*a saúde é determinada por um conjunto de factores que, em simultâneo, actuam sobre o*

*indivíduo, factores esses que vão desde os aspectos biológicos, meio-ambiente, estilos de vida e recursos em serviços de saúde”.*

Para determinados indivíduos ter saúde significa sentir-se bem, estar em forma e estar feliz. Portanto, a saúde é um estado dinâmico e um processo que se desenrola ao longo da vida, durante a qual cada um interpreta efeitos diferentes, tornando o conceito de saúde mais enraizado.

M. Francisca Soutelo refere que *“a saúde tem múltiplas dimensões. Ela não é propriedade do indivíduo, mas o reflexo da interacção do homem com o seu ambiente, e constitui parte do processo da sua vida do dia-a-dia”*. (Duarte, 2002: 44)

Na perspectiva de Leandro (2001), actualmente a noção de saúde não se confina ao normal, nem ao bem-estar ou na oposição à doença. Ela consiste antes num sentimento de plena capacidade para se adaptar às novas necessidades fisiológicas, psíquicas, simbólicas e sociais.

Ao falar de saúde também se fala de doença, mas fala-se ainda de outra coisa, da nossa existência e sua significação. Deste modo, ao dizer que não estar doente significa estar de boa saúde significa que a não-doença é sinal de boa saúde. Contudo, a saúde como bem-estar não se opõe à doença, mas apela ao sentido de “sofrer”, “superar”, “ultrapassar”. Como tal, a saúde é traduzida a partir da existência do corpo em constante transformação e como refere Honoré (2002: 32), “a saúde revela a existência”.

Parafraseando Marrucho (1998: 27), *“adoecer constitui um fenómeno muito complexo no qual intervém, por um lado, factores externos ao indivíduo, relacionados com o ambiente físico e social e, por outro, factores internos ao indivíduo que fazem variar a forma como o utente percebe, avalia e actua sobre a doença”*.

A vida em sociedade e as condições geradas pelo progresso podem constituir condição *sine quan non* não só para a instalação de doença mas igualmente, para a criação de uma dada representação social da doença, do corpo e do médico, assim como a medicalização de todas as situações de vida do indivíduo no seu processo normal de desenvolvimento que condicionam o papel de doente, até porque, muitas das estruturas de apoio de outros tempos foram perdidas ou estigmatizadas. (Duarte, 2002)

Médicos, enfermeiros, sociólogos, psicólogos e todos os que trabalham no domínio da saúde, têm a sua própria definição, que corresponde a uma orientação pessoal. Para os sociólogos, representa a capacidade total que cada indivíduo tem de



desempenhar o seu papel social. Para o psicólogo, a saúde corresponde ao desenvolvimento pessoal e situa-se num contexto de adaptação ao stress, que permite a todo o ser humano reagir às mudanças a que está sujeito. (Berger, 1995)

Weis e Lonquist (1997), de acordo com Pamplona (1997) resumem a concepção de saúde sob três modelos:

- ☼ O modelo biomédico, que defende a ideia de que a saúde está apenas dependente do estado fisiológico do indivíduo sendo considerada como a ausência de doença;
- ☼ O modelo psicológico, que relaciona a saúde como o bem-estar geral, as realizações pessoais, satisfação no trabalho, vida familiar e pessoal;
- ☼ O modelo sociológico, que realça as capacidades do indivíduo para a realização das tarefas e papéis sociais.

Na cultura ocidental, o modelo biomédico encontra-se interiorizado de tal forma que não é apreendido como sistema de representação possível mas como realidade, sendo inimaginável que possa existir um outro. No entanto, para Duarte (2002), este modelo biomédico tem o seu fundamento no positivismo do método experimental e comanda uma medicina que pode ser qualificada de medicina das especialidades.

A cultura ocidental continua muito actual, tanto sob o ponto de vista público e social, como privado e individual. Tal como refere Leandro (2001: 73), “*nas sociedades modernas, a saúde enquanto noção (conceito médico, biológico, filosófico, espiritual, social, psicológico e económico) e enquanto objecto de qualidade e prolongamento da vida são dos indivíduos e das populações e de luta contra a doença e a morte, mobiliza todos os sectores da actividade humana, social e cultural*”.

Nos finais do século XVIII e durante o século XIX, a higiene e a saúde pública foram uma das principais preocupações, tendo sido realizados estudos sobre o estado de saúde da população e aplicadas medidas de higiene e profiláticas com o objectivo de preservar a saúde e prevenir a doença.

Até aos anos 60, a saúde era considerada numa perspectiva mecanicista como sendo o silêncio dos órgãos ou a ausência de sintomas, mas a saúde não pode ser apreendida senão como um retorno da cura (o bem saúde uma vez perdido é reencontrado através da cura). Segundo Pinto (2004), nesta perspectiva do pensamento biomédico, a saúde é considerada uma categoria residual, um estado de não doença, ou

seja, não tem estatuto e não tem valor em si mesma. Esta concepção traduz a importância da cura completa e do retorno ao estado de saúde próximo da natureza.

Para Stroebe (1995), é difícil aceitar dentro do modelo biomédico que tem sido o dominante da doença durante séculos, que os factores relativos aos estilos de vida e ao stress psicossocial são determinantes significativos da doença e da saúde. Segundo o autor, este modelo defende a ideia de que para cada doença existe uma causa biológica primária que é objectivamente identificável e que ao focalizar-se unicamente nestas causas ignora o facto de que muitas doenças são resultantes de uma interacção de acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos.

Em 1948, a OMS definiu a saúde não só como a ausência de doença, mas como um estado completo de bem-estar físico, espiritual e social. A partir deste conceito, a saúde e a doença são considerados fenómenos biofisiológicos e também factores socioculturais que influenciam a relação do homem com o meio.

O modelo biomédico mecanicista e reducionista centrado numa visão individualista da saúde e da doença, por vezes ignora os aspectos sociais e culturais. Neste sentido, Engel (1977), propôs um alargamento do modelo biomédico, a fim de incorporar os factores sociais no seu enquadramento científico. O modelo biopsicossocial defende a ideia de que factores biológicos, psicológicos e sociais são determinantes importantes da saúde e da doença. De acordo com esta abordagem, o diagnóstico médico deve considerar esta interacção, quer na avaliação da saúde, quer no tratamento da doença. (Stroebe, 1995)

Segundo Kleinmam (1992: 252), *“no paradigma biomédico, patologia significa mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos e psicológicos no indivíduo; enquanto enfermidade (estar doente), representa reacções pessoais, interpessoais e culturais perante a doença e o desconforto, imbuídos em complexos nexos familiares, sociais e culturais, dado que a doença e a experiência de doença fazem parte do sistema social de significações e regras de conduta, elas são fortemente influenciadas pela cultura e por isso socialmente construídas”*. (Gonçalves, sd: 163-164)

No estudo de Reis e Fradique (2004: 483) sobre as *“significações leigas de saúde e doença em adultos”* constaram que *“a maior parte das pessoas incluíram aspectos psicossociais nas suas concepções de saúde e de doença, ou seja, embora não os*

*refiram espontaneamente, reconhecem a importância destes aspectos, adoptando-os, discutindo-os ou recusando-os*". Deste modo, torna-se fundamental uma abordagem da saúde e doença, mais holística, ou seja, na perspectiva do modelo biopsicossocial.

Na década de 80, com o aumento da esperança de vida e concomitantemente o fracasso do modelo biomédico, emergiu um novo conceito de saúde. A saúde deixa de ser entendida como ausência total de doença, traduzida por um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social, mas passa a ser definida de uma forma individual e não universal já que cada indivíduo tem o seu padrão de saúde que corresponde a um estado de "equilíbrio dinâmico que o homem mantém com o seu meio, o que lhe permite desenvolver as suas actividades de vida e autocuidar-se". (Abreu, 2001: 133-134)

A medicina psicossomática surgiu com algum entusiasmo durante os anos 70, mas perdeu a sua importância durante os anos 80. Hoje em dia voltou a ter algum vigor, porque a contribuição psicossocial de cunho cognitivista tem sido valorizada sobretudo nos aspectos relacionados com as estratégias de gestão da saúde. (Spink, 1995)

No século XX, sobretudo a partir da segunda guerra mundial, com o crescimento económico e melhoria dos níveis de vida devido ao avanço da ciência e da biologia, surgiram novos discursos sobre saúde e doença. Segundo Marrucho (1998: 30), a saúde passou a ser entendida "à luz do modelo plurietiológico", que incorpora os factores sociais, económicos, educacionais, religiosos e individuais, como a idade e o sexo.

Diversos autores, entre os quais, Susana Duarte (2002), Berta Nunes (1987), Marc Augé (1984), Claudine Herzlich (1994), Engrácia Leandro (2001), têm acentuado que para além dos aspectos biológicos, os aspectos económicos e sócio-culturais também assumem grande importância na compreensão da saúde e da doença.

Em 1986, a OMS tornou o conceito de saúde mais objectivo, definindo-a como "*a extensão em que um indivíduo ou grupo, é por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. A saúde é, dizem, vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida*". (Ribeiro, 1998: 86)

Apesar de todas as críticas de que é alvo, a definição da OMS é a definição mais conhecida e com maior influência nas ciências da saúde. O paradigma emergente é de uma medicina global, completa, aliando os métodos naturais aos mais agressivos, de

modo a considerar o doente na sua totalidade, do somático ao espiritual desde o nascimento até à morte. Deste modo, a saúde não é mais um estado sem alterações, mas um bem, um bem-estar físico, mental e social que nos permite trabalhar ao longo da vida e ter períodos de lazer, para gerir um capital de saúde como recurso esgotável.

Actualmente, a saúde não é apenas sentir-nos bem, mas também, estar no mundo com os outros e estarmos satisfeitos de modo a manter o ritmo de vida num processo contínuo de equilíbrio. Citando Honoré (2002: 27), *“a palavra «saúde» diz-nos qualquer coisa de nós mesmos e para nós mesmos, individual e colectivamente, na nossa língua, em qualquer parte onde nós vivamos e num momento particular. Ela situa-nos no mundo e na história. Deste modo, ela projecta-nos.”*

Na perspectiva de Leandro (2001: 75), a saúde é hoje concebida como *“um elemento indispensável de felicidade e de sentido para a existência e não deixa de alimentar sonhos de imortalidade, cujo colorário seria uma perfeita saúde numa vida que não tivesse o caso”*. Actualmente a noção de saúde não se confina, nem ao normal, nem ao bem-estar ou na oposição à doença, mas sim, num sentimento de plena capacidade para se adaptar às novas necessidades fisiológicas, psíquicas, simbólicas e sociais.

Neste sentido, a saúde e doença não são processos absolutos mas sim, processos contínuos de transformação com uma orientação para a vida. Para Honoré (2002: 37), *“a saúde parece significar uma qualidade de «estar no mundo», de «estar junto das coisas», e em comunicação com os outros que estão, também eles, preocupados com ela”*.

O binómio saúde e doença não exprime apenas a relação do indivíduo com a sociedade, pois insere-se numa relação funcional conduzida em estar doente e o estar de boa saúde. A doença deixa de ser objecto da sociedade, passa a ser do indivíduo e expressa-se no seu papel de doente. A saúde, objecto interior e propriedade privada do indivíduo, liga-se à sociedade na relação deste com o mundo. (Bule, 2002)

A doença, por definição, constitui uma ameaça ao quotidiano dos indivíduos, que quando provoca uma ruptura, compromete o equilíbrio conseguido pelo seu modo de vida. Neste sentido, Duarte (2002) considera que a saúde de uma comunidade depende em grande parte do seu modo de vida.

Na verdade, a doença constitui uma ameaça à integridade pessoal que pertence à esfera individual e social do indivíduo e só pode ser compreendida com a intervenção de variáveis psicossociais que influenciam o significado pessoal e social da doença.

Para o antropólogo francês Marc Augé (1984), “o grande paradoxo da experiência da doença é que ela é tanto a mais individual quanto a mais social das coisas”, pelo que é difícil discernir se saúde e doença pertencem ao domínio privado ou ao público. (Herzlich, 2004: 384)

No entanto, o corpo pertence ao domínio privado mas não podemos falar de corpo, saúde e doença sem relacioná-los com o domínio público. Assim sendo, a saúde e doença são experiências pessoais e privadas socializadas, uma vez que revelam aspectos do indivíduo em contextos biográficos marcados pela doença.

Para Frank (1997), a doença é uma “ocasião moral” que segundo Charmaz (1991) cristaliza “lições vitais sobre o viver”. A experiência pessoal não é mais uma “interrupção biográfica” que leva a uma “perda do eu (self)” e como tal, “ninguém pode negar que a doença, tal como qualquer outro evento marcante em uma vida, é «uma experiência moral»”. (Herzlich, 2004: 389)

Segundo Honoré (2002: 53) existem ideias veiculadas na era contemporânea que ilustram o enraizamento das concepções de saúde na vida pessoal, pelo que *“alguns dizem que a saúde decorre de uma arte de viver. A ideia que temos de saúde depende dos acontecimentos vividos e do que nos diz a evolução do corpo. Há em cada um uma continuidade entre a saúde e a não-saúde.”*

Acerca da causalidade da doença, Abdelmalek e Gérard (1995) apresentam dois modelos para explicar a doença, o modelo exógeno em que a causa vem do exterior e o modelo endógeno em que a causa vem do interior do indivíduo.

Sob o ponto de vista do modelo exógeno, os autores consideram que os progressos tecnológicos e científicos têm a função de lutar contra as causas externas, mas em contrapartida, o indivíduo pode ser considerado submisso a esse ideal, ao mesmo tempo que desenvolve uma significativa agressividade em relação a essa dependência. Este facto, poderá, em parte explicar o recurso a outras formas de medicina “não oficiais”, cuja função, para além de simbolizarem um regresso à tradição, pode ser encarada como uma resistência ao poder da medicina oficial.

A concepção ocidental da doença, como inimigo exterior constitui, em parte, uma herança de Pasteur, que relacionou o contágio do organismo por um agente patogénico exterior. Para Laplantine (1992), a adesão ao modelo de Pasteur deve-se a um impacto simbólico, pois trata-se de um órgão afectado e não de um indivíduo doente. (Abdelmalek e Gérard: 1995)

No modelo endógeno, em que a doença é considerada a partir do interior do sujeito, pode surgir tanto nas interpretações populares e tradicionais, como nas científicas. Esta concepção encontra-se por exemplo nas noções da genética e hereditariedade, distinguindo-se em duas vertentes, uma biológica que subvaloriza a personalidade de cada um, e outra psicológica que considera que próprio indivíduo cria inconscientemente a sua doença.

O alargamento e difusão das ciências da saúde através da investigação e do conhecimento biológico levam ao aparecimento de resistências entre o conhecimento e as concepções do homem, o que leva a interrogações acerca do homem e da vida.

Edgar Morin fala de «pensamento complexo» e este aplica-se à experiência de saúde, tal como refere Honoré (2002:43), *“difícil de dizer e de transmitir, fluida e sempre renovada no tempo e nas relações, a experiência da saúde”*.

A concepção subjectiva de saúde e doença determina a procura e utilização dos sistemas de assistência e como tal, a cultura na qual o indivíduo encontra-se inserido interfere na forma como ele vivência a doença, expressa os seus sintomas, quando e onde procura ajuda. Assim sendo, Duarte (2002: 82) afirma que *“todos os indivíduos detêm uma explicação lógica, no seu sistema cultural, para a doença e para a saúde, da mesma forma que a representação dos papéis dos profissionais de saúde, a concepção de doença, a explanação das suas causas e as propostas de tratamento variam de cultura para cultura”*.

Neste contexto sobre a concepção de saúde e doença, Honoré (2002: 58) refere que *“a saúde não se explica, ela compreende-se através da maneira como associamos as referências que, para nós têm já a forma suficiente que permite apreendê-las, colocá-las em relação e servir-nos de fundamento para as nossas concepções. Uma referência não é explicativa, não é uma causa. Ela permite situar a saúde, noção difusa em qualquer coisa que tenha, consistência, visibilidade, que sirva de ancadouro ou de ponto de referência”*.

Parafrazeando Leandro (2001: 76), *“a saúde, mais do que nunca, sendo hoje erigida em valor crucial, transformou-se numa questão que compromete igualmente a sociedade, o corpo dos profissionais de saúde, a política, a economia, a cultura os cientistas, as religiões, a família e os indivíduos”*.

Tal como já foi referido anteriormente, a saúde é o estado e também, a condição individual do bem-estar físico, emocional e espiritual. Esta representação mental sobre a condição individual e o bem-estar é variável porque cada pessoa procura o equilíbrio de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste sentido, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo em que toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.

Na verdade, “a saúde é um conceito elástico” como define Silva (2001: 54). Não existe uma definição precisa, consensual e universal acerca do que é saúde e doença. Em suma, a concepção de saúde e doença é influenciada por diversas abordagens teóricas e perspectivas de análise que permitem olhar a mesma realidade sob diversos pontos de vista. Assim sendo, a partir da relação com os outros e a sociedade, cada indivíduo constrói os seus próprios conceitos de saúde e doença.

As suas atitudes são baseadas nas próprias concepções imbuídas em sistemas culturais locais, definindo a adopção de comportamentos saudáveis para a prevenção da doença e manutenção da saúde.

#### **1.1.1.1. Representações sociais da Saúde e Doença**

O modelo de representação social da saúde e da doença organiza-se através das interrelações entre saúde, doença, indivíduo e sociedade exprimidas a partir da compreensão do mundo social. Como tal, a doença opõe-se à saúde, na medida em que resulta do conflito entre a sociedade e o indivíduo, através do modo de vida e da resistência do indivíduo, uma vez que cada indivíduo interpreta a “saúde” e “doença” de um modo diferente, de acordo com o contexto social em que está inserido e consoante os seus valores e costumes.

Para compreendermos as representações sociais de saúde e doença, é fundamental abordarmos a origem e evolução da noção de representações sociais. O

termo «Representações Sociais» designa tanto o conjunto de fenómenos, quanto o conceito que os engloba, bem como a teoria construída para explicá-los. Segundo Abdelmalek (1995), representar é re-presentar, tornar presente no espírito, na consciência, isto é, a representação mental de algo.

Introduzida na psicologia social em 1961 com a publicação da pesquisa de Serge Moscovici (1961) sobre a representação da psicanálise, a noção tem sido o ponto fulcral para o debate entre os psicólogos sociais europeus.

Serge Moscovi (1976), Denise Jodelet (1989), Jorge Vala (1992), Celso Sá (1993) entre outros, definem “*representações sociais como um modelo de conhecimento específico embasado no senso prático do saber comum que tem como função estruturar comunicação, conhecimento, comportamento e práticas sociais*”. (Silva, 2001: 6)

Na perspectiva de Jodelet (1994), as representações sociais baseia-se numa forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, detentor de um objectivo prático que concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social e distinta do conhecimento científico, pelo que esta forma de saber é designada como “saber de sentido comum”, “saber naïf” ou “natural”. Deste modo, representar ou ser representado é um acto do pensamento, em que o sujeito relaciona-se ou assemelha-se a um objecto, real, imaginário ou mítico.

Moscovici (1976: 55) prefere tratar a representação como “*um processo que torna o conceito e a percepção de algum modo imutáveis, visto que se operam reciprocamente*”.

Emile Durkheim (1898), foi o primeiro a distinguir sociologicamente as representações individuais das representações colectivas, referindo que as últimas não são resultado das representações individuais. O autor defende que a sociologia não é sinónimo de psicologia nem de biologia e que por outro lado, psicologia social não é psicologia nem sociologia. Na perspectiva do autor, a vida representativa não pode existir senão como resultado dos elementos, tal como acontece com a vida colectiva que não existe se não existir uma reunião de indivíduos. (Silva, 1999)

Assim sendo, Durkheim considera que as representações colectivas são o produto de sínteses entre representações com a mesma natureza e não tomam por causas próximas esta ou aquela característica da estrutura social, mas sim, as outras representações colectivas já existentes. Uma representação não é nada por ela mesma



pois não tem vida própria e não se produz sem agir no corpo e no espírito, seja ela física ou psicológica. (Silva, 1999)

Por vezes, os indivíduos falam de representações para caracterizar a nova forma de pensar a que os computadores e a respectiva ciência deram origem. Para sair desta situação, deve-se começar pelas representações sociais e tomá-las como dados que devem servir de ponto de partida para a investigação científica. Neste sentido, Serge Moscovici (1981) reformulou a conceito de representações colectivas e introduziu o conceito de representações sociais, porque o indivíduo é “social”, inserido em valores, símbolos, expressos por uma linguagem no local onde ele vive. Enquanto Durkheim considerou as representações individuais e colectivas distintas, Moscovici considera-as indissociáveis, considerando que a sua formação depende tanto dos processos sociais como dos processos sócio-cognitivos.

Moscovici (1989) mostra como a elaboração da representação social implica um intercâmbio entre subjectividades e o colectivo na construção de um saber que não se dá apenas como um processo cognitivo (Piaget), mas que contém aspectos inconscientes (Freud), emocionais e afectivos na produção e reprodução das representações sociais. (Spink, 1995)

A noção de representação social coloca um cruzamento entre o psicológico e o social porque diz respeito à forma como nós, sujeitos sociais, apreendemos os acontecimentos do quotidiano, os dados do nosso ambiente, as informações que nele circulam e as pessoas que nos rodeiam. Assim sendo, o conceito de representação social é uma forma de produção e propagação do conhecimento traduzida nas interacções entre os sujeitos sociais e o ambiente (mundo). É portanto, um fenómeno difuso, móvel, sempre em transformação.

As representações sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação, compreensão e domínio da envolvente social com duas vertentes, a imagem e o significado. Por outras palavras, todas as formas de conhecimento são representações sociais, ou seja, a verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o rodeia.

Segundo Moscovici (1978: 48), os “conjuntos de conceitos, afirmações e explicações” que são as representações sociais, devem ser consideradas como

verdadeiras “teorias” do senso comum, “ideias colectivas” *sui generis*, pelas quais se procede à interpretação e até mesmo, à construção das realidades sociais. (Spink, 1995)

As interpretações que resultam da experiência resultante da própria trajectória social e cultural são histórias de vida que condicionam o modo de ver o mundo, as práticas e as representações sociais. Portanto, as representações sociais são reflexivas da situação do grupo e da relação com outros grupos, uma vez que resultam da actividade cognitiva e simbólica do grupo e têm como finalidade, orientar comunicações, comportamentos, saber prático e organizar as relações simbólicas entre os actores sociais. Se por um lado, são independentes do mundo individual (consciência individual), por outro lado são dependentes do mundo social.

É nessa vertente que se situam alguns dos estudos clássicos sobre as representações sociais: a pesquisa de Moscovici (1961) sobre a psicanálise, de Jodelet (1989) sobre a loucura, de Herzlich (1969) sobre a saúde/doença e de Chambart de Lawe (1984) sobre a criança. Também a publicação de Spink (1995) contempla várias pesquisas sobre representações sociais: o estudo de Bock sobre os psicólogos, de Castro sobre a prostituição, de Schulze sobre os doentes portadores de cancro, de Arruda sobre a ecologia e os modelos de desenvolvimento, de Guareschi sobre o poder e a autoridade na óptica das crianças em idade escolar e de Souto sobre o professor universitário.

O conceito de representação social enfatiza a dependência da acção face à actividade cognitiva, ao mesmo tempo que associa a cognição à produção de sentido e à construção da realidade social. Porém, as representações sociais não são meros enunciados sobre a realidade, mas teorias sociais práticas sobre objectos relevantes na vida dos grupos. Enquanto teorias, são organizações de crenças, atitudes e explicações, enquanto teorias práticas são organizadoras da acção e enquanto teorias sociais são produzidas no quadro das comunicações quotidianas suscitadas pelas identidades sociais. (Vala, 1993)

A razão de ser desse estado de coisas é que, nos dias de hoje, a maior parte dos objectos, conceitos e analogias que se impõem têm origem na pesquisa científica. Assim sendo, o acto de representar não deve ser encarado como um processo passivo, reflexo na consciência de um objecto ou conjunto de ideias, mas como um processo activo, baseado na reconstrução de um contexto de valores, reacções, regras e associações. As

representações tornam familiar ou não familiar e como tal, o acto de representar transfere o que é estranho colocando-o numa categoria e contexto conhecidos.

O primeiro passo para a elaboração da Teoria das Representações Sociais, a partir do seu conceito, terá sido a estrutura de dupla natureza, “conceptual e figurativa” que Moscovici lhe atribuiu desde o início. Moscovici (1981: 181) refere que “*por representação social nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do quotidiano, no decurso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum*”.

A teoria das representações sociais permite que se equacionem as cognições e as representações de objectos sociais por parte dos grupos sociais para os quais a intervenção está voltada, pelo que é um instrumento valioso no diagnóstico psicossocial e conseqüentemente na intervenção na área da saúde. Desta forma, torna-se útil quando há necessidade de confrontar diferentes representações em relação a um objecto social.

Para Moscovici (1984), as representações sociais, pelo seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade, terminam por constituir o pensamento num verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida quotidiana. Assim sendo, são consideradas como um produto porque surgem como um pensamento constituído ou campo estruturado, uma vez que permitem explicar o lugar que a representação ocupa o pensamento das sociedades, daí a distinção que Moscovici (1981, 1984) considera nas sociedades contemporâneas, entre “*os universos de conhecimentos consensuais e os universos de conhecimentos reificados*”.

No universo consensual, Moscovici (1984) avalia a sociedade como um grupo de pessoas iguais e livres que têm a possibilidade de falar em nome do grupo. Cada indivíduo dentro do seu grupo, torna-se um pensador amador responsável, bem como um emissor de opiniões e pontos de vista, que na base das comunicações constrói as representações sociais do mundo que o rodeia. Em consequência, o grupo torna-se uma criação visível, permeada de um sentido e de uma finalidade, em que todos os indivíduos têm o mesmo direito de criar representações e compartilhá-las nas suas relações sociais. No universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de

diferentes papéis e classes, cujos membros são diferentes e procuram atingir o lugar desejado de acordo com os seus méritos e competência profissional.

As representações sociais permitem o conhecimento concreto da consciência, uma vez que são a expressão dos seus conteúdos. Além disto, são mediadoras entre a actividade e a consciência e encontram-se a nível do empírico permitindo captar o processo de consciência dos indivíduos. Lane (s/d: 6) refere que as representações compreendidas *“como um processo cognitivo que implica imagens (reflexão) dos significantes sociais, com seus conteúdos ideológicos, as experiências vividas, etc. e que possuem um papel de direcção para as acções com o indivíduo (...)”*. (Spink, 1995)

Como afirma Fernandes (2002: 5), *“as representações são matrizes que nos permitem interpretar, pensar e agir sobre a realidade, funcionam como instrumentos de referência na comunicação, acção e controlo do mundo social, sendo essenciais na compreensão dos fenómenos sociais e simbólicos”*.

Enquanto teorias sociais práticas relativas a objectos e problemas sociais específicos e relevantes na vida dos grupos (Jodelet, 1989), as representações sociais alimentam e são reproduzidas no quadro de uma interdependência triádica que Moscovici (1979) caracteriza como uma relação entre o sujeito (indivíduo ou grupo) com um objecto e mediada pela intervenção de um alter (indivíduo ou grupo).

Na Primeira Conferência Internacional de Representações Sociais em 1992, Moscovici (1993) apontou que *“as representações sociais não são auto-explicativas e têm que ser explicadas a partir das condições sociais dos grupos que lhes deram origem. A representação classifica e rotula os objectos, pessoas ou acontecimentos, localizando-os numa categoria determinada e é compartilhada pelo grupo”*. (Teixeira, 2002: 126)

Segundo Celso Sá (1998), o campo da representação remete-nos à estrutura interna de conteúdos concretos e limitados das proposições relacionadas com um determinado objecto da representação. Esta dimensão permite deduzir que o campo de representação possui uma organização subjacente de elementos que é ordenada, estruturada e hierarquizada, o que faz pensar na ideia de imagem ou modelo social. Por um lado, uma opinião pode englobar um modelo representado mas por outro lado, trata-se de um conjunto que não é ordenado nem estruturado. (Teixeira, 2002)

No universo consensual, o veredicto precede o julgamento. Segundo Moscovici (1981), quando categorizamos algo, procuramos entre os protótipos que temos armazenados na memória e estabelecemos uma relação positiva ou negativa com ele. Para o autor, a análise teórica da representação social engloba três situações: a organização do conteúdo que se distingue em informação, atitudes e campo de representação; a formação e determinação das representações sociais caracterizada pelo processo de objectivação (categorias colectivas ou identidades autónomas) e de ancoragem (a teoria provém do sistema pessoal de interpretação das condutas e das relações interpessoais); e os aspectos cognitivos da representação social.

O autor propõe dois processos importantes nessa forma de pensamento em que predominam a memória e as conclusões pré-estabelecidas: a ancoragem e a objectivação. Ancorar consiste em trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado, o que permite a integração cognitiva do objecto representado dentro do sistema pré-existente de pensamentos e de categorias, algo como enraizamento social da representação. A classificação e a nomeação constituem duas formas de ancorar em representação, um aspecto, objecto ou assunto da realidade, socialmente valorizado pelo grupo. Objectivar consiste em transformar uma abstracção em algo quase físico, isto porque a objectivação *“transforma uma abstracção em algo quase físico, traduz algo que existe nos nossos pensamento em algo que existe na natureza”*. (Moscovici, 1981: 192)

Contudo, não é fácil encontrar uma definição consensual para o conceito de representação social. É um domínio do conhecimento que pode ser considerado como um processo de construção social da realidade elaborado a partir de um ou mais quadros de apreensão do real através da história de vida do indivíduo. Jorge Vala (1993: 354) dá-lhe um sentido amplo ao dizer que as representações sociais se alimentam *“não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações quotidianas”*.

A principal colaboradora e continuadora do trabalho de Moscovici dedicada ao estudo e sistematização do conceito de representações sociais, Denise Jodelet (1986: 474), refere que *“o conceito de representação social designa uma forma de conhecimento específico, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos degenerativos e funcionais socialmente caracterizados. Em*

*sentido amplo, designa uma forma de pensamento social. As representações sociais constituem modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio de entorno social, material e ideal*". (Teixeira, 2002: 127)

Na mesma linha de pensamento, Silva (1999: 6) considera que as representações sociais são *"um conjunto de conceitos e explicações resultantes da vida quotidiana no decurso das comunicações interindividuais. São o equivalente, na nossa sociedade, aos sistemas de crenças e mitos das sociedades tradicionais e podem ser consideradas como a versão contemporânea do senso-comum"*.

As representações sociais como produto da dinâmica e evolução dos indivíduos em sociedade, caracterizam-se por acções autónomas que acompanham sempre o social e o indivíduo. Se por um lado, as representações sociais são prescritivas, ou seja, têm o peso da tradição, da memória colectiva, das imagens e linguagem, por outro lado, não podemos descurar o poder do presente, o poder do indivíduo transformar o social e as representações sociais. (Silva, 1999)

Enquanto processo, as representações surgem como um pensamento constituído ou núcleos estruturantes. Nesse ponto de vista, o estudo sobre representações sociais refere-se à compreensão dos processos de elaboração e transformação das representações sob a força das determinantes sociais ou à compreensão da eficácia das representações na interacção social. Por um lado, a análise é feita através dos processos de ancoragem e objectivação e por outro lado, através da análise das propriedades estruturais das representações sociais, distinguindo-se os aspectos centrais de aspectos periféricos, de modo a estudar a relação entre as representações e a dinâmica de transformação das representações sociais.

A teoria das representações sociais procura explicar os fenómenos sociais, os processos criativos e a geração do novo no interior dos grupos sociais. Neste sentido, Moscovici (1988: 219) refere que ao enunciar o estudo das representações sociais, pretendia contribuir *"mais para a compreensão da inovação do que da tradição, para a compreensão de uma sociedade em construção do que uma sociedade preestabelecida"*. (Vala, 1993: 913)

No entanto, os quadros de representação não são universais porque cada grupo social tem a sua cultura somática e também, não são imutáveis nem sistemáticos uma vez que o conhecimento relativamente coerente, completo e esclarecido de algumas

funções do organismo contrapõe-se com o desconhecimento quase total de outras. (Hespanha, 1987)

A representação é um acto do pensamento através do qual o indivíduo se relaciona com um objecto e como tal, representação mental de algo envolve sempre o conteúdo mental do acto de pensamento. Segundo Harré (1984), a representação social é uma actividade mental pela qual o indivíduo constitui uma imagem, ideia, pensamento ou conceito do objecto. Encontra-se sempre ligada ao objecto com dois sentidos relacionados, por um lado a semelhança ou reprodução de uma coisa ou pessoa e por outro lado, a acção de colocar um facto antes de outro através do discurso.

Quando se representa algo, além das próprias ideias e imagens, mantém-se um conjunto de convicções, ideais, sentimentos, valores morais e religiosos de um dado grupo social, onde o indivíduo está inserido e que é porta-voz através da capacidade de comunicar, inerente ao ser humano. (Silva, 2003)

Na perspectiva de Jodelet (1989: 362), *“a marcação social dos conteúdos ou dos processos de representação refere-se às condições e aos contextos nos quais emergem as representações, às comunicações pelas quais elas circulam, às funções que elas servem na interacção com o mundo e com os outros”*.

No campo das representações sociais, diversos autores têm investigado, num contexto psicossociológico, a forma pela qual as pessoas leigas em medicina têm representado a saúde e a doença ao longo dos tempos. Estes conceitos apresentam um interesse específico quanto ao estudo das representações sociais, uma vez que remetem para uma visão do mundo relacionando a ordem biológica com a ordem social e psicológica. Tal como a noção de saúde vai para além da simples ideia de ausência de doença, porque envolve bem-estar, alegria de viver, felicidade, enfim a própria vida, revelando a forte presença de sentimentos naquelas concepções.

À luz dos modelos explicativos das representações de saúde e doença e à medida que vão sendo confrontados com situações de doença, com o próprio sistema dos cuidados de saúde e com os profissionais de saúde, os indivíduos tendem a construir, num processo dinâmico e activo, os seus próprios esquemas e grelhas mentais a partir dos quais, vão interpretar e responder a todas as situações relacionadas com a saúde e a doença.

A percepção da saúde está relacionada com aquilo que cada um considera que é a saúde, ou seja, com o conceito que cada um tem de saúde e neste sentido, as representações dos indivíduos e as práticas de saúde são a expressão dos diferentes universos práticos e simbólicos.

As interpretações da doença são diferentes consoante o momento que surgem, o grau de gravidade e a natureza social dos indivíduos. Deste modo, as experiências de doença conduzem à elaboração das próprias definições de doença, como afirma Silva (2003: 230) ao dizer que “existem tantas representações sociais da doença quantas «situações de doença»”.

O estudo de Herzlich (1969/1973) sobre as representações sociais da saúde e da doença de um grupo de cidadãos franceses de meia-idade, foi o pioneiro na abordagem da saúde e da doença através das representações sociais. Na perspectiva de Herzlich (1969), *“a linguagem sobre a saúde e a doença é estruturada pela relação entre o indivíduo e a sociedade, verdadeiro quadro de referência da representação cuja elaboração assenta em três planos: a própria experiência, as noções que dela dão conta e as normas de comportamento que dela derivam”*.

Herzlich (1984) constatou que as noções de saúde e de doença são exprimidas e governadas no plano cognitivo numa linguagem não do mundo interior (o corpo), mas através da relação estabelecida com o mundo exterior, mais precisamente com o mundo exterior socializado. Deste modo, a linguagem da saúde e da doença é estruturada pela relação do indivíduo com os outros e com a sociedade, estabelecendo-se assim a relação e os ajustamentos do indivíduo àquela. (Duarte, 2002)

Segundo a autora, *“a saúde e a doença apresentam-se sempre como um modo de interpretação da sociedade pelo indivíduo e como um modo de relação do indivíduo com a sociedade”*. (Herzlich, 1996: 178)

Parafraçando Duarte (2002: 79), *“uma das fontes de conhecimento relativa à saúde e à doença é constituída pelas experiências prévias de cada pessoa. Estas experiências poderão ter origem quer na história pregressa de cada um, quer nas experiências havidas com membros da família ou com amigos. Este conjunto de saberes determina atitudes variadas, como a preocupação com o seu próprio estado de saúde e a conseqüente tomada, ou não, de decisões”*.



No entender de Herzlich (1991), ao se falar das representações de saúde e doença, *“por ser um evento que modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio colectivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira”*. (Sevalho, 1993: 350)

Honoré (2002: 60-61), também faz referência a Herzlich (1991: 350), que relativamente à compreensão e construção da noção de saúde e da sua incidência nas práticas refere que *“elas são da responsabilidade, na nossa sociedade, de um saber particularmente legítimo e forte – a medicina – saúde e doença constituem um dos objectos de estudo mais pertinentes da relação entre representação social, pensamento do senso comum, pensamento científico. Estudo este que se deve situar em dois planos: Um, o da relação dos indivíduos ou grupos sociais portadores de uma representação profana da medicina concebida como organização social de uma “profissão”, como conjunto de peritos capazes, não apenas de anunciar uma verdade sobre o corpo e as suas doenças, mas também, autorizados a intervir activamente sobre eles”*.

Segundo Laplantine (1970), citado por Duarte (2002: 62), do ponto de vista antropológico, são quatro as formas possíveis de equacionar as representações da saúde e da doença:

- 1ª **Elaboração das representações, tomando em consideração a percepção que têm da doença em função da proveniência sócio-cultural, das características da patologia e da época considerada;**
- 2ª **Referente à lógica dos sistemas etiológico-terapêuticos, os quais determinam as representações tanto populares como científicas;**
- 3ª **Consiste em estudar os modelos epistemológicos responsáveis pelo pensamento científico da doença;**
- 4ª **Consiste no estudo das representações a partir do contacto dos indivíduos com os sistemas terapêuticos disponíveis na sociedade em estudo.**

Segundo Herzlich (1991), *“é impossível reduzir o funcionamento das representações ao princípio objectivo da distância que separa leigos e médicos, detentores do saber dominante (...) a doença está hoje nas mãos da medicina, mas ela permanece sendo um fenómeno que a ultrapassa (...) em um plano mais geral, a história da medicina nos mostra de que modo as relações entre saber médico e*

*concepções do senso comum podem estabelecer-se nos dois sentidos, sem uma dependência em sentido único, mas com vaivéns entre o pensamento erudito e o pensamento de senso comum”. (Sevalho, 1993: 351)*

Quando a pessoa enfrenta uma situação de doença, é exposta a diferentes representações de saúde e doença que podem ser tanto populares como científicas. O estudo das representações sociais da saúde e da doença permite compreender a forma como o indivíduo constrói a realidade social e nela se orienta.

*As representações derivam quer “das experiências prévias, do contacto anterior com profissionais, quer da literatura popular e dos media, ou do conselho e experiência de familiares, amigos ou colegas, mas são igualmente influenciados pelos valores culturais do seu grupo social e pela importância social relativa que é dada aos problemas médicos”. (Duarte, 2002: 64)*

No estudo realizado por Honoré (2002: 28-29) acerca das questões sobre o sentido da saúde na existência e das representações da saúde, obteve as seguintes declarações sobre a compreensão da saúde: “*«a saúde como ausência de doença e como estado», «a saúde como tonalidade da existência», «a saúde como estilo de vida», «a saúde como um bem que se recebe», «a saúde na sua significância ética», «a saúde na sua significação aos olhos do mundo» e «a saúde na sua ressonância económica e política»*”.

Na mesma linha de pensamento, William Osler (1849-1919) assume que “tão importante como conhecer a doença que o indivíduo tem é conhecer o indivíduo que tem a doença”. (Morais, 2005: 62)

A representação da dimensão física da saúde é muito importante, na qual o corpo é visto como um instrumento de trabalho, uma condição básica para a reprodução económica das famílias, o que se mantém nas sociedades rurais em que a saúde é vivenciada como um conjunto de qualidades que tornam o corpo apto para as actividades físicas. Em contraste, nas sociedades urbanas predomina o trabalho intelectual, onde o corpo liberta-se dos constrangimentos económicos entrando numa nova relação do indivíduo com o seu corpo em que este assume funções estéticas, lúdicas, etc. O corpo disforme marcado pelo trabalho e esforço físico torna-se o símbolo de um modo de vida ultrapassado. A imagem que o indivíduo tem do corpo corresponde

às representações que faz do seu corpo e à forma como ele aparece mais ou menos consciente num contexto social e cultural particularizado pela sua história pessoal.

Na perspectiva de Herzlich (1996), a diversidade das situações sociais influencia diferentemente as representações de saúde e doença, bem como as atitudes e comportamentos acerca da relação com o corpo.

A representação do corpo tem estado no centro das atenções das ciências sociais porque é no corpo que os fenómenos de doença se manifestam. Segundo Martins (1998: 45), a *“representação do corpo físico é refeita por fantasias que levam os indivíduos a cultivarem modas e hábitos que assegurem o pertencimento simbólico desejado a um grupo ou situação, identificados como um ideal cultural acessível. O corpo físico, que na modernidade era instrumento de poder e riqueza, obtido por uma forte disciplinaridade, é redescoberto na Alta Modernidade como lugar de conforto e de emancipação do desejo”*.

Segundo Breton (1990: 151), a imagem do corpo é também *“um jogo no qual são valorizadas as acções acabadas ou por acabar, é uma falta familiar da sua relação com o mundo. A este nível em princípio não existe conflito entre a realidade quotidiana do indivíduo e a imagem que se forma do seu corpo”*. Na perspectiva do autor, a imagem do corpo não é um dado objectivo, mas sim um valor resultante essencialmente de influência “environnement” e da história pessoal do indivíduo. Não existe uma apreciação expressa das sensações vindas do corpo, mas antes, uma decifração e selecção dos estímulos, bem como a atribuição de sentido. A identificação de um ressentimento e a atribuição de uma conotação positiva ou negativa traduz uma equação complexa entre as influências sociais e culturais.

O corpo é a unidade susceptível de maior consenso na nossa cultura, porque é no corpo que se dá a doença e é sobre ele que os cuidados de saúde são prestados. Consoante a história pessoal e a classe social na qual o corpo é estruturado, assim como, na relação com o mundo, o indivíduo faz um julgamento que caracteriza a imagem que faz do seu corpo e a estima que tem de si próprio.

Neste sentido, o conhecimento do corpo pode compreender experiências imaginárias ou reais, físicas ou psicológicas, tal como afirma Alferes (1987: 212) ao referir que *“da simples organização biológica, o corpo transforma-se, progressivamente, no referente material do próprio conceito ou imagem de si: «eu*

*tenho um corpo». (...) A expressão «eu sou um corpo» corresponde à experiência do corpo vivida como eu-somático”.*

As novas concepções e tecnologias que visam responder aos novos desafios, conduzem a uma reacção cultural que valoriza as emoções, emergindo a concepção do corpo-linguagem com a eliminação do corpo-instrumento. Neste contexto, o culto à imagem de um “corpo perfeito” através da tecnologia dos implantes e transplantes é confrontado com uma nova concepção de saúde que procura introduzir uma vontade de poder assegurando a individualidade e singularidade, bem como um compromisso social.

Embora Foucault (2004: 12) refira que “o tempo do corpo não modifica, e muito menos determina, o tempo da doença”, o envelhecimento é um fenómeno que produz alterações e modificações físicas, o que por vezes toma formas socialmente inaceitáveis.

A experiência do corpo é importante para a percepção da identidade e parafraseando Breton (1990: 154), “*o sentimento de envelhecimento corresponde a uma mistura indescritível da consciência de si, através da consciência violenta de um corpo que muda e de uma apreciação social e cultural*”.

Na sociedade moderna prevalece, a visão mecanicista do corpo que leva ao seu desagregar traduzindo uma representação mecânica de cada órgão que é substituível e reparável. Segundo Abdelmalek e Gérard (1995: 48-51), “*o corpo fragmentado deixa de ter sentido*”. (...) “*A interiorização das representações mecânicas do corpo promoveu uma concepção eficaz da medicina e das tecnologias cada vez mais baseadas na “tecnologia do corpo*”.

Na representação mais corrente e simplista, Hespanha (1987) considera que o corpo é uma máquina onde se produz energia (a força física) à custa do combustível (os alimentos; o álcool) que lhe vai sendo fornecido. O motor (o coração) deve andar sempre bem oleada (boa circulação, com sangue bom) e a caldeira (o estômago) sempre cheia (bem alimentado). Algumas peças (os membros) ganham ferrugem com a idade (articulações presas, reumatismo) e o motor (o coração) também se gasta. De tempos a tempos a máquina tem de ir à revisão/vistoria (consulta) e as avarias (as perturbações de saúde) devem ser reparadas na oficina (o posto médico/o hospital).

Nas comunidades rurais onde predomina a concepção mecânica do corpo, o corpo é um instrumento de trabalho comparado a uma máquina, valorizado pela actividade e força física. A alimentação está directamente relacionada com esta representação, uma vez que a comida tem de ser forte e abundante para que a máquina trabalhe em condições. Assim sendo, quando a máquina não trabalha em condições, o corpo está sem força e sem capacidade de trabalho, ou seja, doente.

Segundo Sevalho (1993: 353), *“o corpo humano é formado por um número variável de líquidos, e a saúde é o equilíbrio entre os humores, enquanto a doença é o desequilíbrio, o domínio de algum dos humores sobre os demais”*.

Enquanto objecto do discurso das ciências sociais, o corpo situa-se na dicotomia citada por Alferes (1987: 214) como “funcionalidade biológica/significação psicológica” que é prolongada na oposição “instrumento de acção/objecto de percepção”.

A experiência individual da saúde e da doença envolve tanto o ambiente social como o corpo, porque o corpo constitui o eixo de ligação com os outros através da experiência corporal directa e da relação com o ambiente. O corpo é emissor e receptor, produz continuamente mensagens, recebe-as, descodifica-as e como tal, insere o homem num dado espaço social e cultural, como afirma Breton (1988) “o corpo é a condição mesma do homem, o primeiro vector do sentido”. (Duarte, 2002: 64-65)

Nesta linha de pensamento, Fernandes (2002) refere que o corpo doente é um corpo disfuncional e em desequilíbrio.

No quotidiano, a pessoa concreta existe pelo seu corpo e não há intervenções no abstracto como problematiza Radley (1994), se por um lado não conseguimos ignorar o nosso corpo, por outro lado, a saúde e doença não são apenas estados abstractos mas também estados físicos que interferem em todas as dimensões da vida. (Fernandes, 2002)

Segundo Alferes (1987: 214), *“o corpo é um objecto social, um objecto público, no sentido em que as representações que dele temos são socialmente construídas e partilhadas e porque é, por excelência, um objecto de troca social. O corpo é matéria e é signo. É objecto de troca e de consumo”*.

Na realidade, “*o corpo é susceptível de dois pontos de vista: o interior, no plano do «vivido» intenso, quer dizer, da psyché; e o exterior, como percepção do corpo próprio (meu ou do outro) no espaço*”. (Gil, 1997: 176)

Assim sendo, o conceito de doença e saúde para cada indivíduo, bem como a visão que cada um tem do seu corpo determina as estratégias de promoção e manutenção da doença, saúde e do corpo.

O corpo tem um papel fundamental na organização do inconsciente porque é através do inconsciente que o corpo age sobre a consciência e transmite sinais que revelam o estado de saúde. Embora alguns autores considerem que a representação da doença é uma interpretação colectiva, complexa e contínua que exprime uma linguagem que não é a do corpo mas da relação do indivíduo com a sociedade, as representações e práticas de saúde são construções que permitem os indivíduos dominar o meio social e material que os envolve, determinando as suas atitudes e decisões na gestão da sua própria saúde.

### **1.1.2. Sistemas de assistência e a realidade portuguesa**

Todas as sociedades possuem sistemas de assistência que incluem crenças, tradições, actores e práticas de saúde e doença, que incluem a ideia do que constitui e significa um sintoma, quando procurar ajuda e a quem recorrer quando se está doente.

Na maioria das comunidades, sobretudo em contexto rural, as pessoas que sofrem de algum desconforto físico ou emocional contam com diversas formas de ajuda, por conta própria ou por meio de outras pessoas. Nestas situações, podem por exemplo, decidir descansar ou tomar um remédio caseiro, pedir ajuda a um amigo, parente ou vizinho, consultar um sacerdote local, um curandeiro, uma pessoa “sábida”, ou então, consultar um médico. Tal como refere Helman (2003: 71), “*o sistema de assistência à saúde de uma dada sociedade não pode ser estudado isoladamente de outros aspectos daquela sociedade, especialmente quanto à sua organização social, religiosa, política e económica*”.

Muitas problemáticas da vida traduzem-se em mal-estar, insatisfação, depressão e stress. Embora se procure transmitir a imagem de um sistema de saúde capaz de dar resposta a quase todos os problemas de saúde, os indivíduos continuam a procurar

respostas e conselhos noutros sistemas de assistência. Na perspectiva de Abreu (2003: 93-94), *“os sistemas de assistência são uma parte integrante do sistema cultural global e agregam um conjunto de organizações e práticas sociais, com base em crenças, símbolos ou filosofias culturalmente validadas”*.

Landy (1977) considera que *“os sistemas de assistência à saúde têm dois aspectos inter-relacionados: um aspecto cultural, que inclui certos conceitos básicos, teorias, práticas normativas e modos de percepção compartilhados; e um aspecto social, que inclui a organização da assistência em certos papéis específicos e regras que regem as relações entre esses papéis em ambientes especializados”*. (Helman, 2003:71),

Embora a medicina ocidental seja hegemónica e esteja rodeada de um conjunto de poderes que facilita a sua universalização, ao longo da história e nos dias de hoje identificam-se diferentes sistemas de assistência. Em Portugal, apesar dos avanços e recuos a nível das políticas de saúde, existe um sistema oficial de saúde, que engloba aquilo que nos habituámos a designar de Serviço Nacional de Saúde. (Abreu, 2003)

No entanto, Duarte (2002) refere que o saber de saúde não está exclusivamente ligado ao saber dos profissionais de saúde. Estes possuem uma parte do saber, mas não o único, uma vez que o bem-estar dos indivíduos é condicionado por diversos factores de ordem económica, educativa, política e ambiental que configuram determinada forma de pensar e actuar.

Kleinman (1980) identificou três alternativas de assistência à saúde: a informal, a popular e a profissional, que por vezes são utilizados em simultâneo ou em sequência. (Helman, 2003)

De acordo com o mesmo autor, as estimativas apontam que 70 a 90% dos tratamentos de saúde ocorrem no sistema informal, em que geralmente cabe à mulher o papel de cuidador, desde as avós, às mães e esposas. O sistema informal inclui todas as terapêuticas a que os doentes recorrem sem pagamento e sem consultarem médicos ou curandeiros tradicionais e vão desde a automedicação (medicamentos, remédios caseiros ou tradicionais, dietas, etc.) até aos tratamentos recomendados por vizinhos, familiares, amigos, grupos de auto-ajuda, membros de algumas igrejas, ou pessoas com experiência nas “desordens a tratar”.

Cada comunidade possui um sistema de crenças e normas de comportamento que considera como correcto não só para a prevenção e recuperação de doenças, como para manter o indivíduo saudável (sobre a alimentação, o repouso, o vestuário, o trabalho entre outros), assim como utiliza rituais mágico-religiosos, amuletos e objectos religiosos para proteger o indivíduo e afastar a má sorte, inclusive a doença, o que é frequente nas comunidades rurais.

Na alternativa popular, os curandeiros formam um grupo heterogéneo, detentores de determinadas “habilidades” para curar doenças. Helman (2003) aponta várias maneiras de aquisição desses conhecimentos pelos curandeiros, quer seja pela herança através de familiares, ou da aprendizagem com outro curandeiro, quer pela posição que ocupa na família (na Irlanda considera-se o sétimo filho do sétimo filho), pela descoberta de ter o dom de curar ou ainda, pela auto-aprendizagem.

O tratamento das doenças de causas sociais como o “mal de inveja”, o “mau olhado” e as doenças causadas pelas almas dos defuntos cabe às mulheres ou homens de virtude, enquanto que os *Santos* particulares protegem da doença e da má sorte, ajudam a resolver problemas e a curar doenças.

O sector profissional compreende o modelo biomédico da medicina científica ocidental e de outras profissões a ela ligadas e reconhecidas como a enfermagem e a fisioterapia. Mas por vezes, na relação entre os profissionais de saúde e os doentes existem barreiras cognitivas e dificuldades de comunicação, pelo que os indivíduos procuram cuidados em outros modelos explicativos.

Landy ressalta que o sistema médico de uma sociedade depende dos aspectos culturais e sociais da mesma. Na maioria das sociedades predominam um sistema médico, no nosso caso a Medicina Científica do Ocidente, mas em simultâneo existem sistemas alternativos, como a acunpunctura e a homeopatia, denominados pelo mesmo autor de subculturas médicas. (Helman, 2003)

Silva e Benko (1998: 459) referem que enquanto “*a medicina ocidental/oficial tem por objecto a doença (por meio da identificação das patologias) e por objectivo o combate e a eliminação das doenças, as terapias homeopática, chinesa, ayurvédica, entre outras, têm como objecto o sujeito desequilibrado (doente) e por objectivo o restabelecimento de sua saúde*”.



Na realidade, desde a origem da vida humana que existe a necessidade de cuidados e actualmente, constata-se com novas ideias e saberes que provém dos antigos, com mais ou menos sucesso, verificando-se a existência simultânea do velho e do novo, com o antigo ainda não completamente desaparecido e o novo a procurar instalar-se através dos argumentos de eficácia, capacidade de sedução e novidade. (Pinto, 2004)

Este fenómeno da multiculturalidade e da existência de diferentes sistemas de assistência, deriva das diferentes interpretações ou representações populares e ilustra diferenças significativas nos diversos tipos de diagnóstico e tratamento, conduzindo a uma pluralidade terapêutica dentro da mesma unidade sócio-cultural. (Abreu, 2003)

Contudo, mantêm-se os paradigmas da explicação médica clássica em que as categorias utilizadas pelos terapeutas coincidem concretamente com as dos doentes, baseadas numa linguagem não-científica.

A diferente procura de cuidados assistenciais é influenciada pelas várias representações de saúde e doença, que vão determinar “*as expectativas dos doentes, as suas atitudes face às estruturas assistenciais, as suas práticas, em suma, o seu comportamento face à saúde e à doença*”. (Carraça, 1994: 30)

A escolha dos sistemas de assistência está relacionada com a segurança, a confiança mútua, o risco e o sentimento de continuidade baseados na credibilidade e na disponibilidade dos seres humanos. Neste sentido, Pinto (2004) considera a existência de quatro instituições sociais:

- ☼ O sistema de parentesco que num contexto relacional e familiar, característico dum espaço e dum tempo, em que os fluxos relacionais são relativamente estáveis e organizados.
- ☼ A comunidade local nas suas dimensões da solidariedade e segurança, mas também, como reguladora de valores e comportamentos, criadora de rituais sociais com o seu compasso e ritmo temporal.
- ☼ A cosmologia religiosa que proporciona interpretações morais e práticas de vida pessoal e social e da própria natureza.
- ☼ A tradição como organizador das relações de confiança e que tem implícita a ideia de rotina, o que permite estruturar a temporalidade através da organização das crenças e das práticas e da sua ligação com ritual e a reverência hierárquica.

Segundo o mesmo autor, a maioria das vezes, estas diferentes significações são construídas na periferia dos conceitos e preconceitos médicos oficiais e das chamadas medicinas paralelas (naturistas, místicos, curandeiros, endireitas, virtuosos, etc.). São conceitos que se constroem e reconstroem em cada pessoa/grupo/ sociedade como resultado das influências sociais, dos regimes políticos, dos momentos históricos, científicos, filosóficos, do conjunto de crenças e de factores pessoais.

Nesta linha de pensamento, Morais (1995) comenta a persistência de certos comportamentos habitualmente recalcados e até reprimidos em que o médico passa a ser um simples técnico e aliena por completo a dimensão humana e simbólica do acto médico. Como tal, muitos doentes abandonam o seu médico e optam pelo virtuoso, o endireita ou outro curador das medicinas paralelas.

O processo de cura é, segundo Bastos e Levy (1987: 228), “o processo de repor a ordem, uma espécie de arrumação do que esta desordenado”. Assim sendo, segundo as autoras, *“a diversidade das práticas médicas passa pela pluralidade de formas concretas que assumem a percepção da desordem que se traduz em doença e a promoção da ordem que consiste na cura”*.

No nosso país, sobretudo nas comunidades rurais, a assistência médica e medicamentosa prestada às populações é rara e escassa, pelo que em alternativa, a população recorre a bruxas, curandeiras, mezinheiras, parteiras ou aparadeiras, comadres ou simples curiosas, da aldeia ou redondezas. O recurso a práticas paralelas é uma estratégia a ter em conta quando se fala de autogestão da saúde.

Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1995/1996, das 13.959 pessoas que referiram alterações do seu estado de saúde nas duas semanas anteriores a este estudo: 10,4% fizeram tratamentos caseiros (chás, ervas ou outros); 8% modificaram a alimentação; 0,5% foram ao endireita, curandeiro, virtuoso, ervanário; 32,8% recorreram a medicamentos que já conheciam; 1,5% recorreram a medicamentos indicados por pessoas conhecidas; 0,5% consultaram um enfermeiro; 1,3% consultaram um farmacêutico; 0,2% consultaram um técnico naturista ou de acunpuctura; 30,2% consultaram um médico; 0,7% consultaram outro técnico de saúde e 14,1% não fizeram nada. O número total de procedimentos foi de 18.629, sendo em média de 1,3 procedimentos por pessoa. (INE, 2001a)

Perante estes dados, constata-se que a maioria da população procura o autocuidado ou autogestão da saúde através de conselhos ou informações do próprio conhecimento ou fornecido por familiares, amigos ou vizinhos.

As atitudes desenvolvidas face aos profissionais de saúde e à eficácia da medicina, assim como, as crenças ou percepções acerca da saúde e doença, são susceptíveis de influenciar os comportamentos dos indivíduos, nomeadamente a utilização dos serviços de saúde ou a adesão às prescrições médicas, particularmente as que envolvem medicamentos. Apesar de a prescrição de medicamentos ser uma das intervenções médicas mais frequentes, hoje em dia, a auto-medicação é uma prática frequente.

Na realidade, os profundos e fascinantes progressos científicos que beneficiaram a arte de curar nos últimos 200 anos, não impediram a permanência de práticas paralelas que existem desde o início da Medicina. O homem contemporâneo deposita a sua confiança na alta tecnologia hospitalar mas mantém a crença em algumas práticas tradicionais.

Em toda a concepção de saúde existe uma tradição mesmo se a medicina convencional condena as práticas paralelas, embora muitas vezes seja esquecida pelos profissionais de saúde que fundamentam as suas práticas sobre a racionalidade e a ciência.

#### **1.1.2.1. Entre a medicina convencional e o lugar da medicina paralela**

Ao longo da história e ao lado da medicina de base científica, sempre existiram práticas e saberes ligados à saúde e doença. Em determinado momento contextual, as práticas alternativas e populares, que vamos denominar de práticas paralelas, assumem uma posição diferente da chamada medicina oficial. As práticas paralelas como os chás, mezinhas, curandeiros, produtos naturais e medicamentos homeopáticos são terapias que revelam os saberes culturais e sociais, permitindo a compreensão do corpo como sistema complexo, no interior do qual, a doença é entendida como um sintoma, um sinal importante do funcionamento do aparelho biopsíquico e emocional.

As medicinas não-convencionais englobam todas as práticas relativas à Medicina Tradicional, à Medicina Popular, às Medicinas Alternativas, Complementares

ou Paralelas. Consideramos que qualquer um dos termos utilizado (tradicional, popular, alternativa, complementar ou paralela) é correcto mas pela subjectividade dos termos, reconhecemos que as expressões “medicina paralela”, “terapia paralela” ou “práticas paralelas”, são mais adequadas para compreender as práticas que funcionalmente não competem com as terapias tradicionais mas que as complementam. Em termos de concepção, distanciam-se do modelo biomédico porque não fazem uma associação simples entre saúde e doença, propondo uma ideia mais ampla e sistémica que relaciona saúde com bem-estar.

Muitos dos processos utilizados pelas medicinas paralelas foram utilizados pelos médicos no início do século mas o crescimento e desenvolvimento da farmacologia conduziram ao seu abandono. Apesar da importância da medicina convencional nos sistemas de saúde ocidentais com orientação empírica, mantém-se o recurso às medicinas populares, a elementos religiosos, tradicionais, alternativos e/ou complementares baseados nos sistemas médicos locais.

Nesta perspectiva, Duarte (2002: 77) refere que *“os saberes que constroem a cultura médica de cada um são obtidos fundamentalmente através dos contactos que se mantém com os profissionais de saúde e com as instituições sanitárias, além da que se adquire com os mais velhos, manifestada na utilização de remédios caseiros”*.

As terapias paralelas surgem como uma resposta sociológica e antropológica adequadas para novas representações do corpo ligadas com a vida e a história, na medida em que apresentam soluções para dificuldade física, religiosa, emocional e psicológica. Neste sentido, Honoré (2002: 63) refere que *“nos dias de hoje, o desenvolvimento das medicinas paralelas, dos produtos naturais, as práticas de sofrologia, as correntes psicoterapêuticas ditas humanistas caracterizam-se, em vários aspectos, pelo ressurgimento de concepções e de rituais muito antigos reunindo o corpo às forças da natureza”*.

A saúde ultrapassa o domínio da medicina e apela aos comportamentos individuais, familiares e sociais que englobam o homem e todas as suas aspirações mais profundas. Actualmente, a noção de saúde não se limita apenas ao normal e ao bem-estar do corpo ou na oposição à doença mas sim, num sentimento de plena capacidade para se adaptar às novas necessidades fisiológicas, psíquicas, simbólicas e sociais. (Leandro, 2001)

O conceito de Medicina aparece nos dicionários definida como “*um conjunto de conhecimentos relativos à manutenção da saúde, bem como, à prevenção, tratamento e cura das doenças, traumatismos e afecções, considerada por alguns uma técnica e, por outros, uma ciência*”; ao passo que Medicina Popular é entendida como “*o emprego de remédios e medidas simples baseadas na experiência e conhecimentos passados de geração em geração*”. (Houaiss et al., 2003: 2433)

Murray e Rubel (1992) referem-se à medicina alternativa como “*um conjunto de práticas oferecidas em alternativa à Medicina Convencional para preservar a saúde e o tratamento de problemas relacionados com a saúde*”. (Meines, 1999: 80)

Na prestação de cuidados de saúde, as referências sociais têm grande influência, verificando-se uma interacção entre as práticas curativas e preventivas. Parafraseando Martins (1998: 1), as terapias alternativas “*constituem sistemas de cura não-convencionais, inspirados em tradições orientais e ocidentais – espiritualistas, bioquímicas e psicológicas. Estas terapias reivindicam a cientificidade a partir de parâmetros diferentes daqueles adoptados na validação dos sistemas de cura clássicos ou orgânicos, dominantes no campo médico ocidental*”.

Imperatori (1999:211) define a medicina alternativa como “*o conjunto de terapias habitualmente excluídas dos serviços de saúde ocidentais. Algumas baseiam-se em teorias diferentes da medicina ocidental (acupunctura, aromaterapia, homeopatia) e outras em teorias clássicas do ocidente, embora nem sempre aceites (osteopatia, fitoterapia). Também se denominam medicinas paralelas e em alguns casos medicinas tradicionais*”.

Na perspectiva de Hespanha (1987: 204), “*a doença foi ganhando ao longo do tempo uma explicação de carácter «sobrenatural» que ainda hoje é muito acentuada particularmente em meios sociais menos urbanizados. A doença, tal como outros flagelos, representa na tradição religiosa popular «a vontade divina» e, por conseguinte, deve-se guardar respeito e mostrar-se temeroso a propósito dela*”.

Segundo Morin (1990), as terapias não convencionais demonstram que os princípios e lógicas organizativas dos seres em geral, e dos seres humanos em particular, encontram-se na compreensão da interacção complexa do organismo e não nas suas unidades elementares consideradas irredutíveis à luz da física e da biologia moderna. (Martins, 1998)

A interpretação da experiência revela que o que está em causa não é a observação objectiva da realidade mas a compreensão do que se observa, à luz dos valores, das crenças e das próprias representações sociais. Sendo assim, as crenças estão associadas a ideias falsas que não correspondem a nenhuma realidade e que são irracionais à luz da ciência, pelo que se considera que as pessoas comuns têm crenças e os médicos têm conhecimentos.

Relativamente à medicina popular, Helman (2003: 75) refere que *“o sistema popular é frequente nas sociedades rurais em que certos indivíduos especializam-se em formas de cura sagradas ou seculares ou em mistura de ambas”*.

Na perspectiva de Redfield, a medicina popular (*folk medicine*) está “aninhada” numa “bolsa de cultura”, dentro de um vasto contexto nacional e foi infiltrada pelas ideias de cultura politicamente dominante. A cultura popular (*folk culture*) é um sistema de crenças e práticas mais aberto que o das sociedades que chamamos de primitivas, caracterizadas por um sistema fechado com menos oportunidades de contacto cultural. (Nunes, 1997: 179)

A medicina popular é definida por Fontes (1995: 18) *“como o conjunto de conhecimentos e crenças criadas pelo povo, quer dizer, pelos profanos não profissionais, o que se opõe ao discurso erudito”*.

O representante da medicina popular é o curandeiro, o qual nasce das necessidades dos que o procuram, pelo que resiste à evolução dos nossos dias e apenas deixará de existir quando deixar de ser procurado. No curandeiro, os indivíduos poderão encontrar alguém que fala o mesmo idioma e cuja intervenção é baseada na aplicação de receitas familiares bem conhecidas das respectivas comunidades, procurando a resolução de doenças pouco graves.

Neste sentido, Bury (1997) considera que o saber popular é constituído pelos conhecimentos e crenças, com os símbolos e normas que lhe estão associados, resultantes da interpretação da experiência de vida que se foi acumulando ao longo das gerações. (Silva, 2003)

*“A OMS designou por medicina tradicional o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, explicáveis ou não, utilizados para diagnóstico e tratamento de doenças, transmitidas verbalmente ou por escrito de uma geração a outra”*. (Pereira, 1987: 188)

Na literatura sociológica e antropológica, a medicina tradicional está relacionada com o conjunto de conhecimentos, crenças e saberes populares do povo, dos não profissionais ou especialistas, isto é, dos indivíduos sem habilitação médica oficial e que procuram tratar e curar os doentes mediante práticas de feitiçaria, rezas, magias, plantas, ou até mesmo, tratar de fracturas e deslocações dos ossos, no caso dos endireitas.

Na perspectiva de Landy, para o terapeuta tradicional a situação de contacto com a medicina ocidental, pode ser potencialmente conflituosa, conduzindo à necessidade de adoptar elementos da cultura em competição e de adaptação do seu papel, de modo a aumentar a sua eficácia terapêutica ou até mesmo, fortalecer o seu papel na sociedade de que faz parte. (Nunes, 1997)

Apesar da competição com a medicina convencional, os terapeutas tradicionais conseguiram adaptar-se, mantendo o seu papel e influência na sociedade. Deste modo, continuam a formular diagnósticos médicos e a receitar “medicamentos de farmácia” ao mesmo tempo que fazem diagnósticos tradicionais, juntando várias capacidades terapêuticas e diagnósticas, aumentando assim, a sua clientela e a sua fama.

Na perspectiva de Pereira (1987: 189), *“os curadores tradicionais preocupam-se essencialmente com a «illness», isto é, tratam a experiência humana da doença, dão explicações significativas para a mesma, e respondem às expectativas pessoais, familiares e comunitárias que a rodeiam”*.

Segundo Miller (2001), um grupo de investigadores de Yale refere que os americanos utilizam medicinas alternativas essencialmente para suplemento da medicina convencional e não para substituir e que apenas 20% dos seus utilizadores os mencionam aos seus médicos de família.

Berta Nunes (1987: 241) no seu livro “O saber médico do povo” descreve a cultura e as práticas do cuidado do corpo e da saúde numa população de Trás-os-Montes através do registo de relatos de indivíduos que consultaram “bruxas”: *“ ao contrário da atitude arrogante e muitos profissionais de saúde, eu penso que o doente tem o direito a optar, desde que devidamente informado, pela solução que entender para resolver os seus problemas de saúde. A tolerância deve ser uma das qualidades principais do médico. Só respeitando o doente e as suas escolhas poderemos ter o respeito deste e a sua confiança”*.

Também a religião tem um impacto na concepção de saúde e doença, pelo que em muitos casos de doenças consideradas incuráveis ou não pela medicina científica, os crentes, praticantes ou não, e até mesmo os não crentes, recorrem aos santos e a outras formas de intervenção das forças divinas, na expectativa de encontrar uma resposta que a ciência e a técnica não conseguem oferecer. As religiões, umas mais que outras, oferecem um sentido para a saúde e doença, e no caso da religião católica há um certo número de santos milagreiros e/ou protectores relacionadas com esta ou aquela doença. (Leandro, 2001)

Nas comunidades rurais, o culto a elementos divinos através de um conjunto de práticas expressivas do sentimento de fé é uma prática comum. Neste sentido, Marrucho (1998: 30) refere que *“a religião interfere significativamente com a percepção da saúde, na medida em que é comum algumas pessoas entenderem a perda de saúde como resultado de uma punição divina. A crença neste princípio tende a criar nas pessoas uma atitude de resignação e conformismo face aos problemas de saúde”*.

Estamos longe da época em que as bruxas eram queimadas vivas nas fogueiras por ordem das autoridades religiosas, mas nas sociedades em que as doenças e outros tipos de infortúnio são atribuídos a causas sociais (bruxaria, feitiços ou mau olhado) ou a causas sobrenaturais (deuses, espíritos, fantasmas ancestrais ou destino), são frequentes os curandeiros sagrados. Nestes casos, os terapeutas tradicionais têm acesso a um vasto conjunto de informações sobre o doente e a sociedade onde vive, o que os coloca em posição de vantagem relativamente aos profissionais de saúde, que muitas vezes não utilizam uma linguagem perceptível e não partilham os mesmos padrões culturais. (Helman, 2003)

De facto, a medicina paralela tem o seu próprio modo de explicar e de tratar a doença, partilhando os mesmos valores culturais e mantendo algumas crenças sobre as causas, diagnóstico e tratamento. Como tal, o homem recorre à medicina paralela por iniciativa individual com carácter pontual e a percepção que tem da sua doença é influenciada pelas crenças sociais e culturais daqueles a quem recorre.

As medicinas paralelas resultam de um processo de aproximação entre as medicinas tradicionais e populares, orientais e ocidentais, com um rápido crescimento nos últimos anos, que procura dar resposta a questões de ordem física, psicológica e



espiritual. O recurso às medicinas paralelas é muitas vezes explicado pela insatisfação dos indivíduos face ao tratamento convencional e à relação com o médico.

Segundo Meines (1999: 80), *“os doentes procuram a medicina alternativa por múltiplas razões, incluindo práticas étnicas e populares, desilusão com as práticas médicas habituais, envolvimento em cultos, grupos metafísicos, grupos de saúde e de bem-estar, a crescente rebeldia contra a tecnologia, e a percepção de cuidados médicos despersonalizados.”*

Nesta linha de pensamento, Ferreira (2002: 156) refere que *“existem muitas pessoas que com objectivos preventivos e terapêuticos recorrem a terapêuticas alternativas e a produtos ditos naturais, muitas vezes em simultâneo com o uso de medicamentos prescritos pela medicina convencional e sem o conhecimento dos médicos”*. Segundo o autor, este novo campo terapêutico complementa o campo biomédico tradicional, uma vez que as terapias alternativas contribuem para aumentar a eficácia dos tratamentos científicos convencionais através da cura orgânica realizada pela interacção dos aspectos físicos, emocionais e psíquicos.

Apesar da falta de regulamentação das práticas paralelas, a adesão não pára de aumentar na sociedade ocidental e neste sentido, a OMS pretende regulamentar algumas práticas, assegurando a sua qualidade e ao mesmo tempo, proteger e preservar os conhecimentos tradicionais. Em 1978, recomendou a integração das práticas tradicionais de cura à medicina moderna enfatizando a necessidade de garantir respeito, reconhecimento e colaboração entre os praticantes dos diversos sistemas de tratamento e cura, isto porque para se integrar a medicina tradicional nos Cuidados de Saúde Primários é necessário avaliar os resultados dos diferentes tratamentos efectuados e permitir que os mais eficazes sejam utilizados.

Para os que procuram o tratamento e a cura, *“enquanto há vida, há esperança”* e como tal, a medicina paralela pode ser a última tentativa de cura, tal como Fletcher (1992) afirma: *“os doentes procuram tratamentos não convencionais devido a um conceito de esperança”*. (Meines, 1999: 83)

No contexto actual, resultado de uma série de mudanças nos paradigmas, nas mentalidades e nas instituições reflecte a nova concepção do indivíduo e da sociedade e o conhecimento das terapias alternativas ao lado das tradicionais e da medicina convencional que legitima uma filosofia de bem-estar. Nesta perspectiva, Martins

(1998: 21) refere que *“é possível que as terapias alternativas sejam uma das lanternas que apontam para uma nova experiência de encantamento, provavelmente mais razoável e prazerosa”*.

O processo de tratamento é influenciado segundo Le Breton (1990: 192), pelas *“(...) designadas medicinas «doces» que em princípio têm em conta o que se passa entre o doente e o médico e esforçam-se por relacionar o mal com o sujeito”*. (Leandro, 2001: 80)

Com os avanços da biotecnologia, ao relacionarem os conhecimentos tradicionais com a propriedade intelectual, Pinto e Godinho (2003: 91) referem que *“os conhecimentos tradicionais tornaram-se importantes inputs bioinformacionais para a inovação”*.

Os conhecimentos tradicionais são colectivos e partilhados, uma vez que são desenvolvidos de maneira colectiva no seio de uma comunidade e transmitidos, de geração em geração. Além disto, são dinâmicos porque podem ser adaptados ou transformados pelas gerações actuais e fazem parte de um património cultural com uma dimensão religiosa associada. Assim sendo, podem assumir a forma de histórias, práticas agrícolas e medicinais, rituais e crenças, o que é frequente nas comunidades rurais com estilos de vida tradicionais

Nas representações de saúde e doença residem elementos naturais e sobrenaturais que reflectem a cultura, os valores e as crenças dos povos. Segundo Sevalho (1993: 352), os *“sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissolúvelmente ligados às expressões da doença, da ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte”*.

Segundo Helman (2003:72) as crenças *“são normalmente um conjunto de normas específicas para cada grupo cultural, sobre o comportamento «correcto» preventivo de doenças (...) incluem crenças sobre a maneira «saudável» de comer, beber, dormir, vestir-se, trabalhar, rezar e conduzir a vida em geral. Em algumas sociedades, a manutenção da saúde inclui também o uso de feitiços, amuletos e medalhões religiosos para afastar a má sorte, uma doença inesperada e para atrair a boa sorte e a boa saúde”*.

Loudon define rituais como “*aqueles aspectos de um comportamento prescrito ou formal repetitivo, isto é, aqueles aspectos de determinados costumes que não possuem consequências tecnológicas directas e que são simbólicas*”. Para Turner (1974), “*o ritual é uma reafirmação periódica dos termos sob os quais os membros de uma cultura determinada devem interagir para que haja determinado tipo de coesão na vida social*”. (Helman, 2003: 197)

“*As pessoas concebem rituais e dirigem-se, indistintamente, aos mágicos, aos curandeiros, aos bruxos, aos sacerdotes e aos santos, cujas práticas englobam remédios empíricos, rituais mágicos e socorro*”. (Leandro, 2001: 78)

A realização de um ritual é feita através de símbolos e objectos padronizados como roupas, gestos, palavras, canções, entre outros, que são utilizados com uma ordem previamente estabelecida. Deste modo, o conhecimento cultural e social de uma sociedade é fundamental para a compreensão e descodificação do significado de um ritual.

Os antropólogos descrevem três tipos de rituais públicos: os de ciclo cósmico ou calêndricos; os de transição social e os de infortúnios. Os rituais calêndricos comemoram as mudanças de ciclo cósmico, as mudanças de estação, de meses e de certas festividades como o Natal e a Páscoa. Os rituais de transição social relacionam as mudanças do ciclo de vida com as mudanças sociais daí decorrentes (por exemplo: casamento, gravidez, parto e funeral). Os rituais de infortúnio são realizados em situação de crise, como problemas graves de saúde e acidentes. Para Loudon, este tipo de ritual pretende não só resolver os problemas detectados como também, restabelecer as relações perturbadas com o mundo natural e sobrenatural. Numa primeira fase identifica-se o problema e posteriormente realiza-se o tratamento dos efeitos produzidos pelo infortúnio. (Helman, 2003)

Na perspectiva de Abreu (2003: 44), os rituais são “*são práticas culturais assentes em simbolismos, que servem para fortalecer os laços de coesão entre os membros de uma sociedade ou para uma adaptação mais eficaz ao meio ambiente*”. Este autor também distingue três tipos de rituais: cerimoniais, de passagem e de casamento ou morte. Os rituais cerimoniais referem-se a realidades culturais associadas a representações culturais específicas (por exemplo: oferendas e cerimónias dirigidas aos deuses). Os rituais de passagem estão relacionados com fases cruciais da existência

humana, em que na realização da sua celebração são transmitidos conhecimentos que podem servir como factor explicativo e de integridade psicológica (por exemplo: nascimento e infância, puberdade e adolescência, maturidade e casamento, velhice e morte). Enquanto que o nascimento manifesta o reconhecimento perante este facto social, o ritual de morte permite a concretização do luto e a racionalização do acontecimento.

Os rituais podem exercer funções psicológicas, sociais e protectoras quer para o indivíduo, quer para a sociedade. Beattie afirma que *“os rituais representam uma via de expressão e alívio de alguns stresses interpessoais e tensões, inalienáveis à vida em sociedade”*. (Helman, 2003: 211)

Em Portugal, no que diz respeito à medicina popular, é frequente a prática dos rituais de “quebranto” e “mau olhado”.

Na nova concepção de saúde que articula o corpo físico com o corpo afectivo-emocional, surgem novos rituais de cura alternativa que por um lado procuram a cura de doenças orgânicas e por outro, contribuem para libertar os corpos dos imaginários tradicionais.

Na medicina ocidental verifica-se um movimento importante da medicina psicossomática que articula as diversas causas físicas e emocionais de determinadas doenças. A partir do campo oficial, este movimento vai de encontro à medicina alternativa, contribuindo para a legitimidade cultural das novas abordagens.

Os conhecimentos tradicionais visam a solução de diversos tipos de problemas que se colocam ao indivíduo, pelo que o recurso às medicinas paralelas conduz a uma mudança na representação social da saúde e doença, uma vez que a saúde passa a estar relacionada com o prazer de viver e o bem-estar do indivíduo, família e comunidade.

Muitos dos problemas de saúde são atribuídos a conflitos interpessoais, que ao serem discutidos abertamente pelos grupos, conduzem à resolução mais rápida e consistente.

### **1.1.3. A Família como cuidadora informal**

A família é considerada uma unidade básica da organização social, constituída por indivíduos em constante interacção entre si e o ambiente, incluindo outras pessoas,

fundamentais para a modelagem de valores, crenças, comportamentos familiares e para a formação de práticas de saúde tendo em vista um óptimo nível de saúde. Neste sentido, tem um papel preponderante no apoio aos seus membros, uma vez que as crenças sobre a saúde e doença estão relacionadas com as expectativas sócio-culturais, traduzidas em práticas de cuidados de saúde apropriados para problemas específicos de saúde, que conseqüentemente afectam o estado de saúde da família e dos seus membros.

A família é o meio natural onde a pessoa nasce, cresce e morre, pelo que, quando alguém necessita de cuidados de saúde, para além do acto médico, é nos familiares que em primeiro lugar, faz o apelo para desempenhar esta tarefa. Antes de recorrerem aos sistemas de cuidados de saúde para receber assistência, os indivíduos procuram remédios caseiros concebidos pela família, amigos e vizinhos.

Para diversos autores, a família constitui um dos factores psicossociais importantes na evolução da doença e no processo de readaptação. A família é um sistema no qual se actualizam as interacções que facilitam ou impedem a recuperação e readaptação de um dos seus membros doentes.

De acordo com a definição do Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003: 1692), a família é entendida como um *“grupo de pessoas vivendo sob o mesmo tecto (...) grupo de pessoas que têm uma ancestralidade comum ou eu provém de um mesmo tronco (...) grupo de pessoas unidas pelas mesmas convicções ou interesses ou que provém de um mesmo lugar”*.

Marrucho (1998: 25-26), considera a família como *“uma unidade biopsicossocial integrada por um número variável de elementos, ligados por vínculos de consanguinidade, casamento e/ou união estável, habitando num mesmo local”*. A partir desta concepção sistémica, entende *“a família como um subsistema social aberto”*, em constante interacção com o meio natural, cultural e social, em que cada membro interage com o meio envolvente. Deste modo, o seu estado de saúde é influenciado pelos factores biológicos, psicológicos e sociais.

Enquanto membros activos das famílias e comunidades em que se encontram inseridas, as pessoas não vivem isoladamente, também porque vivem e desenvolvem-se num ambiente constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam o estilo de vida dos indivíduos. O estatuto social, o género, a etnia, as convicções religiosas e as

experiências de saúde e doença são distintas e vão afectar a representação social de saúde e doença, bem como a procura de cuidados de saúde.

Para compreender a estrutura familiar, Durkheim (1888) recomenda a procura de apoio no estudo dos costumes, do direito, dos hábitos, e não em relatos e descrições literárias, referindo que *“algumas informações sobre os costumes em matéria de herança ensinam-nos mais sobre a constituição de uma família que muitas descrições específicas”*. As análises estruturais de Durkheim estão relacionadas com as formas antigas ou não europeias da família, considerando a família contemporânea como o produto de formas antigas, afirmando que *“a família moderna contém em si, como que resumido, todo o desenvolvimento histórico da família”*. (Segalan, 1999: 26)

Para Durkheim, os tipos familiares não se encontram hierarquizados e a família de hoje não é nem mais nem menos perfeita do que a de outrora, apenas diferente porque as circunstâncias são diferentes.

No entanto, a tomada de consciência de uma dimensão histórica ou mais etnológica do fenómeno familiar, ainda que testemunho de uma abertura problemática, nunca se afasta de um contexto ideal. O facto de poderem surgir ideias colectivas a propósito de uma organização tão complexa pressupõe uma tomada de consciência e um olhar colectivo sobre a constituição da família.

Mais abrangente que a noção de família definida pela existência de laços de sangue ou aliança, é o conceito de *“agregado doméstico”* que Wall (2003: 13) designa por um *“grupo elementar de solidariedade quotidiana”*, que tem por base *“um critério de co-residência entre os indivíduos, que implica quer a partilha do mesmo tecto (critério locacional), quer a partilha de recursos e mesmo de actividades (critério funcional)”*.

A estrutura do agregado doméstico revela uma forma de organização que regula a transmissão das práticas e dos valores culturais, articulando família e trabalho, família e poder, família e haveres. As determinantes da dimensão e da estrutura dos grupos domésticos não é simples de estabelecer, porque a sua natureza é múltipla: demográfica (idade de casamento, fecundidade, migrações), económica (tipo de exploração agrícola, relações com a economia englobante), cultural (tipo de relações entre as gerações e os parentes), jurídica (práticas legais). Assim sendo, para estudar os grupos domésticos é necessário que sejam inseridos no estudo dos sistemas de reprodução social. (Segalan, 1999)

Para compreender a dimensão dinâmica da família, é fundamental a análise das transformações sociais, isto porque a influência social e cultural da família intervém na morbilidade e no risco de adoecer, bem como no modo de manifestação da doença e na utilização dos serviços de saúde. Citando Duarte (2002: 82), *“todos os indivíduos detêm uma explicação lógica, no seu sistema cultural, para a doença e para a saúde, da mesma forma que a representação dos papéis dos profissionais de saúde, a concepção de doença, a explanação das suas causas e as propostas de tratamento variam de cultura para cultura”*.

A transmissão cultural processa-se essencialmente pelo que o indivíduo interioriza ao longo da vida, as tradições, sistemas de referência e valores do grupo a que pertence, adquiridos durante o processo de socialização e sob influência do meio. Deste modo, as ideias são transmitidas de geração em geração, frequentemente pelas mulheres, com vista à manutenção da saúde ou para fazer face à doença dos membros da família. Esta influência dos antecedentes culturais, implica a adaptação das famílias.

Neste sentido, Leininger (1998: 9) refere-se à *“cultura como as crenças, valores e estilos de vida aprendidos e partilhados, por um determinado grupo geralmente transmitidos inter-gerações e influencia a maneira de pensar e agir de cada um”*. (Pontes, 2002: 61)

Actualmente, constatamos com composições familiares muito diferentes. Por um lado, temos a família nuclear constituída pelo marido, mulher e filhos biológicos, e por outro lado, a família mista constituída pelo marido e mulher com filhos de casamentos prévios e os seus próprios filhos biológicos vivendo em comum. Tradicionalmente, uma família alargada é aquela em que existe o marido, a mulher, os filhos, os avós e outros parentes consanguíneos, como tias, tios e primos, a viver em comum. Ainda que as famílias alargadas não vivam tão frequentemente em conjunto como acontecia no passado, continuam a assegurar o apoio emocional e os cuidados de saúde aos seus membros. (Bolander, 1998)

Em outros tempos, sobretudo nos meios rurais, prevaleciam as famílias alargadas de predomínio patriarcal, em que os homens eram responsáveis pelo suporte económico através da actividade profissional, enquanto que as mulheres eram responsabilizadas pelos trabalhos domésticos e pela educação dos filhos. Neste tipo de famílias, cada geração assumia diferentes responsabilidades, mas com as alterações no

processo de divisão de trabalho entre o homem e a mulher associado à mudança de valores e atitudes, a família sofre modificações significativas na sua estrutura e funções.

Segundo Wall (2003), nas tendências actuais verificam-se transformações na vida familiar, com mudança dos papéis femininos e masculinos, a existência de novos valores familiares, aumento das taxas de divórcio e recasamento, diminuição da fecundidade e maior autonomia dos indivíduos e casais em relação aos laços de parentesco.

A modernidade conduziu à migração das famílias dos meios rurais para os meios urbanos industriais, o que teve consequências no processo de formação e composição das famílias, bem como na evolução e transformação do ciclo de vida da família, concebido numa sequência de estádios que a mesma atravessa ao longo do percurso da vida, desde a sua formação até à dissolução.

Com a modernização da vida familiar, verificou-se o aumento de pessoas sós, das famílias monoparentais e das famílias recompostas, bem como a diminuição de casais com ou sem filhos, o que segundo Marrucho (1998) parece ter uma repercussão negativa sobre a saúde dos seus membros, devido ao isolamento, aos problemas económicos, à sobreprotecção dos filhos ou até mesmo, pela ausência do papel parental.

Na sociedade actual, as famílias monoparentais com um ou mais filhos em que existe apenas um progenitor são frequentes. Tanto estas, como as famílias recompostas, colocam directamente o problema na articulação da família e residência.

Face à perda de um progenitor, a família é considerada monoparental reconstituída por um novo grupo progenitor e os filhos, que após uma experiência familiar interrompida assumem em conjunto, uma série de tarefas no sentido de satisfazer o desenvolvimento pessoal e social dos seus membros e de constituir uma nova identidade familiar. Nestas famílias, verificam-se duas condições aparentemente opostas, por um lado, não há uma ruptura com o passado porque verifica-se uma certa continuidade familiar, mas por outro lado, a situação é diferente.

Frequentemente, estas famílias têm uma existência a prazo, evoluindo para famílias recasadas quando o progenitor viúvo ou divorciado procura um novo parceiro. Nestas situações, o sistema familiar é confrontado com uma crise vivida por cada um dos seus elementos, no sentido de se ajustarem a novos padrões de funcionamento. A vivência destas crises pode ocorrer em simultâneo com outras crises inerentes ao ciclo



de vida familiar, o que põe em jogo as capacidades e recursos da família para lidar com este tipo de acontecimentos.

De facto, a vulnerabilidade do sistema familiar é maior e há o risco de um dos membros adoecer com sintomas físicos ou mentais. Para Subtil (1997: 37) “...é de admitir que nestas situações, a família viva um longo período de tempo com maiores vulnerabilidades devidas aos processos de perda e luto e de conflito conjugal mais ou menos arrastado, de separação e divórcio e de ajustamento a um modelo de funcionamento em família monoparental reconstituída ou recasada.”

Assim sendo, os papéis e funções de cada membro da família devem ser reavaliados tendo em conta o acontecimento que deu origem à família monoparental, as circunstâncias que presidiram à reorganização do sistema familiar, a idade dos filhos e as regras de funcionamento da família.

Na perspectiva de Herzlich e Adam (1994), o contexto social onde as pessoas vivem e o suporte social de que dispõem exercem um papel fundamental sobre o estado de saúde dos indivíduos e na sua ausência, inversamente, sobre o estado de morbidade.

Hoje em dia, o indivíduo e a família desenvolvem-se num ambiente sócio-económico e educacional completamente diferente de alguns anos atrás, em que nomeadamente, a própria morbidade denota uma prevalência das doenças crónico-degenerativas que há algumas décadas não se adivinhava. Com as novas descobertas científicas e tecnológicas, a influência da herança cultural, familiar e comunitária são esquecidas nas tomadas de decisão perante os problemas de saúde.

No conjunto dos actores familiares informais que se ocupam do doente, a mulher enquanto mãe de família é o eixo fulcral nas relações de parentesco e tem um papel fundamental no processo de socialização, na medida em que é a principal responsável pelas trocas afectivas e pela maior parte das tarefas.

Na sociedade moderna, as mulheres penetram cada vez mais no domínio masculino, conservando simultaneamente o seu domínio de acção tradicional, nomeadamente, nos cuidados a prestar à geração mais idosa e aos filhos. As mulheres assumem a totalidade do encargo, articulando a vida profissional e a actividade doméstica em torno de filiação mãe-filha, porque mesmo que a mãe trabalhe, a filha conta com ela para auxiliar no quotidiano (tomar conta das crianças, preparar e organizar as refeições, ajudar a cuidar da roupa). Segundo Segalan (1999), esta simbiose

mãe-filha surge como uma condição *sic qua non* para a preservação da actividade profissional da segunda.

Segalan (1999: 227) considera que “*na medida em que estes tipos de relações são encarados como «naturais» (sendo a recusa de ajuda da mãe um sinal de tensão entre a mãe e filha) e se inscrevem no quadro da modernidade marcada pela actividade profissional das mulheres, podemos duvidar que a ambiguidade dos géneros sexuais progrida mais*”.

Na realidade, o trabalho doméstico invade o trabalho profissional e em contrapartida, o trabalho feminino invade também o doméstico, verificando-se uma continuidade entre a esfera doméstica e a esfera do trabalho. A profunda afinidade entre o doméstico e o feminino, apoiada e autorizada pela linha de filiação, revela uma grande continuidade sócio-histórica.

O impacto da cultura nos papéis, poder e padrões de comunicação da família é enorme porque a cultura muda as normas, regras e comunicações familiares, de modo a enfrentar os desafios e mudanças. No âmbito da saúde, a cultura revela os papéis que os membros desempenham dentro e fora da família. Parafraseando Leandro (2001: 88), ensina-se às mulheres “a arte de enfermeira doméstica (...) colaboradoras mais directas no combate à doença e preservação da saúde”. O papel destas embora distinto do papel dos médicos, completam ou deviam-se completar no interesse dos doentes, pois “o médico prescreve e a mãe executa”.

Muitas vezes, é a família ou o “cuidador natural”, que assume os cuidados de um membro doente ou que perdeu a autonomia. Nestas situações, a família pode ter a necessidade de ajuda, uma vez que passa por sentimentos de ansiedade e medo relacionados com a evolução da doença ou tratamento, o que pode conduzir a reorganização dos papéis familiares, de modo a enquadrar as actividades familiares e sociais dos seus elementos.

Na perspectiva de Marrucho (1998), a família tem uma organização funcional para desempenho das suas funções que deve ser analisada de acordo com o seu contexto social, isto porque a interacção entre os componentes do sistema familiar tem origem nos factores psicossocioculturais. Por outro lado, a desorganização familiar surge quando a família é incapaz de desempenhar as suas funções, o que vai comprometer a saúde da família.

Neste sentido, Subtil (1997: 36) refere que “(...) *não há famílias tipo nem famílias ideais, há famílias que funcionam bem, famílias com dificuldades de funcionamento e famílias disfuncionais, isto é, há uma grande diversidade de famílias com dinâmicas de funcionamento próprias cuja compreensão é um imperativo para os profissionais de saúde*”.

Acerca da saúde e mudança de atitudes, Leandro (2001: 89) considera duas grandes mudanças a partir da realidade familiar. “*No plano dos factores etiológicos da doença, passa-se do acentuado realce das condições materiais de vida para o dos modos de vida, ao passo que, no atinente à intervenção, após se ter insistido longamente na relação entre condição social e estado de saúde, deixando os indivíduos sem qualquer capacidade de intervenção neste processo, passa-se ultimamente, à responsabilização individual, enquanto cidadão integrado num todo mais vasto*”.

A mobilização e conjugação de vários mecanismos e actores sociais, exigem a corresponsabilidade da família, dos profissionais de saúde, da escola, da sociedade em geral e do indivíduo em particular, enquanto sujeitos-actores no seio do processo de saúde-doença.

Nas comunidades rurais, os indivíduos recorrem muitas vezes a soluções próprias, de vizinhos, familiares ou amigos para tentar resolver os seus problemas de saúde mais comuns. Normalmente, os tratamentos são veiculados por pessoas ligadas umas às outras por laços de parentesco, amizade, residência comum ou religiosos, pelo que “*a sua integração nos conceitos tradicionais da cultura local, mostra como as ideias tradicionais estão vivas e actuates, continuando a condicionar o comportamento quotidiano e as tomadas de decisão das pessoas desta cultura*”. (Nunes, 1995: 243)

Na realidade, no suporte familiar, a rede de relações não se confina aos elementos da família, mas estende-se a vários elementos da comunidade, ainda que, com uma vinculação afectiva distinta através de sentimentos de interdependência, partilha e entreaajuda entre os elementos, pelo que nas comunidades rurais, muitas actividades são realizadas com base numa relação de cooperação e ajuda entre os vários elementos. As relações de vizinhança caracterizadas pela intimidade, informalidade e cooperação mútua têm um papel fulcral na configuração dos principais processos sociais da comunidade.

Neste sentido, Santos (1993: 46) designa o conceito de sociedade-providência por “*redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entreatajuda baseadas em laços de parentesco e vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com lógica de reciprocidade*”. (Marrucho, 1998: 118)

Nunes (1995: 245) refere que os vizinhos são um “recurso de saúde e uma fonte de aconselhamento” importantes, pelo que é frequente, emprestarem ou darem medicamentos como uma forma de interajuda e solidariedade.

Assim sendo, quando um doente tiver de escolher algum membro da família para lhe prestar cuidados, a sua escolha recai sobre o elemento que para ele é mais significativo no desenvolvimento do seu projecto de vida. Na vertente desta filosofia, para Daniel Sampaio e José Gameiro “*o termo família designa um conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só, de certo modo consideram fazer parte de família, elementos não ligados por traços biológicos mas, que são significativos no contexto relacional do indivíduo*”. (Almeida et al, 1997: 36)

Os representantes do sistema informal, familiares ou não, são elementos representativos para os doentes e que proporcionam a maior parte dos cuidados, bem como a ajuda e apoio na realização das actividades de vida diária, sem receber remuneração económica, sendo intitulados de cuidadores informais.

Na manutenção do processo familiar, a protecção e promoção da saúde dos indivíduos não depende exclusivamente dos profissionais de saúde, pelo que é imperioso integrar a família na continuidade da prestação de cuidados, através de um papel activo, convergente e em coerência com o processo de cuidados. Assim sendo, a relação terapêutica que o utente estabelece com o prestador de cuidados é caracterizada por uma parceria entre ambos, ou seja, o envolvimento do familiar significativo no processo de cuidar visa a aproximação entre o prestador de cuidados formais e a família. (Conceição e Ramos, 2004)

Na implicação familiar pelos cuidados, o cuidador informal que geralmente possui boas redes de comunicação e está disposto a colaborar e participar no processo de cuidar, constitui o elo de ligação entre a equipa e os restantes elementos da família, significativo para o utente e para os restantes elementos da família. Deste modo, a

família é considerada uma parceira informal no cuidar, o que vai de encontro aos objectivos dos profissionais de saúde que pretendem integrar o doente no contexto familiar.

A família marca as atitudes e os comportamentos de um indivíduo face à sua saúde e inversamente, o estado de saúde de um indivíduo influencia a dinâmica familiar. Deste modo, é necessário considerar a dinâmica familiar como um dos principais elementos do processo de conceptualização dos cuidados.

Marote et al (2005: 24) realizaram um estudo sobre os cuidadores informais de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira e concluíram que “as mulheres são cuidadoras natas”, uma vez que “as principais razões que as levou a assumir esse papel foi o facto de não haver mais ninguém e o sentimento de dever moral”, isto porque a maioria dos “cuidadores não sentiram o desejo de abdicar do seu papel”. Contudo, o papel dos cuidadores informais é pouco valorizado na nossa sociedade e por vezes, as pessoas com sentimentos, dúvidas e necessidades é que dão vida a este papel.

A mobilização dos recursos da família e a integração dos cuidadores informais não é uma tarefa fácil, porque exige disponibilidade e sensibilidade dos profissionais que devem encarar este processo como um esforço para a humanização e melhoria dos cuidados, através da informação e esclarecimento à família envolvida.

Na avaliação da dinâmica familiar dos comportamentos dos seus elementos, torna-se necessário considerar as reacções da família e reconhecer as suas próprias reacções, de modo a gerir o envolvimento dos familiares no cuidado. Como cuidadores informais, os familiares podem ter um papel activo na prestação de cuidados e na tomada de decisões, mas como receptores de cuidados, requerem informação e acompanhamento, de modo a lidarem com a situação. (Conceição e Ramos, 2004)

Para conhecer a estrutura familiar, a sua capacidade de adaptação e os seus recursos, é fundamental o conhecimento correcto da família de modo a identificar o elemento cuidador. Nesta manutenção do processo familiar, a relação doente/cuidador informal/profissional de saúde deve ser considerada uma relação de parceria, em que a colaboração do cuidador informal com o profissional de saúde visa a resolução das necessidades fundamentais, através do dinamismo, disponibilidade e sensibilização dos envolvidos.

Na verdade, o recurso ao sistema informal precede muitas vezes, os cuidados formais e directos. Todas as sociedades apresentam este tipo de recursos independentes do sistema de saúde oficial, embora em algumas sociedades haja menos oportunidades do sistema informal se desenvolver.

Os cuidadores que estabelecem um contacto mais informal, visando a mudança de atitudes, contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença nos doentes e na comunidade.

Os doentes confirmam-se na posição de auto-cuidadores responsáveis, reforçam a capacidade de controlo do seu próprio estado e afirmam uma identidade positiva. Pertencer ao mundo dos doentes é não só ser responsável pela gestão do seu corpo, mas é também estar em relação com a ciência e a técnica, com toda a importância simbólica que aí está implícita. (Hezlich, 1984)

O contexto sócio-económico actual e sobretudo, a viragem para os cuidados centrados na família, impõe cada vez mais a participação das famílias na responsabilização pelos cuidados aos seus familiares. A família como unidade de cuidados, implica que as intervenções do sistema formal sejam realizadas e dirigidas com e para a família. Deste modo, pretende-se que os profissionais progridam de uma prática em que a família é considerada como um contexto de cuidados ao indivíduo ao longo da vida, para uma intervenção em que a família seja considerada como uma unidade de cuidados, sendo acompanhada ao longo da vida.

#### **1.1.3.1. Horizontes da auto-gestão da Saúde**

Gerir a doença é uma aprendizagem que se faz ao longo do tempo e que envolve uma adaptação ao nível da organização do quotidiano em todas as esferas da vida social. O estado de doença põe em causa o papel do doente pensando no quadro da medicina e num estatuto de passividade. Como escrevem Herzlich e Pierret (1984), o doente crónico pode escapar à autoridade absoluta do médico ganhando uma certa independência. Para além dos períodos em quem está hospitalizado, ele mantém uma vida familiar e social e, muitas vezes, trabalha. Assim sendo, escapa ao controlo contínuo do médico, próprio da doença aguda, embora lhe seja necessário assumir o seu próprio tratamento, por vezes complexo.

Segundo Herzlich e Pierret (1984: 261), o doente deixa de ser uma pessoa “cuidada” por outros para se tornar um “cuidador”, um cuidador de si próprio, um “autocuidador”.

Na tomada de decisão em relação aos cuidados de saúde, existe uma colisão entre os saberes oficiais e aqueles que são difundidos e partilhados pela comunidade em que o indivíduo está inserido, sendo frequente a integração de práticas tradicionais nas práticas médicas. O indivíduo é dotado de um saber e de uma cultura médica, pelo que a decisão de procurar assistência tem por base a interpretação dos sintomas que sente.

Quando o indivíduo se sente doente, quer física ou emocionalmente, pode recorrer a formas de auto-ajuda (repouso, dieta, remédios caseiros, etc.) ou procurar a ajuda de outros (vizinhos, familiares, pastor local, curandeiro, bruxo ou médico). Assim sendo, a cultura é uma forma de controlo social em que o acto social da procura de cuidados de saúde envolve um conjunto de normas estabelecidas que variam de cultura para cultura, envolvendo a adaptação de um papel e o recurso a alguém no sentido de resolver os problemas de saúde.

O avanço científico no actual contexto da multiplicidade de imaginários sociais e de lógicas de poder, tem produzido diferentes reacções que influenciam as concepções e práticas de saúde, bem como o acto de procura de cuidados. Citando Duarte (2002: 80), *“quando acontece algo de inusual, a pessoa procura, ou no conjunto, os seus saberes ou a alguém mais próximo, um conselho, no sentido de compreender o que se passa em si e que atitude desenvolver. As normas existentes no grupo podem igualmente, ditar para quem se virar para pedir um conselho, ajuda e informação, quando confrontados com a doença”*. Nesta perspectiva, o comportamento de pedido de ajuda consiste numa estratégia de autogestão da saúde.

Para Pereira (1987: 188), *“a pessoa doente deve, segundo as normas da sua cultura, dirigir-se a alguém que a trate, mas saber a quem deve solicitar ajuda é matéria mais complexa”*.

Segundo Nunes (1997: 183) *“as pessoas utilizam vários recursos terapêuticos sucessiva ou simultaneamente quando tal se lhes afigura necessário. As escolhas são pragmáticas: tentando-se tudo porque o que importa é resolver o problema (...) pode-se ir ao hospital para um tratamento sintomático e voltar à aldeia para um tratamento etiológico”*.

Numa sociedade que tem investido *hie et nunc* na glorificação de uma vida sã, também se faz apelo à auto-responsabilização como numa nova concepção de saúde transformada em valor de solidariedade colectiva. (Leandro, 2001)

Herzlich (1991) refere que por vezes a medicina não é suficiente para responder às interrogações do indivíduo sobre o mal que o afecta. Por esta razão, os indivíduos tentam responder ao desafio de completar a perspectiva médica, através de uma outra que se lhes afigura mais. (Silva, 2003)

Ao falar de auto-gestão, parece que o discurso é referente aos aspectos económicos e técnicos de uma empresa. No entanto, como constatamos no estudo de Cristina Silva sobre “Saúde e Envelhecimento: a «auto-gestão» da saúde no caso da vida”, o termo não só diz respeito à gestão de empresas, mas também a aspectos da vida quotidiana. Segundo a autora a palavra “auto-gestão” corresponde à tradução literal da palavra “*servocrata*”, isto é, “*samoupravlje*”, sendo “*samo*” o equivalente a eslavo do prefixo grego, “auto” significa “o próprio, por si próprio” e “*upravlje*” significa “gestão” (do latim “*gestione*” que significa “acção de dirigir”). (Silva, 2003)

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (1999: 188), o termo auto-gestão significa, em si mesmo, “*gestão pelos próprios geridos, ou governo pelos próprios governados; administração levada a efeitos pelos próprios trabalhadores de uma empresa*”.

Relativamente à auto-gestão da saúde, Hong e Friedman (1988) referem que “*ao procurar cuidados de saúde ocidentais, o tratamento pode ser atrasado devido ao elevado valor dado ao auto-controlo*”. (Ferguson-Marshalleck e Miller, 2005: 116)

Bouzanger (1986) defende que a negociação é um dos principais meios para conseguir recompor e manter uma certa ordem social, tanto a negociação das regras e dos papéis que pertencem a cada esfera, como a negociação iniciada pelo doente – actor. O que está em causa não é uma relação (médico – doente) mas uma sucessão de relações ao longo do tempo. O trabalho de controlar a doença é efectuado com o doente, pois ele participa nos cuidados, entra no processo e é integrado na divisão de tarefas, na medida em que aprende noções de diagnóstico a partir dos seus sintomas, aprende a avaliar a gravidade das alterações que percepção, aprende técnicas de enfermagem que aplica em auto-cuidados. O trabalho médico não se faz “no” doente, mas “com” o



doente e nessa organização do trabalho entram em jogo as estratégias de negociação. (Silva, 2004)

A gestão da doença mobiliza recursos potenciais do doente – o doente tem de lhe dedicar tempo e tem que alterar aspectos da organização da sua vida. Tanto o doente como o profissional de saúde, partem de definições diversas da situação para uma lógica que para o doente refere-se ao controlo dos sintomas (mal-estar) e para o outro, refere-se ao controlo da doença (patologia). Os critérios do doente são sociais, porque ele pretende manter a sua vida o mais normal possível e controlar a evolução da doença. Nas interações, doente e profissional de saúde vão negociar a cada momento, a definição conveniente da situação. Neste sentido, o doente torna-se o seu próprio especialista.

Goffman (1998) refere que a doença afecta a identidade e está intimamente relacionada com o meio social, devido à imagem que os outros nos revelam de nós. A doença desorganiza os arranjos da vida, pelo que manter a sua existência social é o centro desse trabalho reconstrutivo que impõe a re-organização de uma ordem que assegure a continuidade da vida social ao mesmo tempo que integra as transformações. (Silva, 2004)

Na saúde e na doença, particularmente face à existência de doenças crónicas, os doentes como actores assumem a co-responsabilidade pelos cuidados, com influência tanto na relação com a medicina, como na modificação da atitude social face à doença e à (s) incapacidade (s). Este processo tem vindo progressivamente a afirmar a diferença das pessoas com doenças, limitações e/ou incapacidades, de forma a contrariar a noção de desvio que a sociedade as confrontava. Consequentemente, proliferam os grupos de auto-ajuda entre pessoas com doenças crónicas que partilham saberes, comunicam experiências e se apoiam mutuamente nas vivências emocionais e nas necessidades de informação e orientação entre os recursos disponíveis.

Na nossa cultura, a vivência de mal-estar como doença conduz à procura de cuidados médicos, mas o médico nem sempre é o primeiro recurso. As práticas médicas populares, as mezinhas, as massagens, a dieta, o repouso e a modificação de hábitos pessoais (por exemplo, a restrição de álcool e tabaco) são utilizadas em primeira linha. Segundo Silva (2003: 231), *“só depois vem o médico que se não fornecer o tão desejado alívio, seguir-se-á o recurso a um «grande especialista indicado» e em*

*seguida a outras «medicinas» mais ou menos toleradas oficialmente*”. No fim desta sequência, pode surgir o recurso a práticas clandestinas, em que os processos de diagnóstico e terapêutica estão baseados em leituras do real, consideradas esotéricas e não recomendáveis e/ou proibidas pelo discurso oficial.

De acordo com o estudo desenvolvido por Silva e Leandro (s/d), os saberes acerca da saúde e da doença transmitidos ao longo das gerações, bem como os saberes que resultam das conversas com o médico, enfermeiros e outros profissionais de saúde, assim como a própria experiência de doença, são mobilizados em primeiro lugar e só depois, se a doença persistir, é que se segue a consulta médica.

Segundo a OMS (1985), *“a capacidade de formular problemas, de encontrar soluções, de tomar decisões e dar-lhes seguimento, de resolver conflitos, de comunicar eficazmente com outrem e de intervir activamente em seu próprio nome, quando a isso houver lugar, são aspectos fundamentais que todos os indivíduos devem saber fazer para orientarem e dirigirem a própria existência”*. (Luz, 1991: 49)

Na manutenção da saúde, para além do recurso a praticantes da medicina popular e medicinas alternativas, os indivíduos utilizam chás de ervas/plantas medicinais geralmente colhidos por eles, concomitantemente com o uso de medicamentos. De facto, face aos problemas transcendentais a si mesmos, que remetem para situações de fragilidade em que não se encontra solução, os indivíduos recorrem a diferentes práticas.

Segundo Nunes (1995), as terapêuticas são escolhidas consoante as causas das doenças e tendo em conta os recursos da comunidade. Na área da auto-gestão da saúde recorrem à família e aos vizinhos, utilizando os recursos locais como as plantas medicinais e os produtos da terra como o mel, o azeite, o aguardente, entre outros, para tratar a doença. Além destas, são também utilizadas as terapêuticas “parciais”, como no caso dos endireitas para “comporem os ossos”.

Como já referimos anteriormente, perante um problema de saúde uma prática frequente é o recurso a medicamentos que o próprio conhece ou por recomendação de familiares, vizinhos ou amigos. A automedicação é efectivamente uma realidade da sociedade actual e o aumento desta prática inevitável refere-se não só a medicamentos não sujeitos a receita médica, mas também a medicamentos legalmente sujeitos a receita médica.

De acordo com os resultados do estudo de Silva (2003), a maior parte dos indivíduos que automedicam-se, recorrem a medicamentos de uso corrente e que não necessitam de prescrição médica, como é o caso dos analgésicos, laxantes, antitússicos e expectorantes.

O aumento da automedicação é devido ao maior nível cultural e à maior informação dos cidadãos, associados à pressão que a Indústria Farmacêutica utiliza nas formas activas de publicidade, bem como o maior protagonismo do farmacêutico como conselheiro do doente. De facto, a medicação é uma forma de controlo social e segundo o Professor Batel Marques, a automedicação comporta “uma perspectiva global de responsabilização crescente pela sua própria saúde”. (Silva et al, 1997: 31)

Para alguns autores, a gestão de si próprio pode ser denominada por “autocuidados”. Luz (1991: 50) refere que “*vários autores vêm reforçando que a utilização dos serviços, mesmo em áreas em que estes são acessíveis e organizados em níveis, demonstra que 75% dos casos em que as pessoas sentem problemas de saúde/doença permanecem a nível dos «autocuidados»*”.

O autocuidado e a auto-gestão assentam na capacidade dos indivíduos gerir a sua própria vida, conduzindo a uma tomada de decisão por indivíduos que não têm aptidões ou conhecimentos, o que pode comprometer o capital de saúde e a qualidade de vida.

Nos grupos sociais mais desfavorecidos e nas comunidades rurais onde existe falta de informação, os riscos para a saúde são acrescidos. Assim sendo, a OMS (1983) estabeleceu prioridades para a investigação em autocuidado, tais como o conhecimento deos problemas de saúde associados a padrões alternativos de cuidados pelo próprio, pela família e os efeitos dos serviços comunitários nos padrões familiares de autocuidados. (Luz, 1991)

Neste contexto, Silva (2003: 67), refere que “*a auto-gestão parte de uma responsabilidade assumida, ou seja, de uma situação gerida por si próprio em função dos seus próprios interesses e objectivos (...) exige que os indivíduos sejam autónomos nas suas decisões*”. Assim sendo, “*a auto-gestão define-se fulcralmente pelo facto de o poder decisório inerente às várias estratégias em relação à saúde dos indivíduos se encontrar gerido pelo próprio indivíduo*”. (Silva, 2003: 67)

Silva e Benko (1998), referem que as pessoas têm participação activa no seu processo de doença e de cura, o que transmite a ideia da responsabilidade do indivíduo

no processo de saúde-doença. Neste sentido, a responsabilidade pelo tratamento e a reflexão acerca da doença transformam-se num processo de auto-conhecimento que aumenta a capacidade de cura inerente a todo o ser humano, acrescido à do terapeuta.

Na análise sociológica do processo de auto-gestão da saúde, Silva (2003) identificou três elementos interdependentes: os indivíduos, os modos de vida/comportamentos e a sociedade. Na gestão da saúde em si, separada da sociedade, do indivíduo e dos comportamentos, existe um conjunto de factores sociais, culturais e económicos que a condicionam, o que se traduz em modos de vida distintos que podem facilitar ou não a exposição aos factores de risco de doenças. Assim sendo “a gestão da saúde deve ser perspectivada como a expressão operativa do equilíbrio desses três elementos, em cada período histórico”. (Silva, 2003: 68)

Na realidade, hoje em dia verificam-se alterações nas práticas médicas das populações com a recriação de antigas estratégias de saúde populares baseadas na pluralidade das fórmulas, dos recursos e dos agentes. A saúde é um processo que enfatiza a capacidade de acção dos actores e deste modo, o Centro de Saúde e o Hospital são procurados para tratar as doenças com base no modelo biomédico que valoriza o controlo terapêutico, não tendo em conta os aspectos sociais e culturais das mesmas.

A intervenção comunitária tem o objectivo de ajudar a família a crescer nas suas competências de modo a lidar com as respostas e os problemas de saúde actuais e/ou potenciais, bem como no cumprimento das suas funções de manutenção e promoção da saúde.

## **1.2. Perspectivas sobre a Intervenção Comunitária**

Para compreender os cuidados comunitários, consideramos importante a abordagem do conceito de comunidade, sobretudo de comunidade rural que é relativo a uma comunidade de pequenas dimensões relacionadas com o campo ou com a actividade agrícola, caracterizada pela tradição e por normas de trabalho e de vida arcaicas, ou seja, por um modo de vida camponês.

Para muitos autores, o conceito de comunidade é sinónimo de sociedade, sendo utilizado com objectivos múltiplos não só na vida quotidiana como também na descrição e análise da sociedade.

Segundo Ferreira et al (1995), enquanto na comunidade predomina o conceito de indivíduo como unidade, como um “ser real e natural”, na sociedade predomina o conceito de um “ser artificial que desempenha papéis e coloca máscaras”, em que o grupo humano é caracterizado pela ausência de factores unificantes e por relações impessoais. (Marrucho, 1998)

A comunidade, segundo Marrucho (1998: 24) é definida “*como um grupo de indivíduos que têm como características comuns, um lugar de residência, interesses semelhantes na maneira de viver e estão ligados por laços de solidariedade*”.

Relativamente aos meios rurais, Wirth (1938) considera que o meio rural é um espaço de dimensões reduzidas, com fracas densidades populacionais e com um elevado grau de homogeneidade entre os seus habitantes. Para Sorokin e Zimmerman (1929), o meio rural é essencialmente ocupado por famílias de agricultores que mantêm uma estreita relação com a natureza, pouco modificada pela acção humana. (Figueiredo, 1994)

Redfield (1947) reforça estas ideias, caracterizando a ruralidade “*numa reduzida divisão do trabalho, uma relativa independência económica, um sistema social coerente e consistente, um comportamento tradicional e espontâneo, sem motivação para a reflexão, o sentido crítico ou a experimentação, com o sagrado prevalecendo sobre o secular*”. (Figueiredo, 1994: 25)

Na comunidade rural, prevalece uma homogeneidade cultural e impregnação de valores de cooperação. Nestes meios, a doença não diz respeito apenas ao indivíduo doente, mas também à família, às pessoas próximas e à aldeia, pelo que a intervenção comunitária tem um papel fulcral na prevenção e tratamento. No entanto, com a urbanização das sociedades e o desenvolvimento da medicina, diminuiu a importância da cultura popular, com conseqüente transformação das referências tradicionais, embora não tivessem desaparecido.

No sentido de caracterizar a intervenção comunitária, para além da abordagem do conceito de comunidade rural, é fundamental a descrição da organização e gestão do trabalho desenvolvido na comunidade, como abordaremos de seguida.

Devido às transformações sociais e económicas que ocorreram nas últimas décadas, os espaços rurais sofreram influências urbanas. O crescimento tecnológico, a internacionalização da economia e a expansão da urbanização, actuam como forças externas que transformam o espaço rural e os seus sistemas sócio-económicos, conduzindo a importantes mudanças internas.

Segundo Figueiredo (1994: 28), a transformação das comunidades rurais conduz “à procura de modos de vida alternativos, onde a natureza e o estilo de vida rural (tradicional) são elementos básicos para uma visão crítica da sociedade global e do rumo que tomou o seu desenvolvimento”. O meio rural é constituído por uma população com a representação (idealização) de um espaço onde existem formas alternativas de organização social. De acordo com o autor, “esta idealização do rural é, então, menos apoiada numa situação concreta e mais imbuída de uma carga simbólica muito forte, onde o tradicional mundo rural e a cultura e modo de vida dos camponeses, constituem referências muito claras”.

Leandro (2001) também faz referência à transformação da sociedade rural para uma sociedade urbana, através da reestruturação do campo, da actividade produtiva e da organização social das sociedades e regiões. A autora aponta a expansão agrícola e a urbanização dos espaços rurais como factores com impactos negativos em termos sociais e ambientais, conduzindo à perda dos valores culturais e naturais.

As transformações e mudanças nas comunidades rurais associadas ao processo de modernização, permitem reconhecer que “a manutenção de uma sociedade rural constitui um elemento importante para o desenvolvimento da sociedade inteira, quer enquanto espaço com funções cada vez mais valorizadas e indispensáveis, quer enquanto significado e referência de um universo, não alternativo, mas complementar”. (Figueiredo, 1994: 30)

Apesar de tudo, as comunidades rurais continuam a ser os locais privilegiados para a comunicação interpessoal, mantendo-se práticas sociais tradicionalmente relacionadas com o mundo rural e que ainda não perderam o sentido. Esta herança cultural e natural constitui um imperativo em termos de sobrevivência da comunidade.

Os cuidados de saúde prestados na comunidade baseiam-se na assistência aos indivíduos, famílias e colectividades através da implementação de programas de saúde com o objectivo de maximizar o nível de saúde das populações mais desfavorecidas.

Para tal, é fundamental o contacto directo com a realidade social de modo a detectar e identificar os problemas de saúde através da avaliação do meio envolvente e dos factores sociais que intervêm na saúde da comunidade. (Marrucho, 1998)

### **1.2.1. Trabalho comunitário como processo organizativo do desenvolvimento social e da saúde**

Na perspectiva do desenvolvimento social e da saúde, há muitos anos que existem os profissionais no domínio da saúde comunitária ou da saúde pública com intervenção no contexto social, político e económico. A intervenção comunitária para promoção da saúde tem a finalidade de fornecer um sistema de cuidados orientados para a resolução das necessidades e problemas de saúde dos indivíduos e famílias através de processos que compreendem o tratamento adequado, a detecção precoce da doença, bem como o estudo e controlo dos factores de risco.

O conceito de trabalho comunitário reside no conjunto de funções e actividades realizadas por profissionais de diversas áreas, com o objectivo de organizar o trabalho a partir de uma divisão funcional, de acordo com as competências técnicas de cada profissional. Para tal, é fulcral o envolvimento de equipas multidisciplinares empenhadas em promover e manter a saúde e bem-estar da comunidade, através de funções definidas no domínio assistencial, preventivo e de promoção da saúde. Para além dos profissionais de saúde como o enfermeiro e o médico, a assistente social e o pessoal administrativo constituem os elementos básicos da equipa multidisciplinar.

Em Portugal, a formação destas equipas começou a ser implementada há cerca de 10 anos. Contudo, a mudança para o novo método de organização do trabalho baseado na criação das Unidades familiares tem-se efectuado de forma progressiva, pelo que alguns Centros de Saúde mantêm um sistema de organização por valências.

Consoante as necessidades de saúde, todos os que procuram cuidados de saúde têm igual direito à saúde e à ajuda, pelo que é fundamental uma atitude promotora da justiça social e de respeito pelos Direitos Humanos no contexto da diversidade cultural.

Uma sociedade com saúde é aquela em que os indivíduos vivem em liberdade para participar nas tomadas de decisão de modo que os seus direitos sejam respeitados. Segundo Montbriand (1993), “a liberdade de escolha é importante. As escolhas não são

livres se não forem decisões informadas, baseadas em toda a literatura existente”. Assim sendo, os doentes vão tomando consciência do seu direito e liberdade de escolha, pelo que é imperioso “*haver um consenso entre os prestadores de cuidados de saúde numa colaboração que ajuda os doentes a fazer escolhas informadas sobre a suas necessidades em cuidados de saúde*”, de forma a tomarem decisões conscientes. (Meines, 1999: 80)

O trabalho comunitário é uma actividade sem delimitação clara e com grande importância no âmbito da intervenção social, na medida em que implica a participação através de grupos e associações com objectivos comuns. Por vezes, parece uma forma de abordagem que pode estar presente numa atenção individual com enfoque globalizador, mais do que meramente assistencial. Mas outras vezes, parece que se trata do desenvolvimento de projectos para integrar a acção de vários serviços, disciplinas e profissões de um território. (Barbero e Cortès, 2005)

De acordo com os autores, consiste numa actividade com a finalidade de constituir e sustentar um ou vários grupos em redor da elaboração e aplicação de projectos para o desenvolvimento social. O grupo de trabalho pode ser simples, como por exemplo uma associação, ou complexo como por exemplo, várias organizações. Através desta abordagem para mudar situações colectivas, o grupo surge como um elemento novo que, em determinado espaço social, redensifica a vida social, fortalece politicamente, dinamiza-os e promove a participação democrática na sociedade. Por este motivo, são considerados “projectos de desenvolvimento social”.

O conceito de trabalho comunitário também é usado para fazer referência a um conjunto estabelecido de conhecimentos disciplinares que pretendem orientar os profissionais de intervenção social na organização das tarefas. B. Dumas e M. Séguier (1997) diferenciam o trabalho comunitário segundo as acções comunitárias em três processos de carácter transversal: “o processo de consciencialização, o processo de organização e o processo de mobilização”. (Barbero e Cortès, 2005: 19)

Muitas compreensões do trabalho comunitário incluem os processos de constituição e/ou manutenção de organizações como componentes das suas definições pelo que o conteúdo fundamental e diferenciador da intervenção social é designado de trabalho comunitário.



Para Barbero e Cortès (2005: 19), o processo do trabalho comunitário que consideram mais importante é a organização, uma vez que “o trabalho comunitário é a aplicação de processos organizativos (...) no âmbito da intervenção social”. Também B. Dumas e M. Séguier (1997) enfatizam a importância da organização, uma vez que o processo de organização colectiva envolve o conjunto de operações para o grupo latente com interesses comuns, transformando-o num grupo organizado de maneira eficiente e capaz de produzir os seus interesses.

Segundo Gauthier (2003), o trabalhador comunitário deve fazer parte de uma equipa com uma realidade comunicativa, porque só assim o projecto de intervenção pode ser considerado um projecto da equipa e com forte influência na organização.

O trabalho em equipa desenvolvido na comunidade deve ter um coordenador com consciência ética e profissional que seja clarividente, disponível, atento e coeso, capaz de despertar, motivar e dinamizar. Cada membro da equipa tem a responsabilidade de ser competente na área profissional a que pertence, apresentar disponibilidade teórica/prática e ter consciência da relação de interdependência. Segundo Patita e Farinha (1999), o trabalho de equipa é dinâmico e desenvolvido num ambiente de diálogo, coesão, aceitação, competência, escuta, ética, participação e motivação.

Na intervenção social, quando os profissionais colaboram em diversos grupos ou participam activamente na sua equipa, é provável que no seu exercício profissional utilizem técnicas de trabalho de grupo, uma vez que grande parte dos princípios e processos produzidos nos grupos de Trabalho Comunitário são idênticos nas equipas profissionais. Os diversos contextos de grupo em que o enfermeiro desenvolve actividades são uma oportunidade para aprender e aplicar as habilidades próprias como organizador comunitário. (Barbero e Cortès, 2005)

Neste sentido, Barbero e Cortès (2005: 60) referem que “*o trabalho comunitário é um tipo de experiência organizativa, por experiências organizativas que se produzem em múltiplos âmbitos da vida social*”.

Para um melhor exercício profissional do trabalhador comunitário, as experiências organizativas prévias e/ou paralelas do próprio organizador constituem uma fonte de segurança para o melhor exercício profissional. A aquisição de

competências relacionadas com a construção de conhecimentos, a planificação, a comunicação e a interacção em grupos são atitudes de grande utilidade.

As experiências organizativas são favorecidas quando o profissional é membro de uma equipa e procura desenvolver dentro da organização uma compreensão comum em redor da intervenção social. Quando é membro de outras organizações, também muitas tarefas são favorecidas. (Barbero e Cortès, 2005)

Segundo os autores, no trabalho comunitário competem uma variedade de funções que revelam a manifestação de situações nas quais o profissional pode ser útil no desenvolvimento de acções comunitárias. De forma resumida, essas acções são as seguintes: assistente na actividade, facilitador, comunicador, organizador, observador, incitador, guia, mediador, acessor e informador, defensor, militante, formador, catalizador, animador, esperto e estratega. Todas estas possíveis funções desenvolvem-se sob o pressuposto de que o trabalho comunitário organiza-se para constituir grupos ou organizações e acompanhar na elaboração dos projectos e acção colectiva.

Na verdade, o Trabalho Comunitário mobiliza várias competências e conhecimentos dos profissionais responsáveis pela sua realização, visando a promoção e dinamização de um processo de acção colectiva que implica o desenvolvimento de múltiplas operações em redor das quais, o trabalhador pode e deve ajudar o grupo. Deste modo, o trabalhador comunitário tem a responsabilidade de promover a constituição de uma organização e ser dinamizador do grupo na elaboração do projecto colectivo.

### **1.2.2. Acções estratégicas e culturalistas da intervenção: do diagnóstico, ao projecto e à acção colectiva**

Em intervenção comunitária, os profissionais constataam com situações de pobreza, deterioração urbana, inferioridades sociais, conflitos raciais, entre outros. Face a estas divergências culturais, o enfermeiro e os restantes elementos da equipa multidisciplinar procuram mobilizar competências de modo a desenvolver estratégias que contribuam para a solução dos problemas que encontram. Por vezes, esta intervenção é dirigida às famílias que apresentam maior risco e maiores dificuldades em se deslocarem às instituições de saúde, pelo que muitas vezes, os cuidados de saúde são prestados no domicílio.

Na determinação das necessidades de saúde de uma comunidade, é necessário considerar as características da população, as estruturas de apoio existentes, desde a família aos serviços de saúde e sociais num conjunto de meios e factores passíveis de influenciar o estado de saúde dos indivíduos. Qualquer comunidade, seja urbana ou rural, tem pontos fortes e pontos fracos, pelo que é imperioso o conhecimento de todos esses aspectos para a identificação dos problemas e consequente formulação das linhas de acção. (Marrucho, 1998)

No seio da comunidade, o papel do enfermeiro não se confina a uma faixa etária nem responde unicamente às necessidades de determinada doença referente a um grupo específico. O seu trabalho pressupõe o conhecimento profundo dos aspectos do meio físico e social da comunidade, através de um diagnóstico da situação de saúde. É a partir do diagnóstico, que o enfermeiro planeia uma abordagem individualizada para as suas intervenções baseada numa concepção que orienta a actividade profissional.

No contacto directo com a realidade social e através da avaliação do meio ambiente, são detectados problemas de saúde que implicam um trabalho comunitário que contribua para a concretização das medidas dos diferentes programas de saúde.

Para melhor conhecer a comunidade é fundamental determinar os factores que vão orientar a recolha de dados e que permitem fazer uma avaliação adequada. Para que a avaliação da saúde e das condições de vida seja contínua e sistemática de modo a determinar as acções, o estado de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade tem que ser encarado em termos de interrelação humana com o meio ambiente (Marrucho, 1998)

Segundo a autora, ao avaliar a situação de saúde dos indivíduos de uma comunidade é pertinente ir mais além que a compreensão da saúde como um fenómeno sociocultural, isto porque para se prestarem cuidados adequados às necessidades dos indivíduos de uma comunidade é necessário, em primeiro lugar, aprender a descobrir o sentido do que se percebeu, do que se escutou, o que não é possível quando as informações não são agrupadas e analisadas à luz dos conhecimentos que têm por objectivo torná-los significativos. O conhecimento dos princípios e valores que orientam os comportamentos é feito a partir das informações contextualizadas na estrutura social e no contexto ambiental em que as pessoas vivem. Assim sendo, com base no significado que os indivíduos atribuem às suas acções, é possível uma compreensão e explicação da realidade social.

A intervenção social desenvolve-se num sistema de interacção complexo em que as práticas são resultado de múltiplas relações, transacções e influências produzidas entre os vários agentes. De facto, apresentar um projecto e esperar que por si só se desenrole não é suficiente para que o actor comunitário possa ganhar voluntários e apoios na organização, pelo que é necessário estabelecer uma estratégia imediata com o objectivo de influenciar uma organização, de modo que esta se interesse por um determinado assunto. Para tal, é necessário estabelecer uma aliança que começa pelos colegas mais próximos e que gradualmente, envolva mais pessoas dentro e fora da organização de modo a ganhar o maior número de partidários. (Gauthier, 2003)

No pensamento actual, existe a ideia de que um projecto impõe uma intervenção estratégica que consiga tirar o melhor partido entre o planeado e as possibilidades oferecidas pelas situações concretas. Uma das variáveis deste sistema de interacção é o que foi planeado, e como tal, o trabalho comunitário deve ser compreendido como uma abordagem indutiva e ascendente cuja dinamização seja apoiada na análise dos resultados de processos colectivos.

As acções estratégicas e culturalistas da intervenção estão relacionadas com a planificação desenhada inicialmente e com a planificação dinâmica que rectifica o processo de intervenção em função dos novos dados incorporados. Segundo Gauthier (2003: 105), “a chave desta dupla conceptualização reside na capacidade de mudar os processos de acção o suficiente para evitar que a planificação limite a acção”.

A acção estratégica surge a partir do aproveitamento das oportunidades encontradas no processo de intervenção. Esta possibilidade realista é apresentada quando a situação abordada é incerta e complexa, com múltiplas dimensões que implique diversos actores e várias possibilidades de acção.

Qualquer acção estratégica tem de ter em consideração a própria natureza dinâmica do procedimento da intervenção social, procurando a redefinição permanente dos conhecimentos para o desenvolvimento dos acontecimentos, pelo que é necessário a evolução dos instrumentos de reflexão permanente. (Gauthier, 2003)

Nas organizações e projectos extensos e complexos, é fulcral um compromisso e competência que promova a articulação entre os diferentes actores sociais e a capacidade de concentração, de modo a utilizar os recursos necessários e suficientes. Deste modo, para actuar desde o diagnóstico até à acção colectiva é fundamental que o

trabalhador comunitário esteja disposto a fazer o necessário para atingir resultados relevantes.

### **1.3. Enfermagem na comunidade: Prática orientada para a intervenção**

Numa altura em que a superespecialização e os meios tecnológicos colocam em perigo a dimensão clínica e humanizada na qual a figura humana ocupa um lugar central, os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros são confrontados com a necessidade de tomar uma atitude equilibrada e harmoniosa entre o respeito pela tradição e o reconhecimento pelo desenvolvimento.

Na prestação de cuidados de saúde, a abordagem holística que envolva os aspectos do corpo-mente-espírito, centrada nos direitos do doente e no processo de tratamento é um tema da actualidade que exige aptidões e conhecimentos para lidar com indivíduos de diversas culturas, com diferentes estilos de vida, valores, crenças e expectativas. Deste modo, é necessário que o enfermeiro esteja consciente das diferenças entre e intra-grupos, mas que ao mesmo tempo, mantenha um distanciamento crítico em relação aos seus próprios valores.

As exigências de saúde aumentam e é necessário que o conhecimento da prática dos profissionais de saúde seja validado cientificamente. Na intervenção profissional da Enfermagem é extremamente importante a existência de um imperativo moral, assim como de uma expectativa do conhecimento científico resultante da investigação, concomitante com a prática de cuidados.

Os utentes dos Serviços de Saúde têm um papel passivo discutindo pouco acerca das modalidades de tratamento e esperam que os profissionais tenham respostas para as suas necessidades, pelo que é necessário um ajustamento entre a procura e a oferta dos cuidados de saúde. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel de responsabilidade no sentido da partilha do saber e da compreensão comum.

A intervenção dos profissionais de enfermagem está centrada na relação interpessoal entre o enfermeiro e o indivíduo ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Quer o enfermeiro, quer os indivíduos que são alvo dos cuidados de enfermagem (cliente, utente, doente ou consumidor de cuidados),

possuem quadros de valores, crenças, desejos de natureza individual, fruto das diferentes culturas em que vivem e que competem com os cuidados de saúde.

No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, sem fazer juízos de valor. Esta relação terapêutica é caracterizada pela empatia estabelecida com o indivíduo, pelo respeito e valorização do seu papel e capacidades. Em diversas circunstâncias, a relação estabelecida envolve pessoas significativas para o indivíduo, como a família, os amigos e vizinhos, e que é desenvolvida e fortalecida ao longo de um processo dinâmico com o objectivo de ajudar o indivíduo a ser activo na realização do seu projecto de saúde.

A função da Enfermagem na comunidade é única e visa a prevenção da doença e manutenção da saúde ao longo de todo o ciclo vital, através de processos de readaptação que satisfaçam as necessidades humanas fundamentais, de modo a promover a máxima independência na realização das actividades de vida.

Actualmente, os cuidados de enfermagem na comunidade através da promoção dos projectos de saúde, assentam numa filosofia da dignidade humana com base num processo dinâmico, interactivo, globalizante e social. Neste sentido, o enfermeiro tem a função de ajudar os indivíduos na gestão dos recursos da comunidade em matéria de saúde, pelo que é vantajoso assumir um papel de pivot no contexto da equipa. Face aos desafios da saúde, em paralelo com a gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem uma aprendizagem que visa aumentar e otimizar os recursos pessoais, familiares e comunitários.

Os indivíduos têm potencial e capacidade para desenvolver a sua saúde e o seu bem-estar ao máximo de acordo com o próprio desejo e vontade de mudança e adaptação a diferentes tratamentos. Como tal, os cuidados prestados pelo enfermeiro visam fornecer uma visão e dimensão conveniente aos indivíduos e famílias, para satisfação das necessidades de saúde, bem como dos problemas sociais, afectivos e psicológicos. Estas intervenções de enfermagem são optimizadas sempre que toda a unidade familiar for tomada como alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as acções têm por objectivo a alteração de comportamentos com vista à adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Todos têm direito à saúde e o enfermeiro tem o dever de a defender e proteger através de acções e procedimentos baseados num sistema de cuidados adaptado e que responda a critérios de justiça e igualdade no acesso aos cuidados de saúde.

Neste sentido, Abreu (2003: 47) afirma que *“as práticas de saúde desviaram-se da sua referência fundamental que é a percepção do homem como um todo, cujas necessidades e respostas em matéria de saúde não podem ser classificadas segundo padrões universais mas sim percebidas no interior de um enquadramento cultural específico”*.

Na verdade, o enfermeiro na comunidade é um profissional de saúde com grande polivalência, competências e capacidades para gerir os recursos ao longo do processo de saúde-doença. Neste sentido, Barbero e Cortès (2005) referem que é fundamental uma formação técnica, bem como outras habilidades relacionais e comunicativas relacionadas com as qualidades ou experiências pessoais de formação científica.

Relativamente à prática da Enfermagem na comunidade, consideramos pertinente uma abordagem acerca da intervenção do enfermeiro nos dias de hoje, cujo papel que desempenha é fulcral para atingir a optimização e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

### **1.3.1. Ser Enfermeiro na era contemporânea**

Cada vez mais, a tónica é colocada sobre a qualidade das relações e sobre o apelo permanente ao desempenho técnico o que conduz a uma reflexão sobre o sentido da saúde, os comportamentos e práticas em que a técnica não é desvalorizada mas reconhecida com limites. (Honoré, 2002)

Hoje em dia, o exercício profissional dos enfermeiros encontra-se inserido num contexto de actuação multiprofissional, mas a tomada de decisão que orienta o exercício profissional é autónoma, o que implica uma abordagem sistémica. No processo da tomada de decisão, o enfermeiro identifica os problemas e as necessidades de saúde da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), de modo a planear as intervenções de enfermagem que visam evitar riscos ou detectar precocemente problemas potenciais que possam ser resolvidos ou minimizados.

O enfermeiro é um elemento primordial da equipa multidisciplinar sendo o principal intermediário entre o doente, família e Centro de Saúde. Deste modo, cada elemento tem conhecimento das suas capacidades adoptando uma filosofia de trabalho, onde os valores e as atitudes são ponderadas e analisadas antes de tomar decisões que possam gerar conflitos na equipa e afectar o doente no seu todo bio-psico-social.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática e reconhece que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica, constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Relativamente às atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico, constituem a boa prática de enfermagem. Os enfermeiros têm presente que “cuidados de qualidade” significa coisas diferentes para diferentes pessoas, pelo que o exercício profissional requer sensibilidade para lidar com as diferenças procurando o mais elevado nível de satisfação.

Na era contemporânea, os cuidados de enfermagem procuram a excelência do exercício profissional, mediante acções que contribuam para a máxima eficácia da organização dos cuidados de enfermagem, sendo imperioso a existência de um quadro de referências e de um sistema de melhoria contínuo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Neste sentido, é fundamental que os registos de enfermagem incorporem sistematicamente, as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados das actividades desenvolvidas.

Hoje em dia, a enfermagem demonstra uma necessidade crescente em encontrar e implementar novas metodologias de organização do trabalho de modo a controlar o exercício profissional, privilegiando a participação directa. Os enfermeiros ambicionam uma mudança tanto na afirmação da sua profissão, como nas relações enfermeiro-médico e enfermeiro-utente, numa perspectiva da melhoria contínua dos cuidados de saúde. Os enfermeiros recém-formados estão mais propensos a envolverem-se nos processos de tomada de decisão e mais interessados na mudança e renovação dos procedimentos, revelando-se mais optimistas e activos na participação directa para afirmação da autonomia e da visibilidade profissional. (Silva, 2004)



Embora a enfermagem procure legitimar a sua posição, o seu prestígio e o seu profissionalismo na organização e no seio dos utentes, nem todos os serviços de saúde têm um ambiente favorável para o desenvolvimento das práticas de participação directa e como tal, as condições de trabalho revelam um constrangimento face à autonomia profissional.

A autonomia é um contributo imprescindível para o reconhecimento profissional do enfermeiro que procura tomar decisões livres baseadas nos seus conhecimentos e competências. Collière (1989) considera que é importante conhecer a natureza dos cuidados, definir os domínios de decisão e iniciativa do exercício da enfermagem, saber quando e como os enfermeiros devem intervir na vida das pessoas. Contudo, as estruturas organizacionais privilegiam o funcionamento interdepartamental em detrimento das necessidades dos utentes e como tal, a independência da enfermagem é mal aceite por outros profissionais de saúde.

Todavia, a enfermagem procura uma área de trabalho onde detenha o monopólio e controle, pelo que a identificação dos fenómenos do seu domínio exclusivo constituem a base de uma prática autónoma. Nesta perspectiva, Carvalho (1996) refere que os cuidados de enfermagem são cuidados de saúde que consistem em intervenções autónomas relacionadas com os diagnósticos de enfermagem e incidindo sobre as respostas humanas das pessoas, grupos e famílias aos problemas de saúde. Deste modo, o enfermeiro visa a co-construção e co-consolidação da sua autonomia na concretização do máximo potencial de saúde. (Costa, Madeira e Matias, 2004)

Nas sociedades modernas, as atitudes face ao trabalho têm evoluído de um modelo materialista para um outro pós-materialista, em que as motivações económicas deram lugar a motivações relacionadas com as possibilidades de desenvolvimento individual através do trabalho. Deste modo, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros torna-se um espaço de realização e expressão individual, em que a satisfação profissional é considerada um fenómeno complexo que visa dar resposta a um estado emocional através de uma atitude positiva face ao contexto de trabalho.

Como afirma Gonçalves (1999: 19), *“a satisfação profissional em enfermagem tem sido considerada de primordial importância na medida em que constitui um indicador na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.”* Na perspectiva desta autora, a felicidade humana passou a ser vista sob um prisma completamente diferente

dado que o *homo economicus* deu lugar ao *homem social*, que sente a necessidade de ser reconhecido e respeitado.

Na realidade, a prática de enfermagem está numa fase de mudança, na medida em que os cuidados de enfermagem deixam de ser percebidos como meramente técnicos e passam a ter uma visão global. O Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, foi um ponto de viragem na prática da enfermagem, porque segundo o Decreto-lei, “*consideram-se intervenções autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessória, com os contributos da investigação em enfermagem.*”

Assi sendo, os cuidados de enfermagem são funções autónomas e interdependentes. Segundo Adam (1994), permitem que “*a enfermagem (no próximo século) será reconhecida como uma profissão autónoma, com a sua própria base conceptual, que indique quais os fenómenos que lhe dizem respeito e quais os problemas de saúde que a enfermagem deve tentar resolver*”. (Costa, Madeira e Matias, 2004: 64)

Na era contemporânea, o enfermeiro possui uma variedade de aptidões que permitem identificar os vários objectivos desejados e estabelecer as estratégias para atingir bons resultados. Para tal, é fundamental desenvolver o seu Projecto Profissional de acordo com o modelo organizacional do Serviço de Enfermagem da instituição onde desempenha funções. Embora o Projecto Profissional seja esquecido por muitos, constitui um instrumento orientador que não tem um carácter definitivo, mas que visa o crescimento e desenvolvimento do enfermeiro enquanto pessoa, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados e para uma melhor organização e funcionamento do Serviço de Enfermagem.

Os enfermeiros continuam a ser um grupo profissional que desempenha um papel relevante no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso aos cuidados de saúde. Neste sentido, o desenvolvimento de uma prática autónoma conduz à melhoria do sistema de saúde, através de um melhor aproveitamento do trabalho desenvolvido, o que aumenta as opções de promoção da saúde e bem-estar. Esta nova era da enfermagem poderá ser um período que permita o seu reconhecimento.

Segundo Hesbenn (2000), os enfermeiros são pessoas que praticam uma arte e como tal, a prática de Enfermagem implica: *“conhecimentos de natureza humana, científica e técnica em relação com a saúde, domínio dos apoios necessários à prática da Enfermagem, situar a sua acção na equipa multidisciplinar, exercer e desenvolver a sua capacidade de inferência, um lugar deixado à instituição, a capacidade de ir ao encontro do outro, de tecer laços de confiança e de caminhar com ele no âmbito de um projecto de cuidar (...), tender para a autonomia e favorecer a dos outros, revelar uma presença de Enfermagem forte, fonte de serenidade, estando particularmente atento aos aspectos de conforto, de doçura, de calor e aos mil pormenores que são importantes para os beneficiários dos cuidados”*. (Gonçalves, 2004: 61)

Nesta perspectiva, o enfermeiro não depende unicamente dos factores individuais, mas também dos factores contextuais, pelo que tem de ser consciente, competente, confiante, compassivo e comprometido, verificando permanentemente os seus valores e ideias pré-concebidas. Na prática diária, a partir da constante necessidade de definir prioridades, reflectir e avaliar as suas intervenções, o enfermeiro constitui o seu próprio modelo de referência com base nos seus valores e objectivos.

Existem diferentes teorias e filosofias sobre o desenvolvimento pessoal do enfermeiro na era contemporânea e que conduziram à perspectiva humanista, aquela que na nossa óptica serve de suporte para o desenvolvimento pessoal do enfermeiro. O crescimento e desenvolvimento do enfermeiro são processos globais, dinâmicos e contínuos que ocorrem ao longo da vida. Enquanto que o crescimento resulta em mudanças na estrutura e dimensões corporais, o desenvolvimento caracteriza-se por mudanças nas funções psicológicas tornando-as cada vez mais complexas. (Sobreira et al, 2004)

Segundo Silva e Oliveira (1998: 28), *“um dos grandes objectivos dos profissionais de enfermagem é desenvolver uma estratégia de revalorização profissional de modo a abandonar definitivamente o estatuto de simples executante de prescrições médicas e adquirir algum grau de autonomia face ao poder médico”*.

Além do que foi referido, outra posição adoptada por alguns enfermeiros é a redefinição do conteúdo psicossocial do seu papel, que valoriza a vertente social e coloca para segundo plano a parte técnica.

Carapinheiro (1993), defende que o papel psicossocial do enfermeiro não faz parte de um sistema de qualificações hospitalares, pelo que a posição sobre a identidade profissional estimula a instalação de rotinas e inibibiliza a expressão de uma autonomia profissional.

Maria Isabel Santos (1991) refere que a enfermagem encontra-se no “estádio” da adolescência, mas que procura afirmar-se como profissão adulta. Assim sendo, o enfermeiro tem de definir um campo somente seu, de modo a encontrar a sua “personalidade formada”, afirmando-se na profissão adulta, como uma profissão valorizada, sem os preconceitos e mitos existentes outrora. (Silva e Oliveira, 1998: 30)

Para atingir um estatuto que dignifique a profissão de Enfermagem, os enfermeiros devem aceitar o desafio de lutar pela construção de uma autonomia futura, pelo que é fundamental um trabalho conjunto que engloba enfermeiros de todas as gerações.

### **1.3.2. Perfil e papéis da enfermagem na comunidade**

A evolução do mundo condicionou a evolução das necessidades a diferentes níveis, bem como a evolução da Enfermagem, daí a imperiosa necessidade de definir o perfil e papéis da Enfermagem.

As experiências de vida projectam horizontes de qualquer enfermeiro, bem como os seus comportamentos, primeiro como pessoa e depois como profissional. Qualquer enfermeiro tem uma ideia do que é para si a Enfermagem, baseada em ideias e valores de cada um, que competem para a elaboração de um Modelo de Enfermagem com base nas suas concepções e actuação.

Os enfermeiros que prestam cuidados de saúde individuais e colectivos na comunidade têm uma visão globalizadora e personalizada na assistência ao indivíduo, família e comunidade. Por outras palavras, fornecem cuidados de saúde numa perspectiva física, psicológica e social, o que vai para além das técnicas curativas, integrando acções que promovam o bem-estar e a resolução dos problemas de saúde.

A análise do papel da Enfermagem em Portugal está centrada ao nível da equipa do Centro de Saúde. O trabalho de equipa implica a existência de objectivos comuns e o planeamento de actividades cuja implementação na prática compreende diversas áreas

de trabalho, com a participação e colaboração de todos os profissionais de saúde. Na prática, as competências e experiências de cada um contribuem para a promoção da saúde, prevenção, cura e recuperação da doença.

A delimitação do papel do enfermeiro contribui para a concentração de esforços por parte dos enfermeiros e para a construção de uma identidade própria da Enfermagem, de modo a conceptualizar a prática como intervenção autónoma com acções cuidativas e independentes que constituem o campo específico de actuação. (Portugal, 1999)

O conhecimento e consciencialização do papel enquanto enfermeiro, contribui para a satisfação das necessidades e compete para a qualidade do processo de cuidados.

A assistência à saúde de uma comunidade incide em determinados grupos da população, que consoante os factores de risco, visam a resolução de problemas físicos, psíquicos e sociais. Tal como afirma Fletcher (1992), *“como muitos doentes escolhem as medicinas alternativas, muitos enfermeiros podem ter de enfrentar problemas profissionais, legais e éticos”*. (Meines, 1999: 82)

Segundo Honoré (2002: 48), a prática dos profissionais de saúde é influenciada pela *“concepção científica que «objectiva» a saúde e a concepção existencial que a «subjectiva»*. *Entre os próprios profissionais, assistimos muitas vezes a grandes dificuldades de comunicação e de compreensão como efeito de concepções, e por conseguinte, de atitudes diferentes e por vezes opostas, nas práticas de cuidar”*.

Nesta perspectiva, Abreu (2003: 49) refere que *“a prática de saúde implica a necessidade de reconhecer os problemas de saúde a partir de um conjunto de símbolos, tradições, ritos ou valores”*, pelo que é necessário aceitar e utilizar a diversidade, para agir no sentido de promover uma dinâmica assistencial adequada.

O conhecimento da história de vida do doente, relativamente aos processos de auto-reconhecimento da doença e procura de ajuda, fazem a mediação entre a sua cultura, crenças, desejos e esperanças. Este conhecimento da dimensão social e cultural permite compreender a cultura, crenças e valores que interferem na percepção e interpretação dos sintomas, bem como nos comportamentos de saúde e doença.

O desempenho do enfermeiro reside na compreensão do que está por detrás das práticas de saúde da população, o que é para cada um estar doente, o que sabe acerca do próprio corpo e das diferentes doenças, bem como o modo de agir perante a doença e

em que circunstâncias procura cuidados na medicina convencional ou nas medicinas paralelas.

Assim sendo, o ideal reside num trabalho em conjunto, de modo a produzir e transformar os conceitos de “saúde” e “doença”, isto porque os profissionais de saúde, em contacto com os traços culturais das comunidades são responsáveis quer pela transmissão da concepção de saúde enquanto processo normal e natural, quer pela prestação de cuidados para prevenção ou combate à doença.

Neste sentido, Fletcher (1992) refere que é necessário *“procurar caminhos para promover a autonomia e permitir a autodeterminação, ao mesmo tempo que se dá uma informação precisa e verdadeira”*. (Meines, 1999: 83)

A participação em práticas organizativas da equipa permite a construção do seu papel e da sua capacidade profissional. O perfil do enfermeiro enquanto participante numa acção comunitária baseia-se no papel de organizador com experiências organizativas através da aprendizagem, bem como na aquisição de habilidades e competências com base em experiências prévias.

É difícil que o papel do enfermeiro engloba todas as qualidades e conhecimentos úteis, pelo que cada um deverá utilizar as suas potencialidades de maneira singular, com valor nos seus próprios recursos, tirando o melhor partido de si mesmo, das suas experiências e conhecimentos. Quando o trabalho na comunidade pode ser desenvolvido por uma equipa profissional, não há dúvida que uma repartição de funções que tenha em conta os conhecimentos e habilidades de cada membro, favorecerá o processo comunitário. (Barbero e Cortès, 2005)

Segundo os mesmos autores, os papéis e a intensidade do exercício do enfermeiro na comunidade variam segundo o momento do grupo, a fase em que se encontra o trabalho e os objectivos deste, bem como as limitações em que se move e as próprias preferências. Consoante estas variáveis, o enfermeiro tem um papel mais ou menos activo.

De facto, o trabalho desenvolvido com a família exige o aprofundamento de saberes desenvolvidos em diversas áreas (a enfermagem, a psicologia, a sociologia ou a terapia familiar) de maneira a incorporá-los na abordagem de uma avaliação familiar que visa o desenvolvimento de instrumentos de avaliação familiar e a utilização de estratégias de intervenção.

Tal como na relação com o indivíduo, a avaliação e intervenção da enfermagem à família, requer a existência de um quadro teórico e de uma estrutura conceptual que oriente a colheita de dados e a intervenção. São diversos os modelos utilizados em várias áreas de actuação da enfermagem: o Modelos de Avaliação Familiar de Friedman (Friedman Family Assessment Model) (Friedman, 1998); o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (Calgary Family Assessment Model- CFAM) (Wright e Leahey, 1994, 2002); a Avaliação do Funcionamento da Família em Matéria de Saúde (Évaluation du Fonctionnement de la Famille en Matière de Santé) (Thibaudeau, Reidy e St-Felix-Beaugueur, 1983); o Modelo de Cuidados de McGill (McGill Model of Nursing) (Gottlieb e Rowat, 1987). Estes modelos têm vindo a ser revistos, actualizados e amplamente testados em diferentes países. (Barbieri, 2004)

Na perspectiva sistémica da família, quando comparada com um organismo vivo, o seu desenvolvimento conduz a uma diferenciação estrutural e a mudanças na organização relacional, através da criação e articulação de tarefas e posições de poder relativamente aos diferentes subsistemas. As transformações produzidas resultam da interacção e comunicação na sua vertente pragmática.

Na perspectiva de Barbieri (2004), o trabalho com as famílias é essencialmente interactivo, uma vez que na avaliação da estrutura familiar são explorados relacionamentos importantes da família. A família considerada como um todo na sua individualidade e complexidade, indica que cada elemento participa em diversos sistemas e sub-sistemas ocupando em simultâneo vários papéis em diversos contextos, o que implica outros estatutos, funções e tipos de interacção com vários graus de autonomia e importância.

Para compreender as tarefas dos diversos elementos e os aspectos que afectam as relações entre os indivíduos, é fundamental a análise do ciclo de vida da família. No entanto, hoje em dia, para avaliar o ciclo vital da família de acordo com as características da família, é necessário ter em conta as alterações relativas ao padrão tradicional da família de classe média, nomeadamente onde ocorre o divórcio, ou o caso da família reconstituída, da família monoparental ou das famílias de baixos recursos. (Barbieri, 2004)

Na avaliação funcional da família para identificar e distinguir as famílias emocionalmente saudáveis das que possuem dificuldade emocional, é necessário

contemplar um aspecto instrumental relacionado com a capacidade de resposta da família às actividades de vida diária e ainda, um outro aspecto expressivo relacionado com as crenças, papéis e alianças. Por vezes, a não resolução dos aspectos relacionados com as actividades de vida diária manifesta-se em alterações expressivas, pelo que é fundamental a avaliação da interacção entre os elementos da família. Segundo Barbieri (2004), uma avaliação desta natureza permite conhecer de forma sistematizada as necessidades da família, o que conduz ao planeamento de acções de enfermagem culturalmente relevantes para uma determinada família num determinado contexto familiar.

Segundo Subtil (1997: 38), *“hoje, como sempre, a promoção da saúde do indivíduo só é possível promovendo a saúde da família que deve passar a ser a unidade de análise, de diagnóstico e de intervenção”*.

No século XXI, o enfermeiro não pode ser considerado um mero executor de técnicas nem um profissional centrado apenas no utente enquanto indivíduo, qualquer que seja a etapa da vida em que se encontre. O termo holístico que perdeu algum significado devido ao abuso da expressão, pelo que é importante que seja recuperado e recontextualizado no ecossistema familiar de modo a reinventar os cuidados de enfermagem, conscientes dos limites, das complementaridades e das competências dos outros profissionais de saúde.

O modelo biomédico reduziu a capacidade do utente ter uma palavra, veiculando uma posição paternalista em que os técnicos de saúde sabem o que é melhor para o utente. Contudo, esta ideia tem de ser contrariada através do “empowering”, para que os utentes tenham consciência dos seus direitos e poder. (Figueiredo, 1998)

Neste contexto, o enfermeiro de saúde comunitária assume o papel tanto de conselheiro, como de advogado do utente, uma vez que trabalha com base numa relação de confiança mútua, autenticidade e sinceridade, onde a comunicação é um instrumento fundamental. Em colaboração com outros técnicos e parceiros sociais, através de uma abordagem multicultural e multidisciplinar, articula as necessidades da comunidade aos recursos existentes. (Gândara, 1998)

Uma técnica constantemente presente na enfermagem é a prestação de cuidados centrada na família e comunidade, em que os enfermeiros têm de estar preparados para trabalhar em contacto directo com as pessoas inseridas na sua família, comunidade e



ambiente natural. O Hospital não é mais do que uma experiência transitória e cada vez mais no futuro, os indivíduos necessitam de cuidados em suas casas. Deste modo, o enfermeiro assume um papel relevante como facilitador e gestor dos cuidados.

A mudança no cenário dos cuidados que se caracteriza pela transferência de cuidados hospitalares para os serviços da comunidade e reorganização dos cuidados de saúde primários é um fenómeno complexo e actual no Sistema Nacional de Saúde. Assim sendo, o enfermeiro da era contemporânea é um futurista que olha tanto para o passado, como para o presente, com uma visão baseada em planos e possibilidades de atingir os objectivos. Embora o futuro seja caracterizado pela incerteza e probabilidade, também representa a liberdade, o poder e a esperança de uma realidade com novos cenários, novos actores, novos papéis e novas regras, ou seja, pela mudança baseada em práticas de adequação entre a oferta e procura de cuidados. (Gândara, 1998)

Korniewicz e Palmer referem que *“a questão do futuro da enfermagem não está em sabermos se alguém vai tirar o lugar mas sim como queremos que ela se desenvolva”*. (Gândara, 1998: 14)

Neste sentido, Fernandes (1998: 10), refere que “o futuro produz-se”, porque não é uma realidade objectiva que não passa de uma previsão e de uma antecipação dos factos. Como tal, importa perspectivar o conjunto de forças que naturalmente se vão impondo tendo em conta que é necessário uma adequação a novos comportamentos e atitudes.

De facto, os enfermeiros têm de cuidar com os utentes e não cuidar para utentes, pelo que é imperioso relações em parceria, que estabeleçam alianças com os consumidores, quer a nível do planeamento e execução dos cuidados, quer na definição de políticas de saúde. Cuidar, é hoje e continuará a ser, o fulcro da profissão de enfermagem, mesmo que as formas alternativas de cuidar sejam desenvolvidas de forma mais sistemática. (Figueiredo, 1998)

Ao tomar consciência desta realidade e tendo em conta que exercer uma prática profissional com normas regulamentadas pela profissão e aceites pela sociedade, não acontece automaticamente no fim da formação, há necessidade de tomar decisões eticamente aceitáveis, através da reflexão e do pensamento crítico. Neste sentido, é fundamental uma mudança no cenário dos cuidados, na lógica das organizações e na revalorização dos valores inerentes aos princípios fundamentais, que se vai reflectir nos

novos papéis do enfermeiro, visando a garantia da qualidade dos cuidados, independentemente da natureza dos mesmos.

#### **1.4. Multiculturalismo e a Enfermagem**

Com a grande mobilidade de estrangeiros para Portugal nas últimas décadas, a conjuntura actual é caracterizada por uma sociedade culturalmente diversa, em que Portugal transitou de um país de emigrantes para um país de acolhimento de emigrantes. Este novo cenário caracteriza-se por um conjunto de transformações que se expressam com e para além da globalização, atravessando vários domínios da sociedade.

Ao longo dos tempos, o mundo tem vindo a sofrer transformações significativas e globais, tornando-se um mundo em que múltiplas culturas caminham, interagem e partilham recursos humanos e materiais em diferentes áreas geográficas.

Esta nova configuração traz novos desafios, também eles alvos de uma evolução no tempo. Enquanto sistema em interacção constante com o seu meio, a saúde não foge a esta tendência, sendo confrontada com uma transformação quer do universo da população, quer do conjunto de profissionais que integram o sistema de saúde.

Para compreender o conceito de multiculturalidade é fundamental uma abordagem do conceito de cultura, conceptualizada como um conjunto de sistemas simbólicos, elaborados colectivamente e transmitidos de geração em geração. Além deste conceito, é caracterizada como um conjunto de recursos interpretativos.

Tudo o que afecta o corpo ou o espírito, a saúde e a doença, passa não só pela biologia, mas também pela mediação cultural. Portanto, a cultura é um conceito largamente inconsciente com influência na saúde, na doença e na procura de cuidados. Ramos (2001: 163) refere que a cultura constitui “tudo o que se aprende de uma forma consciente e inconsciente e que se pode transmitir e comunicar”.

Segundo Hall (1971) “*a cultura é um conjunto de elementos aprendidos em sociedade pelos membros de uma determinada sociedade, e, estes elementos são acções, percepções e pensamentos (raciocínios, crenças, sentimentos, sensações)*”. (Ramos, 2001: 163)

A cultura na perspectiva de Gamito (1980: 51) é “um instrumento privilegiado pelo qual os homens se adaptam ao seu ambiente”, concebida por Kroeber e Kluckhohn



(1952) de acordo com o mesmo autor, “*como «matriz» que se estende às estruturas simbólicas das normas e das ideologias, bem como a todo um conjunto de comportamentos aprendidos*”. Segundo Levi-Strauss (1966), a cultura é considerada um conjunto de sistemas simbólicos, como é o caso da linguagem, da arte, das ciências e da religião, cada um funcionando com as suas características e regras, mas com algum sincronismo. Numa determinada sociedade, a cultura é manifestada pelo comportamento dos seus membros, considerando-se por um lado, a existência de modelos macroculturais característicos de uma classe, de grandes grupos sociais, de sistemas geo-políticos e por outro lado, de modelos microculturais quando representa a cultura de um grupo mais restrito, como o caso de grupos profissionais ou regionais.

De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003: 1152), a *cultura* está relacionada com o “*conjunto de atitudes, linguagem, conhecimentos e costumes induzidos, tendem frequentemente à estereotipagem e à simplificação que procura satisfazer indirectamente interesses de determinados grupos sociais*”; e a *cultura popular* refere-se ao “*conjunto de costumes, acção de cuidar, tratar e venerar (no sentido físico e no moral)*”.

Kroeber em Laplantine (1992) considera que a cultura é “*o conjunto dos comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade, sendo essas actividades adquiridas através de um processo de aprendizagem e transmitidas ao conjunto dos seus membros*”. (Braga, 2000: 39)

Para Tylor (1871), a cultura é um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábitos adquiridos pelo Homem enquanto membro de uma sociedade, existindo uma unidade psíquica entre as diferentes culturas. (Abreu, 2003)

Este conceito é completado por Braga (1997: 501) que considera a cultura como um conjunto de “*valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, partilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e acções dos elementos pertencentes ao grupo*”.

As concepções das pessoas leigas em medicina estão intimamente ligadas a significações mais latas de si próprias, sobre o mundo e a vida, imbuídas em sistemas culturais locais, pelo que não podem ser estudadas isoladamente, uma vez que para compreender as reacções à doença é necessário compreender a cultura de determinadas

comunidades. Embora existam diferenças entre os conceitos de cultura, na maior parte das sociedades, a cultura é considerada o modo de viver de um grupo humano que faz parte integral da maneira de cada um viver, realizar ou tomar decisões, existindo sempre comportamentos comuns. Deste modo, a saúde e a doença são consideradas representações culturalmente elaboradas que sofrem influência social do meio.

Nesta perspectiva, Abreu (2003:48) refere que “*estar doente ou sentir-se doente são fenómenos e contornos culturais nos quais convergem as influências de diversos sistemas simbólicos*”.

Uma parte essencial do que caracteriza o ser humano é conservado e transmitido pelo grupo social e cultural, podendo falar-se de uma “herança” social e cultural, que não se confina às informações, aos actos e comportamentos, mas situa-se igualmente ao nível dos símbolos e das representações. Neste sentido, Ramos (2001: 162) refere que “o ser humano é um ser de cultura”.

As representações de uma cultura de saúde e doença assentam na pluridisciplinaridade das relações entre os seres humanos e os seus corpos. Na perspectiva de Kleinman (1980), as culturas fornecem modelos interpretativos da saúde e da doença, que incluem o significado, a causa, o processo, prognóstico e tratamento da doença, bem como a manutenção da saúde. (Ferguson-Marshalleck e Miller, 2005)

Neste sentido, consideramos que a cultura facilita as estratégias de identificação e pertença, uma vez que o indivíduo tende a valorizar as normas e os valores do seu grupo de pertença, considerando-os os únicos modelos de referência (etnocentrismo) e desvalorizando os dos outros grupos.

Brislin (1993) define cultura como “o conjunto de ideias, valores e suposições acerca da vida, amplamente partilhados por um grupo de pessoas”. (Stahope e Lancaster, 1996: 128)

Para Purnell e Paulanka (1998) a cultura é considerada “*a totalidade de padrões de comportamento, artes, crenças, valores, costumes, estilos de vida socialmente transmitidos, e todos os outros produtos do trabalho e do pensamento humano característicos de uma população, que orientam a visão universal e a tomada de decisão do grupo*”. (Ferguson-Marshalleck e Miller, 2005: 111)

Edgar Morin (1969), no seu famoso texto “De la Culturanalyse à la Politique Culturelle”, refere que “ a cultura na nossa sociedade é um sistema simbiótico-antagonista de múltiplas culturas, nenhuma delas homogénea”. (Santos, 1988: 690)

Antes de Morin, Goldmann (1971) também já tinha trazido interessantes contributos para conceber a cultura como articulação entre o saber constituído e a experiência existencial, referindo que a obra cultural corresponde a uma visão do mundo, que estrutura e exprime com maior profundidade e coerência as aspirações dos membros do grupo social. O saber constituído desenvolve-se no interior do campo de subjectividade criado pela prática social, ou seja, pela dimensão da experiência existencial do seu grupo de referência. (Santos, 1988: 690)

Por um lado, a cultura é uma fonte de conflitos e de incompreensão, mas por outro lado, constitui uma das bases da compreensão, do diálogo e da comunicação entre os indivíduos, famílias e comunidades, que através da influência cultural aprendem a comunicar.

Segundo Marsella e Kameoka (1989: 233), as culturas são “*condutas aprendidas e compartilhadas, transmitidas de geração em geração com o fim de conseguir a adaptação, o crescimento e o ajustamento do indivíduo. Possui tantos referentes externos como internos. Os externos incluem os objectos, papéis e instituições. Os internos incluem atitudes, valores, crenças, expectativas, epistemologias e consciência*”. (Gonçalves, s/ d: 162)

Assim sendo, a cultura implica evolução e mudança, que resultam quer das inovações e das transformações internas de um grupo humano, quer dos processos externos provenientes do contacto de grupos culturais diferentes, ou seja, da aculturação. O processo de aculturação é acompanhado de diversas mudanças culturais, temporais e espaciais, que provocam a perda, a aquisição, a transformação, a substituição e a reinterpretação de traços culturais dos grupos de presença. (Ramos, 2001)

A cultura que é passada de geração em geração afecta o estado de saúde das famílias. Como tal, o nível de aculturação da família à cultura dominante em que vive tem muita importância para se saber até que ponto é que a herança cultural da família é relevante para a modelagem do comportamento de saúde da família. (Ferguson-Marshalleck e Miller, 2005: 114)

Esta acção, interacção e comunicação em que o indivíduo para além de ser produto da cultura, também contribui para a sua construção, reconstrução e recriação em função das problemáticas e estratégias diversificadas, é marcada pela diversidade e pluralidade. Deste modo, os comportamentos, as socializações, as aprendizagens e a comunicação só podem ser apreendidos a partir de um modelo cultural dinâmico, interaccionista e plural.

As diversas definições de cultura acentuam a multiplicidade de culturas e de contextos sociais, evidenciando uma complexidade das experiências individuais, tal como afirma Ramos (2001: 165), “entre culturas plurais e cultura universal, entre particularidades e universais, encontra-se o Homem, na sua diversidade e unidade”.

Na perspectiva de Geertz (1989), entender a cultura como sistema de comunicação e como código, significa não pensá-la enquanto depósito estático de hábitos e costumes, mas antes, como um processo dinâmico através da qual a vida social ganha sentido. (Vieira, 1999)

Relativamente ao multiculturalismo na enfermagem, pretendemos alargar a noção de cultura à prestação de cuidados pelos enfermeiros, cujas práticas são dirigidas por juízos, crenças, teorias, experiências e memórias do passado, ainda que relativizadas em função da sempre possível reflexividade. Como tal, abordaremos uma teoria baseada no modelo transcultural criada por Madeleine Leininger, que teve um grande contributo para a prática da Enfermagem.

Na nossa sociedade, considerada complexa, onde o holismo deu lugar à diversidade, a cultura harmoniosa das comunidades fechadas sobre si próprias deu lugar à heterogeneidade, devido às inúmeras experiências sociais e à diferenciada educação consoante o grupo donde provém. Por este motivo, é frequente falar-se de sociedades multiculturais e de prestação de cuidados multiculturais.

A sociedade ocidental, mesmo a portuguesa, independentemente do número de minorias étnicas presentes no sistema social ou, em particular, nos diferentes quotidianos, é constituída por diversos grupos com uma cultura própria, com a sua própria maneira de ver as coisas. Os próprios enfermeiros, com estatuto social que estrutura de determinada forma as hierarquias sociais, podem conter em si mesmos, diferentes concepções do mundo e da estrutura social, diferentes ideologias, enfim, diferentes representações sociais.

Na verdade, a sociedade, qualquer que seja, multiétnica ou não, é multicultural e intercultural. Os enfermeiros são um grupo profissional que têm uma visão do mundo própria, mas dentro do grupo profissional, surgem diferentes culturas associadas a juízos mais ou menos etnocêntricos, que na nossa óptica, resultam da história de vida de cada um, enquanto pessoa e profissional.

Porém, importa salientar que se verifica alguma confusão entre os conceitos de multiculturalidade e de interculturalidade. Na verdade, podemos reservar o termo «multicultural» para a simples pluralidade de culturas em jogo, ou seja, para o facto de haver coexistências de culturas e subculturas, assim como os efeitos consequentes de tal simultaneidade. Por outro lado, podemos utilizar o termo «intercultural» a partir do momento em que há uma preocupação de comunicação entre os indivíduos portadores de diferentes culturas.

Todas as culturas pré-modernas, incluindo as grandes civilizações, apresentam estilos de vida (conjunto de crenças, valores, estratégias de sobrevivência) ligados por um lado, a um espaço, ou seja, a um lugar conceptualizado como um cenário físico, geograficamente definido, onde se desenrolava a actividade social e por outro lado, a um tempo, ou seja, a uma dimensão temporal calculada e contada, geralmente, através de sistemas imprecisos e variáveis. (Pinto, 2004)

De facto, a cultura tem uma dimensão subjectiva na medida em que engloba aspectos subjectivos tais como valores, padrões de atitudes, critérios, modos de pensar e emoções, mas também tem uma dimensão objectiva porque compreende os padrões de acção social, tradições, hereditariedade social, saberes e relação com o meio. Segundo Abreu (2003: 46-47), *“o crescente interesse pela Medicina Holística, etnomedicina, enfermagem transcultural ou simplesmente pela diversidade cultural derivam da convergência de diversos factores. Entre estes podemos destacar o debate filosófico que se tem gerado em torno dos cuidados de saúde, o contacto frequente e mais facilitado com contextos culturais e sistemas de assistência diferentes dos que emergiram na nossa sociedade ocidental, os fluxos migratórios e naturalmente o debate sobre a qualidade dos cuidados de saúde”*.

Perante tal facto, os enfermeiros são cada vez mais confrontados com utentes provenientes de outras culturas, portadores de outros valores e crenças. Além disto, com o aumento das práticas médicas alternativas e complementares, estão cada vez mais

conscientes das opções oferecidas pelas medicinas paralelas, as quais partilham com os utentes, de modo a compreender as influências ecológicas sobre as representações e práticas de saúde.

Neste sentido, para abordar a Enfermagem e a Multiculturalidade, devemos pensar numa prestação de cuidados no plural, facto que implica um conjunto de fenómenos não só sobre as políticas facilitadoras da sedimentação de práticas culturais, mas também, e fundamentalmente, sobre a reestruturação do sistema de atitudes que em cada um, enfermeiro e/ou utente/cliente/doente, é responsável pelas representações que tem dos outros.

O ser humano é mais que um ser físico e mental. Cada indivíduo nasce, vive e morre num contexto cultural, o que inclui a espiritualidade, a religião, as relações de parentesco, a política, a economia e o modo como cada um é educado, aspectos culturais que influenciam a saúde e/ou doença.

Na verdade, a etnomedicina contempla uma dimensão total do Homem – somática (soma), psíquica (psique) e cultural (etnos). Da intercepção das três componentes nasce uma medicina integrante e integrada por excelência. (Morais, 2005)

Várias teses debatem a forte influência da cultura na saúde e doença. Diferentes culturas podem então, traduzir diferentes percepções do mundo, diferentes crenças, diferentes hábitos, diferentes estilos de vida, diferentes comportamentos, diferentes conceitos de saúde e necessariamente, diferentes formas de cuidar. O processo de cuidar remete para a capacidade de estabelecer relações com diferentes indivíduos. Para ir ao encontro do utente, para agir na sua situação e procurar identificar os factores que influenciam a saúde, os profissionais da saúde vão utilizar a observação directa, os conhecimentos científicos, as teorias e modelos, bem como as aprendizagens que resultaram das suas vivências, tanto individuais, como pessoais (Hesbeen, 1997)

A prestação de cuidados multiculturais analisa os significados, expressões, símbolos, modelos e práticas dos cuidados culturais, com o intuito de compreender a partir de um ponto de vista cultural a saúde, a doença e as práticas de culturais diversas ou semelhantes. Deste modo, a cultura é um meio para compreender os indivíduos num mundo multicultural em mudança, tendo em conta os conhecimentos específicos e universais da cultura, vista ao avanço da teoria, da investigação e da prática. Este é um processo complexo e multidimensional, pelo que é necessário um conjunto congruente



de comportamentos, práticas, atitudes e filosofias, bem como uma visão aberta às novas modalidades, que visa promover a fusão dos tratamentos convencionais e não convencionais num sistema de cuidados de saúde integrado.

Ao nível dos serviços de saúde, a interculturalidade só será possível quando os prestadores de serviços que os integram adquirirem competência cultural e fizerem dela um instrumento útil na criação e implementação de um conjunto de medidas político-legais que traduzam uma compreensão profunda da realidade, competência cultural que pode ser entendida como um processo contínuo resultante da interacção de factores que motivam as pessoas para o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e técnicas, de modo a cuidarem dos indivíduos, famílias e comunidades.

A identificação das diversidades e universalidades nos cuidados culturais é fundamental para orientar as decisões e acções na prestação de cuidados, com a finalidade de proporcionar cuidados culturalmente congruentes aos indivíduos e famílias em todas as áreas de intervenção: educação, investigação e gestão.

Os enfermeiros, educadores e advogados do doente, constituem uma parte integral do processo de saúde e doença, sendo detentores de diferentes culturas, pelo que é necessário um conhecimento dos valores, crenças e práticas da população, que vise prestar uma assistência eficaz, segura e satisfatória de modo a identificar os valores culturalmente universais e não universais, sem impor os próprios valores culturais. De facto, os enfermeiros são os maiores e mais importantes prestadores de cuidados, porque são prestadores directos de cuidados. Contudo, a autonomização face aos modelos médicos, a importância de humanização e individualização dos cuidados, tem feito com que os enfermeiros fiquem numa posição privilegiada na prestação directa e individual dos cuidados de saúde. Este é o caminho que a enfermagem pretende conquistar para fazer face ao paradigma biomédico de cariz reducionista.

Madeleine Leininger (1997) valoriza este princípio na medida em que enfatiza a importância da inclusão de conceitos antropológicos e culturais na prática de enfermagem. Se todas as profissões ligadas à saúde enfrentam o transculturalismo, isso será particularmente verdade para os enfermeiros e para a Enfermagem. A teoria desenvolvida pela autora deriva da antropologia, mas é reformulada para a enfermagem transcultural, com perspectivas que incidem sobre a universalidade e a diversidade da prestação de cuidados de enfermagem num contexto cultural. Para a autora, a

enfermagem transcultural como um processo e práticas evolutivas, constitui uma área principal da enfermagem. O objectivo da enfermagem transcultural é conseguir que os conhecimentos e a prática da enfermagem tenham uma base cultural, uma planificação e uma aplicação baseada na cultura, conseguindo ir mais além de um mero estado de percepção ou de apreciação das diferentes culturas.

Na realidade, o conhecimento e a compreensão das diferentes culturas implicam que o enfermeiro enfrente imposições culturais. O choque cultural poderá ocorrer se houver um esforço de aculturação por parte do utente, isto quando tenta compreender a cultura dominante e adaptar-se efectivamente a ela. Mas se tal não acontecer poderá ser penoso para o indivíduo, que provavelmente experimentará sensações de desconforto e desamparo, raiva e algum grau de desorientação. Por outro lado, a imposição cultural refere-se aos esforços para impor os próprios valores, crenças e comportamentos culturais a um indivíduo, família ou grupo de outra cultura.

Foley e Wurmser (2004) salientam a importância da consciencialização da cultura que é própria de cada um na aquisição de competência cultural. Purnell (2005) esclarece que esta consciencialização não ocorre de modo linear, mas que resulta de um processo. De acordo com estes autores, além da consciencialização dos profissionais de saúde, é necessário que tenham a capacidade de fazer com que as suas referências culturais não exerçam influência sobre a adequação cultural dos cuidados, isto porque os prestadores de cuidados de saúde são culturalmente competente quando estão receptivos a experiências com utentes de outras culturas, sendo capazes de compreendê-las, respeitar a diferença e demonstrar capacidade para prestar cuidados congruentes com a cultura do utente.

Mesmo quando as pessoas falam a mesma língua, podem ocorrer problemas de comunicação devido às diferenças culturais nos estilos de comunicação verbal/não verbal. A comunicação é um processo universal e acrescida à possível confusão sobre a linguagem, aspectos como o contacto visual, o toque ou gestos, podem resultar em problemas de comunicação.

Para que o enfermeiro preste cuidados culturalmente adaptados, tem de distinguir os seus próprios valores culturais e os dos utentes. Pretende-se que seja estabelecida uma comunicação inter-cultural, a qual é interrompida sempre que o enfermeiro projecta os seus próprios valores e comportamentos no acto da prestação de

cuidados. Deste modo, para que as mensagens sejam entendidas e compreendidas, é necessário que sejam claras e simples, porque comunicar é estar disponível, saber ouvir atentamente as pessoas e saber os seus interesses. Um processo de comunicação eficaz contribui para uma boa relação entre o enfermeiro e o utente/família/comunidade.

Contudo, os conceitos integradores do modelo não são uniformes, tornando-se por vezes confusos, o que pode dificultar a aplicabilidade da teoria. A este propósito, Leininger (1997) salienta que estas definições constituem orientações provisórias, as quais podem ser alteradas, à medida que a cultura é estudada. A sua teoria não faz referência aos quatro conceitos gerais que procuram definir as práticas de enfermagem. A autora define saúde e cuidar, mas não define explicitamente pessoa e ambiente, assim como não define o conceito de enfermagem. Apesar desta constatação, verificamos que estes conceitos aparecem de forma implícita nos seus pressupostos e constituem a base da teoria.

Leininger (1997) faz referência ao **ser homem**, definido como aquele que é provedor de cuidado e como um ser capaz de cuidar dos outros, preocupado com o bem-estar e sobrevivência dos outros. A pessoa define-se nesta perspectiva, como um ser cultural que sobrevive no tempo e no espaço.

A **saúde** é outro dos principais conceitos da teoria, caracterizada como algo universal e diversificado. A diversidade do conceito está relacionada com o facto de ser considerado na perspectiva cultural de cada grupo ou comunidade. A saúde é definida pelas crenças, valores e formas de agir, reconhecidas culturalmente e utilizadas para preservar e manter o bem-estar de um indivíduo ou comunidade permitindo a execução das actividades quotidianas.

O termo **ambiente** não é definido por Leininger (1997), que faz referência à **visão do mundo, estrutura social e contexto ambiental**. O ambiente, integrado e representado na cultura, apresenta fulcral importância na sua teoria. O ambiente é considerado como um acontecimento, situação ou experiência que dá significado às atitudes humanas, envolvidas em todos os aspectos contextuais em que se encontram os indivíduos ou grupos culturais. A visão do mundo diz respeito ao modo como os indivíduos tendem a olhar o mundo ou universo, elaborando um quadro ou imagem do lugar que ocupam e, paralelamente, o que o mundo pensa a seu respeito.

Leininger (1997) publicou a primeira apresentação do seu trabalho como uma teoria em 1985, e deu-lhe o nome de “Diversidade e Universalidade do Cuidado”. Leininger foi uma das primeiras a propor o conceito de “cuidar” como tema central para a disciplina da enfermagem, considerando o cuidar como a essência da disciplina de enfermagem. A autora apresenta dois conceitos distintos, cuidado e cuidar, que representam os conceitos mais importantes da sua teoria. O **cuidado** é entendido como um amplo fenómeno de assistência, apoio e facilitador, embebido nas formas culturais de vida, pelo que é fundamental investir na definição de cuidado cultural, uma vez que refere-se às atitudes e práticas do cuidado que distinguem a enfermagem. Por outro lado, o **cuidar** é considerado a ciência e a arte humanista aprendida e centrada nos comportamentos, funções e processo de cuidados, que pretendem ser personalizados e dirigidos para a promoção e manutenção, recuperação e preservação dos comportamentos de saúde.

Neste sentido, Sobreira et al (2004), consideram que o desenvolvimento pessoal do enfermeiro como cuidador, proporciona um cuidar transpessoal, isto porque na prestação de cuidados, o enfermeiro faz uso do seu Eu completo, com libertação da sua energia em pensamento e sentimentos. Por outras palavras, a sua actuação profissional encontra-se alicerçada no conhecimento de si próprio em desenvolvimento permanente.

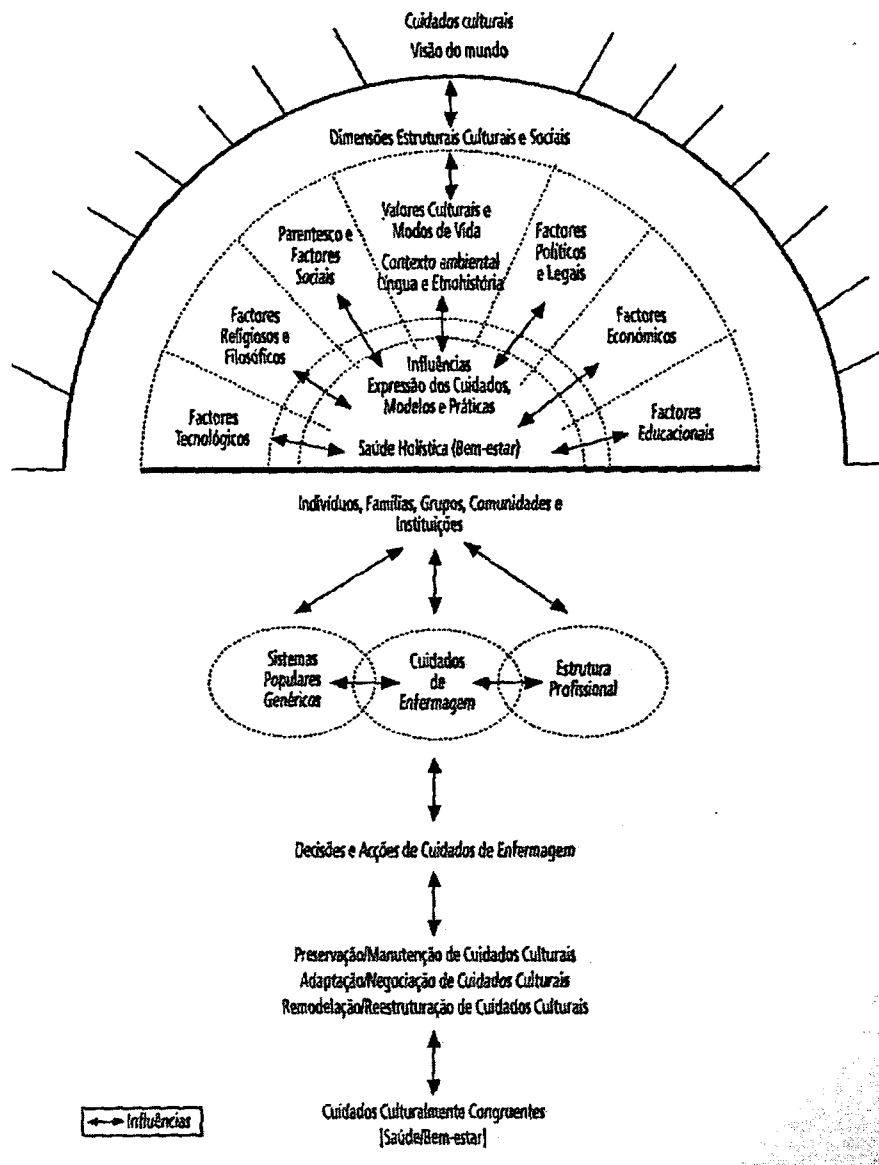
Para Jean Watson, o “cuidar” é o ideal moral da enfermagem que tem por base a atenção prestada ao Homem como um todo. O ser humano entendido como um ser bio-psico-social e espiritual, assim é a teoria do cuidado humano (human caring). Segundo o autor, a pessoa deve ser cuidada de uma forma global e universal, incentivando a abordagem numa perspectiva holística que promova a individualização e qualidade dos cuidados. (Sobreira et al,2004)

Apesar dos contributos de Leininger, a autora não define o conceito de enfermagem, afirmando que a enfermagem é um fenómeno que necessita ser explicado. Nos seus pressupostos, faz referência à enfermagem como sendo uma profissão que procura o cuidado culturalmente coerente, uma vez que os enfermeiros prestam cuidados a povos de várias culturas.

Para definir o papel específico do enfermeiro na equipa de saúde, surgiram vários modelos teóricos de Enfermagem. O modelo Sunrise desenvolvido por Leininger

(1997) é um modelo em forma de sol nascente para esquematizar as componentes essenciais da sua teoria.

Figura 1: Modelo Sunrise



Fonte: Leininger (1997)

A metade superior do círculo representa as componentes da estrutura social e factores sobre a visão do mundo, com influência nos cuidados e na saúde. Estes factores influenciam os sistemas tradicionais e profissionais, que se encontram na metade inferior do modelo. As duas metades juntas constituem o sol completo e representam o universo que os enfermeiros devem ter em conta para poderem prestar cuidados. Neste

modelo, os seres humanos são considerados inseparáveis da sua base cultural e da sua estrutura social, os quais constituem um pilar básico da teoria.

À medida que vamos estruturando o modelo, vamos vislumbrando uma certa analogia e interrelação com o processo de enfermagem nas suas diferentes etapas. O Modelo de Sunrise dá grande ênfase à compreensão da cultura do utente, para que os cuidados prestados estejam de acordo com a cultura do mesmo.

Na intervenção de enfermagem, os níveis I, II e III estão relacionados com a fase de colheita de dados e diagnóstico do processo de enfermagem. No nível I, o enfermeiro obtém a informação necessária para conhecer a estrutura social e obter uma visão do mundo do utente. No nível II, o enfermeiro aplica os conhecimentos obtidos no nível I à situação do utente. No nível III, o enfermeiro identifica os valores, crenças e comportamentos dos profissionais e da enfermagem do sistema de saúde do utente.

Ao longo deste processo de aquisição da informação, é fundamental o reconhecimento e identificação da diversidade e universalidade dos cuidados culturais. No nível IV é realizado o planeamento e implementação, tanto nas decisões, como nas acções do cuidado de enfermagem. Estas têm de ser adequadas à cultura para satisfazer as necessidades e proporcionar um cuidado coerente com a sua cultura.

Leininger (1997) estabeleceu três modos de acção e decisões de enfermagem:

☆ **Preservação/manutenção** cultural do cuidado: são acções que ajudam, auxiliam e apoiam o cliente para este preservar ou manter a sua saúde, recuperar de uma doença ou para enfrentar a morte.

☆ **Acomodação/negociação** cultural do cuidado: estas acções têm o seu objectivo em acções de profissionais de capacitação, auxílio ou apoio que constituam modos de negociar, adaptar ou ajustar à saúde do cliente e aos padrões de cuidado, para um bom estado de saúde ou para enfrentar a morte.

☆ **Repadronização/reestruturação** cultural de cuidado: refere-se às acções profissionais que procuram ajudar os clientes a modificar padrões significativos de vida e de saúde para padrões que sejam mais saudáveis para eles.

Embora o Modelo Sunrise não inclua uma área específica para a avaliação, a autora dá muita importância à necessidade de o enfermeiro estudar sistematicamente as acções do cuidado para avaliar se são adequadas aos modos de vida e aos padrões de comportamento da cultura do utente, de modo a promover a saúde e bem-estar. Este

estudo pode ser comparado com a avaliação dos resultados de um determinado plano de cuidados.

Contudo, esta teoria não é simples devido à complexidade e diversidade dos conceitos com demasiadas interrelações. Para George (1993), um dos pontos mais importantes desta teoria é o reconhecimento da importância da cultura e da influência exercida na prestação dos cuidados de enfermagem. O Modelo Sunrise e a sua complexidade são vistos pela mesma autora, com um ponto forte e uma limitação. Ponto forte porque proporciona orientações para áreas em que há necessidade de recolha de informação e que também inclui, conceitos antropológicos na prática de enfermagem. A limitação acontece quando esta complexidade leva a más interpretações ou até mesmo, à rejeição do Modelo.

Apesar de ser uma teoria que cumpre os critérios da generalidade por ser ampla e abrangente com orientação qualitativa e de âmbito mundial, é necessário mais estudos de investigação, nomeadamente de um maior número de grupos culturais para avaliar a estrutura dos cuidados. Na verdade, é uma teoria investigável porque o método etnoscience de investigação é rigoroso e a característica mais importante é a fiabilidade dos dados que derivam da aplicação dos métodos etnológicos. Assim sendo, é considerada uma teoria útil e com aplicação prática na formação e investigação em enfermagem, que devido à sua amplitude e carácter multicultural, pode constituir um meio de reafirmar a enfermagem como disciplina e como profissão.

Lea (1994), elaborou um artigo intitulado “Nursing in today’s multicultural society: a transcultural perspective”, que relaciona a enfermagem transcultural do ponto de vista, não só de Leininger, como também de outros autores que mais recentemente se dedicaram a esta área, com a sociedade multicultural canadiana. A autora não faz uma crítica específica à teoria de Leininger, mas aborda a enfermagem transcultural na sua essência com vários posteriores contributos de outros autores e investigadores. A visão abrangente do conceito de enfermagem transcultural é pertinente, apesar de não se basear unicamente nos postulados Leininger.

No seu artigo, Lea (1994) apresenta um modelo de negociação de cuidados com a finalidade de melhorar a comunicação intercultural. As competências baseadas na comunicação como resposta empática, bem como a valorização do utente são as chaves para a negociação entre o enfermeiro e o utente. O enfermeiro que procura conhecer a

história de vida do utente, tem de ter presente os valores do respeito e da sinceridade. Deste modo, está preparado para escutar de modo a assimilar as suas palavras, estando atento aos pensamentos e emoções que traduzem a percepção da sua situação.

Pestana (1996) refere que para os enfermeiros, o respeito pela diferença é importante mas por vezes, os serviços e técnicos que fazem educação para a saúde procuram e incitam os utentes a desejar aquilo que consideram desejável, em vez de tentarem compreender os indivíduos, procurando ajudá-los a alcançar os seus objectivos.

Para tal, o enfermeiro deve captar os pontos de vista e experiências do utente, reconhecendo a sua opinião e fornecendo uma informação científica relevante. Através de negociações podem sair do seu quadro profissional etnocêntrico e prestar cuidados de enfermagem adequados e pluralistas. O sucesso desta abordagem depende da flexibilidade, criatividade, conhecimentos científicos e recursos disponíveis no serviço de saúde. Das conclusões do estudo de Pestana (1996) sobre “a formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural”, podemos destacar as seguintes:

- ☀ Os inquiridos consideram positivas as relações enfermeira-utente;
- ☀ Os utentes reconhecem nas enfermeiras a disponibilidade e a sensibilidade para esclarecer e ajudar nas suas dúvidas e problemas;
- ☀ Relativamente ao respeito dos valores e privacidade, os utentes sentem ter um tratamento individualizado;
- ☀ As enfermeiras têm actuado baseadas na sua experiência do dia-a-dia, numa base de tentativa e erro, mas sobretudo no interesse e esforço que individualmente fazem por se documentar e reflectir sobre a prática;
- ☀ A educação para a saúde e a intervenção num contexto multicultural não têm sido completadas de forma prioritária nos currículos do curso de enfermagem.

O conjunto de conhecimentos que os indivíduos têm acerca da saúde e doença pode ser denominado de cultura de saúde, o que vai determinar cultural e socialmente as atitudes e convicções dos indivíduos, interferindo nos comportamentos individuais. A inexistência de uma cultura somática, ou seja, de conhecimentos relativos ao corpo, estrutura, função e cuidados, constitui um aspecto fulcral da intervenção da Enfermagem Transcultural.



Contudo, o humanismo tem um substancial impacto sobre o desenvolvimento da Enfermagem Transcultural. A principal limitação é a incapacidade de reconhecer a relação entre o conhecimento e o poder, como um aspecto a ter em conta nas suas próprias relações e na relação com os utentes.

De facto, vários obstáculos à evolução da Enfermagem Transcultural em Portugal ainda estão bem patentes. Por um lado, os escassos conhecimentos dos enfermeiros no âmbito da etnologia que dificulta a interiorização da cultura nos cuidados e por outro lado, existe uma retracção por parte dos receptores de cuidados em exteriorizar o seu descontentamento perante os cuidados que recebem. O pouco interesse por parte dos enfermeiros aliado ao facto da valorização dos cuidados visíveis, confere pouca credibilidade e divulgação à Enfermagem Transcultural.

No processo de cuidados de enfermagem verifica-se uma relação entre duas ou mais pessoas, detendo, cada uma, elementos do processo de cuidados. Este processo encontra-se situado na encruzilhada de um sistema de trocas, proveniente de diferentes origens, mas complementares, com vista à determinação da natureza dos cuidados e a proporcionar, os objectivos e meios necessários para os atingir.

Segundo Pontes (2002: 62), no processo de encontro entre o enfermeiro e o utente, existe inevitavelmente um etnocentrismo simultâneo, tanto por parte do enfermeiro, como da parte do utente, que a autora denomina de “etnocentrismo dual: enfermeiro/utente”, o qual está relacionado com a crença de que os valores do seu grupo cultural são os melhores ou os únicos aceitáveis. Inclui ainda, a incapacidade de compreender a visão do mundo, bem como as crenças de outra cultura. Por vezes, os enfermeiros julgam e reagem com base nas suas próprias percepções da realidade clínica, mas também na expectativa que têm dos utentes. Simultaneamente, os utentes julgam os enfermeiros de acordo com as suas crenças de cuidados de saúde e a expectativa que têm do enfermeiro.

Na realidade, os próprios enfermeiros encontram-se sob o domínio de valores predominantes veiculados pelo sistema social, valores a que pode aderir sem questionar ou que propõem compreender o significado, razão de ser, constrangimentos e limites, a fim de tentar situar o que orienta e é subjacente à sua acção.

A multiculturalidade está presente nos que são cuidados e nos que cuidam, sendo um processo de reciprocidade em que ambos influenciam e são influenciados pelas suas

próprias culturas. Para a multiculturalidade do cuidado em enfermagem, é fundamental uma variabilidade de significados, padrões, valores ou símbolos culturalmente aceites pelos indivíduos, como meio de promover o seu bem-estar, melhorar a condição humana e o modo de vida, ou até mesmo, enfrentar a morte com dignidade.

Pontes (2002) considera que a integração do conceito de cultura na enfermagem vai diminuir os desencontros entre os intervenientes do sistema de cuidados, tornando a enfermagem não só a “arte de cuidar”, como também a “arte de encontros”.

O processo de cuidados em enfermagem é uma construção específica de cada cultura, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados, pelo que a multiculturalidade que evidência as vivências de indivíduos provenientes de diferentes culturas é um aspecto que alimenta constantemente os cuidados de enfermagem. Tendo em conta que o processo de cuidados está inserido num sistema de crenças, valores e costumes dos que recebem e dos que prestam, importa salientar que as crenças, a sua natureza, modo de transmissão e modificação, traduz uma multiplicidade de práticas culturais que exigem a tomada de consciência dos múltiplos sistemas.

Neste processo de cuidados que não é linear, porque cada aspecto alimenta constantemente o conjunto da acção de cuidados, a abordagem multicultural da enfermagem deve aceitar e legitimar a especificidade cultural e social. Deste modo, as minorias têm a oportunidade de manter e expressar os vários elementos que distinguem a sua cultura (comportamento, língua ou religião), como modos de valorização, promoção e restauração da saúde ou prevenção da doença. Esta noção reflecte a necessidade de uma sensibilidade cultural dos enfermeiros no sentido de responder às necessidades dos indivíduos/família/comunidade distintas da cultura dominante.

A multiculturalidade na enfermagem permite evidenciar as vivências dos indivíduos, tendo em conta a doença e limitações ou dificuldades encontradas. É portanto, um processo de descoberta e acção entre parceiros sociais, com uma competência diferente e complementar, visando encontrar a sua forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um, num dado meio social e cultural (domicílio, comunidade, Hospital, Centro de saúde, escola, etc.).

A compreensão dos costumes das diversas culturas e do modo como transformam e diferenciam as práticas de saúde é um desafio desta investigação.



---

## 2.- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO





## 2.- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO

### 2.1. Caracterização do Concelho de Torres Vedras

O concelho de Torres Vedras situado no distrito de Lisboa, integrado na Região de Lisboa e Vale do Tejo, foi elevado à categoria de cidade a 3 de Fevereiro de 1979. A Norte está limitado pelo concelho da Lourinhã, a Nordeste pelo de Cadaval, a Sul pelo de Mafra e a Oeste pelo Oceano Atlântico ao longo de cerca de 20 km de costa.

Possui uma área de 407,1 Km<sup>2</sup> dividida em 20 freguesias: A-dos Cunhados, Campelos, Carmões, Carvoeira, Dois Portos, Freiria, Maceira, Matacães, Maxial, Monte Redondo, Outeiro da Cabeça, Ponte do Rol, Ramalhal, Runa, Santa Maria do Castelo (Torres Vedras), São Pedro e Santiago (Torres Vedras), Silveira, Turcifal e Ventosa.

Figura 2: Mapa do Concelho de Torres Vedras



Fonte: adaptada pela autora

#### 2.1.1. Caracterização sócio-demográfica

O concelho de Torres Vedras apresenta um povoamento muito disperso, com elevados aglomerados urbanos (cerca de 250). Segundo o Anuário Estatístico da Região de Lisboa e Vale do Tejo (I.N.E. 2001a), tem uma população residente de 72.250

habitantes (35.379 do sexo masculino e 36.871 do sexo feminino) e a população residente na cidade de Torres Vedras (22.609 habitantes nas duas freguesias) representa cerca de 25% da população do concelho.

A densidade populacional é de 178 habitantes/Km<sup>2</sup> verificando-se um crescimento de 1991 para 2001 de 7.5%.

**Quadro 1: Concelho de Torres Vedras – População Residente**

FREGUESIAS	1991			2001		
	H	M	HM	H	M	HM
A-dos-Cunhados	3971	3924	7895	3424	3512	6936
Campelos	1320	1304	2624	1357	1351	2708
Carmões	430	441	871	416	431	847
Carvoeira	833	842	1675	777	833	1610
Dois Portos	1174	1220	2394	1055	1098	2153
Freiria	1137	1133	2270	1245	1219	2464
Maceira				938	907	1845
Matações	622	666	1288	599	623	1222
Maxial	1425	1404	2829	1435	1509	2962
Monte Redondo	410	412	822	377	410	787
Outeiro da Cabeça	491	495	986	474	458	932
Ponte de Rol	1008	1055	2063	1025	1056	2081
Ramalhal	1493	1511	3004	1505	1547	3052
Runa	561	563	1134	483	549	1032
T. Vedras (Sta M. <sup>a</sup> Castelo, S. Miguel)	2221	2305	4526	2429	2632	5061
S. Pedro da Cadeira	2035	2018	4053	2200	2139	4339
T. Vedras (S. Pedro e S. Tiago)	7407	7990	15397	8390	9158	17548
Silveira	2755	2716	5471	3200	3296	6496
Turcifal	1423	1459	2882	1460	1548	3008
Ventosa	2520	2491	5011	2572	2595	5167

Fonte: adaptado pela autora (I.N.E.: 2001a)

Tanto na Zona Oeste (que engloba os concelhos de Torres Vedras, Lourinhã, Cadaval, Sobral de Monte Agraço, Alenquer e Arruda dos Vinhos) como no Distrito de Lisboa, tem-se verificado um envelhecimento populacional, provavelmente devido ao aumento do número de idosos e à diminuição do número de jovens.

A taxa de crescimento verificada entre 1991 e 2001 foi de 14,5% no concelho, segundo dados do I.N.E. (2002). O crescimento demográfico tem sido mais significativo

nas freguesias da cidade, sobretudo nas litorais (A-dos-Cunhados e Silveira) e a Norte (Campelos). Nas últimas décadas tem-se verificado um movimento das populações do interior do concelho para o litoral, o que tem causado um certo despovoamento nas freguesias do interior: S. D. Carmões, Dois Portos, Runa, Carvoeira, Matacães e Monte Redondo.

A dimensão média das famílias passou de 3,1 em 1991 para 2,6 em 2001 no concelho de Torres Vedras, evolução esta semelhante em toda a Zona Oeste.

Quanto aos níveis de escolaridade da população com idades superiores a 10 anos, em 1991 a percentagem de analfabetos era de 14,1% (sendo maior no sexo feminino), 51,5% tinham o Ensino Primário, 13,9% o Ensino Preparatório, 20,7% possuía o Ensino Secundário e 3,9% outros níveis de ensino.

Em relação ao nível de ensino atingido pela população, é de salientar que o número de indivíduos que atingiram o ensino superior é inferior à média nacional e muito abaixo dos valores da região de Lisboa. Na população activa, estima-se que 9,5% dos trabalhadores ainda não possuam qualquer qualificação escolar.

De acordo com os dados dos Censos 2001, no concelho de Torres Vedras existem 25.461 famílias clássicas e 30 institucionais. Das famílias clássicas, 29,6% são constituídas por dois residentes, 25,1% por três residentes e 20,5% por quatro. Existem ainda 16% de famílias unitárias. (I.N.E.: 2001b)

Relativamente ao emprego por sector de actividade, em 2001, a maioria da população empregada exercia a sua actividade no comércio e serviços.

### **2.1.2. Caracterização sócio-económica**

#### **Sector Primário – Agricultura**

O sector agrícola da região de Torres Vedras passou de uma posição predominante, quer em termos de riqueza criada, quer em número de trabalhadores, para uma situação de menos peso específico. No entanto, continua a desempenhar um papel importante tanto a nível regional, como a nível nacional. Na produção agrícola destacam-se os hortícolas, o vinho e as frutas. Na produção animal predominam a avicultura e a suinicultura.



A Sub-Região Oeste tem potencialidades para um elevado grau de policultura determinado pela diversidade pedológica e de recursos hídricos abundantes. A vinha é a cultura de maior tradição e também a mais importante economicamente no concelho de Torres Vedras, que tem sido, à escala nacional, o maior produtor de vinho. A sua tradição vinícola remonta pelo menos ao tempo da colonização romana. Já então a região fora eleita zona privilegiada para o cultivo da vinha, atitude que prevaleceu até aos nossos dias. A cultura da vinha, como planta de grande valor comercial, à cabeça das produções locais, parece ter-se instalado nestas regiões em meados do século XVIII. O alargamento dos mercados externos determinou o alargamento da área da vinha, devido à conversão de terrenos incultos ou bravios. Essa expansão acabou por incrementar a fixação populacional e reforçar os contactos e os laços com outras regiões

A existência da Região Demarcada, de Comissões Vitivinícolas Regionais com estatutos desde Novembro de 1993 (Dec-Lei 375/93) e a criação de uma confraria de enófilos do Oeste demonstra o esforço feito para vitalizar e reforçar as estruturas de apoio ao sector.

A agricultura protegida tem grande importância, sobretudo na faixa litoral dos concelhos de Torres Vedras (freguesias da Silveira, A dos Cunhados, S. Pedro da Cadeira, Ponte Rol e Campelos) cuja maior produção é do tomate e a segundo nível, o feijão verde. Para além da produção, existem várias empresas de comércio de factores de produção, viveiros e entrepostos agrícolas. Os principais destinos da produção são para os mercados abastecedores de Lisboa, Malveira e Vila Franca de Xira.

Outra área significativa na região Oeste é a avicultura. Desde há várias décadas que existe no concelho de Torres Vedras um grande número de produtos avícolas. Em Portugal, o consumo de aves, nomeadamente de frangos teve sempre uma evolução crescente e apesar da crise de 2003 que motivou um decréscimo, o consumo recuperou e mantém o seu crescimento.

### **Sector secundário – Indústria**

A indústria localizada nesta sub-região desenvolveu-se a partir de pequenas oficinas, que estão directamente relacionadas com a agricultura: o fabrico de lanternas, utensílios diversos para pulverizadores e equipamentos de vinificação.

Em Torres Vedras, a indústria assentava em três actividades principais: a metalúrgica-metalomecânica, a cerâmica (materiais de barro vermelho para construção civil) e a alimentar.

Com o declínio da actividade agrícola, associada às dificuldades a nível mundial que afectam o sector metalúrgico, as indústrias foram perdendo alguma importância. Actualmente, as indústrias agro-alimentares apresentam um maior dinamismo, com grande impacto nos subsectores da produção de rações e alimentos compostos para animais, da preparação de carnes, bem como as indústrias de lacticínios.

A grande maioria dos estabelecimentos industriais existentes são de pequena e muito pequena dimensão com um número de trabalhadores inferior a 10.

O Plano Director Municipal define duas grandes categorias: áreas industriais concelhias com grande dimensão física e económica, que ultrapassa a escala concelhia e áreas locais que pretendem satisfazer necessidades locais de deslocalização industrial e fixação das empresas.

As indústrias transformadoras de produtos alimentares, nomeadamente de aves, bacalhau, queijo e produtos hortícolas, são muito importantes para o concelho. Representam um elevado valor acrescentado para a economia, sendo em alguns casos, líderes de mercado em Portugal e estruturas empresariais geradoras de grande número de postos de trabalho.

Também os sectores da cerâmica de barro vermelho e produtos para a construção civil, englobam o dinamismo no concelho de Torres Vedras. A região de Torres Vedras produz cerca de 69% da argila produzida na região de Lisboa e Vale do Tejo. O volume de produção total de argila transformada em Torres Vedras deverá rondar o milhão de toneladas por ano. Em 2000, as sociedades que desenvolviam a sua actividade neste sector tinham ao seu serviço cerca de 492 trabalhadores. As empresas localizam-se no extremo norte do concelho, nas freguesias de Outeiro da Cabeça, Ramalhal e Campelos.

O sector da construção é um dos mais dinâmicos da economia do concelho, sendo também um dos que gera mais emprego. Para se ter uma ideia do seu significado, basta referir que no ano 2002 existiam 2.756 empresas (sociedades e empresários em nome individual), a maioria das quais de pequena e média dimensão, dedicadas à construção quer no concelho de Torres Vedras, quer em concelhos limítrofes.

## **Sector Terciário – Comércio e Serviços**

Actividades essenciais à população como o comércio, administração pública, turismo, restauração e serviços de apoio às famílias, representam em Torres Vedras a principal fonte de emprego e a maior parcela do volume de negócios. No concelho, este é o sector da actividade económica mais importante.

A cidade de Torres Vedras apresenta-se como o principal centro terciário da zona norte de Lisboa, onde é de destacar o comércio retalhista que detém uma das taxas mais elevadas do país. O sector grossista de produtos alimentares, apresenta na região um cooperativismo significativo, estando sediados alguns dos líderes nacionais.

No concelho, estão também sediados alguns líderes nacionais do sector comercial, nas áreas dos siderúrgicos, automóveis e acessórios, bem como do bacalhau.

É de salientar o peso que o sector do comércio e reparação de veículos automóveis representa nos indicadores económicos do concelho. Em toda a região Oeste, é no concelho de Torres Vedras, que mais veículos automóveis se vendem.

Na medida em que é um concelho que caracterizado pelo elevado número de pequenas e médias empresas e pela dinâmica das suas populações, Torres Vedras destaca-se pela grande actividade do sector financeiro. O sector dos bancos e seguros revela uma forte implantação na cidade, existindo cerca de 30 agências bancárias e 15 balcões ligados à actividade seguradora.

O sector do turismo representa em Portugal 11% do PIB e no concelho, pela riqueza do património histórico e da diversidade paisagística, a actividade turística apresenta uma elevada capacidade de diversificação.

O concelho apresenta como pontos fortes ao nível das actividades económicas:

- ☼ Novas condições de acessibilidade (A8 inaugurada em 1996);
- ☼ Conhecimento e tradição das produções agrícolas e na fabricação de equipamentos para a agricultura: frescos, vinho e sectores exportadores (tomate, pêra rocha, batata);
- ☼ Crescimento da agro-indústria;
- ☼ Torres Vedras, “centro comercial” concelhio e regional;
- ☼ Potencialidades turísticas.

O concelho apresenta como pontos fracos:

- ☼ Crise geral no sector agrícola;

- ☀ Crise na indústria tradicional;
- ☀ O comércio como alternativa ao desemprego;
- ☀ Deficiente articulação entre as estruturas de formação profissional e as estruturas empresariais;
- ☀ Pouca vitalidade do associativismo empresarial.

### **2.1.3. Caracterização das infra-estruturas sociais e de saúde**

Quanto aos serviços de saúde oficiais, o concelho dispõe do Centro Hospitalar de Torres Vedras, criado a 1 de Dezembro de 2001 e que integra o Hospital Distrital de Torres Vedras e o Hospital Dr. José Maria Antunes (Barro), do Centro de Saúde (com 18 extensões), de um Centro de Medicina Física e Reabilitação, de um Serviço de Atendimento Complementar, de um Centro de Doenças Pulmonares e da Delegação de Saúde.

Para além destes serviços existem ainda vários Centros Médicos, Clínicas e Consultórios privados quer de Clínica Geral, quer de especialidades, Centros para Exames Complementares (Imagiologia, Cardiologia, Análises Clínicas), Centros de Hemodiálise, Centros de Atendimento Domiciliário Nocturno, Farmácias e as estâncias Termas do Vimeiro.

### **2.1.4. Indicadores de saúde**

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

Para otimizar a metodologia de intervenção comunitária, a população inscrita no Centro de Saúde de Torres Vedras encontra-se dividida pelos respectivos Pólos de Cuidados Continuados: Pólo Sede, Pólo Carmões, Pólo Freiria, Pólo Maxial e Pólo Silveira. Cada Pólo de Cuidados Continuados engloba os utentes das freguesias em redor.

O Pólo Sede corresponde aos utentes da freguesia de Santa Maria do Castelo e de São Pedro e Santiago, apresentando a seguinte distribuição:

**Quadro 2: População Residente na Freguesia de Santa Maria do Castelo e São Pedro e Santiago**

<b>Grupo Etário</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>0-14</b>	2457	2375	4832	16,32
<b>15-44</b>	6332	6522	12854	43,41
<b>45-64</b>	3425	3766	7191	24,29
<b>65-74</b>	1249	1407	2656	8,98
<b>= ou &gt; 75</b>	817	1257	2074	7,0
<b>Total</b>	14280	15327	29607	100,0

Fonte: Centro de Saúde de Torres Vedras

O Pólo de Carmões corresponde aos utentes das freguesias de Turcifal, Dois Portos, São Domingos de Carmões, Carvoeira e Runa, com um total de 9.404 utentes.

**Quadro 3: População Residente nas Freguesias de Turcifal, Dois Portos, São Domingos de Carmões, Carvoeira e Runa**

<b>Grupo Etário</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>0-14</b>	665	657	1322	14,05
<b>15-44</b>	1789	1771	3560	37,85
<b>45-64</b>	1115	1110	2225	23,67
<b>65-74</b>	530	637	1167	12,41
<b>= ou &gt; 75</b>	439	691	1130	12,02
<b>Total</b>	4538	4866	9404	100,0

Fonte: Centro de Saúde de Torres Vedras

O Pólo Freiria corresponde aos utentes das freguesias de São Pedro da Cadeira, São Mamede da Ventosa, Ponte do Rol e Freiria, com um total de 13.631 utentes.

**Quadro 4: População Residente nas Freguesias de São Pedro da Cadeira, São Mamede da Ventosa, Ponte do Rol e Freiria**

<b>Grupo Etário</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>0-14</b>	1097	985	2082	15,28
<b>15-44</b>	3029	2850	5879	43,12
<b>45-64</b>	1560	1499	3059	22,45
<b>65-74</b>	687	722	1409	10,33
<b>= ou &gt; 75</b>	45	748	1202	8,82
<b>Total</b>	6827	7258	13631	100,0

Fonte: Centro de Saúde de Torres Vedras

O Pólo Maxial corresponde aos utentes das freguesias de Matacães, Monte Redondo, Maxial, Outeiro da Cabeça, Ramalhal e Campelos, com um total de 12.766 utentes.

**Quadro 5:** População Residente nas Freguesias de Matacães, Monte Redondo, Maxial, Outeiro da Cabeça, Ramalhal e Campelos

<b>Grupo Etário</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>0-14</b>	952	949	1901	14,90
<b>15-44</b>	2713	2590	5303	41,54
<b>45-64</b>	1495	1488	2983	23,36
<b>65-74</b>	672	714	1386	10,85
<b>= ou &gt; 75</b>	461	732	1193	9,35
<b>Total</b>	6293	6473	12766	100,0

Fonte: Centro de Saúde de Torres Vedras

O Pólo da Silveira corresponde aos utentes das freguesias de A-dos-Cunhados, Maceira e Silveira, com um total de 16.762 utentes.

**Quadro 6:** População Residente nas Freguesias de A-dos-Cunhados, Maceira e Silveira.

<b>Grupo Etário</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>0-14</b>	1252	1280	2532	15,10
<b>15-44</b>	3735	3547	7282	43,44
<b>45-64</b>	1972	1986	3958	23,62
<b>65-74</b>	810	856	1666	9,94
<b>= ou &gt; 75</b>	576	748	1324	7,90
<b>Total</b>	8345	8417	16762	100,0

Fonte: Centro de Saúde de Torres Vedras

## 2.2. Freguesia de “Clamores”

“Clamores” é uma denominação utilizada por nós para caracterizar a comunidade que pretendemos estudar. “Clamores” com cerca de 1.200 habitantes é uma das freguesias mais antigas do concelho de Torres Vedras, com uma área geográfica de seis quilómetros quadrados, situada no limite do concelho de Torres Vedras e limitada pelos concelhos de Sobral de Monte Agraço e Alenquer.

Esta freguesia é constituída pelos lugares de Alfeiria, Braçal, Carrasqueira, Corujeira, S. Domingos, Setinheira, Casal Sobrigal e Casais de Tojais. Encontra-se a

cerca de 20 quilómetros de Torres Vedras e a 6 quilómetros de Sobral de Monte Agraço, o que leva com que a população juvenil opte pelo ensino secundário naquela vila, que se situa mais perto e com melhores acessos viários e transportes.

### **2.2.1. Organização social**

A população de “Clamores” é uma população muito antiga. Naquele que é hoje o seu território, existiram em tempos pré-históricos diversos acampamentos utilizados para habitação pelos povos lusitanos. A presença árabe, por seu lado, pode ser atestada pela toponímia, de que o lugar de Alfeiria é o exemplo mais significativo.

De acordo com alguns escritos, o terramoto de 1755 destruiu parcialmente a igreja paroquial e parte das habitações tiveram o mesmo destino. Também grande parte da história se perdeu aquando das invasões Francesas, depois da destruição do arquivo paroquial e até de algumas alfaias religiosas. Sabe-se, no entanto, que em 1.527 tinha seis lugares e 34 fogos. Esse número corresponderia, segundo os cálculos usualmente feitos, para esta época, a mais de cem habitantes. Era, já na época, uma das freguesias do concelho de Torres Vedras menos povoadas. Até finais do séc. XIX, não houve qualquer referência à demografia de “Clamores”, mas a julgar pelos números actuais, a tendência parece ter-se mantido, sem grandes alterações, até hoje. (Camilo, 2000)

Segundo o “Dicionário Enciclopédico” consta que a nível administrativo, “Clamores” chegou a ter alguma autonomia, embora nunca se tenha tornado um concelho independente.

A igreja paroquial foi reedificada em 1750 sobre uma antiga ermida, que fora construída em 1507 e estava subordinada à igreja paroquial de S. Pedro de Torres Vedras. Esta igreja é uma fundação antiga, embora o edifício actual corresponda a uma remodelação setecentista, pelo menos no que respeita à decoração geral e à composição dos altares de mármore. (Camilo, 2000)

### **2.2.2. Recursos, hábitos, costumes e estilos vida**

Na parte sul do concelho de Torres Vedras, esta freguesia encontra-se numa região de solos férteis, com textura variável, leves e francamente arenosos, muito

favoráveis para a prática da agricultura, pelo que a cerealicultura, horticultura, vinicultura e fruticultura são a maior parte do cultivo. O seu destino é essencialmente os mercados de Torres Vedras e Sobral de Monte Agraço. (Camilo, 2000)

Na comunidade de “Clamores” não existe grande indústria, mas sim, algumas oficinas de carpintaria, mecânica-auto, serralharia civil, entre outras de pequenas dimensões. O comércio é exercido fundamentalmente no ramo alimentar.

A nível sócio-cultural, em quase todas as aldeias, existe uma sede social. Contudo, por falta de iniciativa dos sectores da cultura e do desporto, estas colectividades têm poucas actividades culturais, recreativas e desportivas.

Nesta freguesia, existem duas escolas primárias, uma com capacidade para 26 alunos e outra com capacidade para 14 alunos. Existe ainda um Jardim-de-infância.

Existem ainda bastantes profissões, como base no seu próprio emprego, que vai desde mecânicos, bate-chapas, gasoleiros, pedreiros, serralheiros civis, motoristas, operadores de máquinas, construtores civis, ferreiros, carpinteiros, canalizadores, electricistas, sapateiro, barbeiro, cabeleireira, entre outras. Cerca de 30% do trabalho é realizado no exterior da freguesia e cerca de 70% está empregado na freguesia. (Camilo, 2000)

Relativamente às festas e romarias realizam-se alguns festejos anuais em “Clamores”, a festa em honra do padroeiro no 3.º domingo de Agosto e a Procissão do Senhor dos Passos no 6.º domingo da Quaresma.

Esta freguesia é uma das mais ricas em património arquitectónico civil, nas várias quintas, casais e casas de habitação do século passado. É de salientar, que dentro destas povoações, as casas e quintas têm mantido os seus traços originais com as respectivas características, embora exista um caso ou outro em que foram feitas alterações em construções de habitações.

No que se refere a área florestal, esta é escassa, uma vez que quase toda a totalidade da área geográfica da freguesia é ocupada por campos agrícolas.

Em relação aos serviços de saúde, existe um posto médico (extensão do Centro de Saúde de Torres Vedras) e uma farmácia.





---

### 3.- OPÇÕES METODOLÓGICAS





### 3.- OPÇÕES METODOLÓGICAS

Realizar um estudo ou investigação consiste em abordar um problema utilizando o método científico, mas seja qual for a designação é sempre um trabalho desenvolvido por várias etapas interligadas. Na verdade, numa primeira aproximação o método ou pesquisa científica é a forma mais avançada de investigação criada pelo Homem e são conhecidos por ser um processo controlado, disciplinado e sistemático. Efectivamente, segundo Gil (1989: 19), *“o homem, valendo-se de suas capacidades, procura conhecer o mundo que o rodeia. Ao longo dos séculos, vem desenvolvendo sistemas mais ou menos elaborados que lhe permitem conhecer a natureza das coisas e o comportamento das pessoas. Pela observação o homem adquire grande quantidade de conhecimentos. Valendo-se dos sentidos, recebe e interpreta as informações do mundo exterior”*.

É de relevar que segundo Almeida e Pinto (s/d.: 84), *“a metodologia será a organização crítica das práticas de investigação”* e desta forma, o método científico corresponde ao conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adaptados para se atingir o conhecimento. Assim sendo, a metodologia representa a escolha da (s) estratégia (s) mais adequada (s) face aos objectivos da investigação, de forma a que seja possível a integração dos resultados obtidos através do uso de determinadas técnicas. Como tal, o conhecimento científico proporciona-nos uma base sólida para elaborar o perfil científico de um trabalho.

Tendo em consideração que as opções metodológicas têm por base o tipo de estudo, a questão de investigação enunciada e a fundamentação teórica utilizada, de modo que todo este processo esteja sob um adequado controlo epistemológico, a metodologia utilizada para realizar a presente investigação, fundada nos eixos do paradigma qualitativo, visou articular a teoria à investigação empírica e os diferentes procedimentos específicos conducentes à definição do universo e da amostra, selecção das técnicas mais adequadas e análise dos resultados.

Assim sendo, face ao objecto de estudo, adoptámos uma estratégia de orientação qualitativa, admitindo que, a partir desta linha, é possível alcançar com adequada intensidade e profundidade os resultados relacionados com a descrição de acontecimentos do dia-a-dia, para melhor compreender, por um lado, as representações sociais de saúde e doença dos indivíduos que recorrem a medicinas paralelas no

processo de auto-gestão da saúde e por outro lado, as representações sociais dos enfermeiros sobre a prestação de cuidados junto destas comunidades.

### 3.1. Perspectivas da abordagem qualitativa e tipo de estudo

A presente investigação, que tem como finalidade caracterizar as estratégias de autogestão da saúde numa comunidade rural do concelho de Torres Vedras, enquadra-se nas linhas do paradigma qualitativo<sup>1</sup>, holístico-indutivo, proveniente das ciências humanas e sociais, que privilegia, em primeira e última instância, a análise holística e a descrição pormenorizada do objecto de estudo, a partir do contacto próximo com os alvos de estudo.

Polit e Hungler (1995) afirmam que num estudo de carácter qualitativo, pretende-se que ele tenha um propósito exploratório, ou seja, que não se limite simplesmente a observar e registar a incidência de um fenómeno, mas também a explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros factores com os quais ele se relaciona. Nesta perspectiva de investigação, inserida no paradigma da compreensão das ciências sociais, segundo Leininger e Patton, citados por Salvado (1994: 46), *“a abordagem qualitativa possibilita um conhecimento mais alargado do fenómeno porque enfatiza o conhecimento, a compreensão e a interpretação cuidada e precisa da natureza, e o significado de situações ou acontecimentos passados ou actuais; ela suporta o estudo holístico da pessoa e dos*

---

<sup>1</sup> Existem várias correntes de abordagem qualitativa. Como primeira corrente apresentamos a Escola de Chicago que dominou a sociologia americana até o início da segunda guerra mundial. Alguns nomes proeminentes desta escola são os de George Herbert Mead e William I. Thomas e, após a segunda grande guerra, – Herbert Blumer, Erving Goffman e Anselm Strauss. Um dos ramos da Escola de Chicago tornou-se conhecida pelo nome de interacionismo simbólico. Em data recente emerge a Grounded Theory (teoria fundamentada), que tem as suas raízes nesta tradição e está ligada ao nome de Anselm Strauss. Uma segunda tradição da pesquisa qualitativa, a antropologia cultural que esteve igualmente, em estrita ligação com a Escola de Chicago e remete, entre outros aos nomes, a Bronislaw Malinowski, o criador da pesquisa de campo. Esta tradição foi desenvolvida de forma mais acurada por Clifford Geertz. Uma terceira tradição dos métodos qualitativos foi fortemente influenciada pela fenomenologia social de Alfred Schütz. Esta tradição pertence, pelo menos em parte, também a etnometodologia, que desde os anos 1960 influenciou fortemente o desenvolvimento dos métodos qualitativos. A etnometodologia está ligada, principalmente, aos nomes de Harold Garfinkel e Aaron Cicourel. Por outro lado, a etnometodologia também foi influenciada pela Escola de Chicago e, muito mais ainda, pela tradição alemã da sociologia do conhecimento de Karl Mannheim. Seu pensamento, como a Escola de Chicago, tem as suas origens nos anos 20 do século XX. Ao lado da fenomenologia e da antropologia cultural da Escola de Chicago, a sociologia do conhecimento de Karl Mannheim pode ser considerada como a quarta raiz dos métodos qualitativos ou reconstitutivos. Como quinta raiz dos métodos qualitativos podemos citar a Escola de Frankfurt sob influência de Adorno e Horkheimer. Nesta tradição, a prática da pesquisa individual somente foi desenvolvida nos anos de 1970, por Ulrich Oevermann, sob o nome de "hermenêutica objetiva" (objektive Hermeneutik). Para aprofundamento do tema, sugiro a leitura da obra de Bogdan e Biklen (1999).

*seus padrões de comportamento, preservando a mantendo intacta qualquer que seja a dimensão total do fenómeno em estudo”.*

Deste modo, Polit e Hungler (1995) consideram que a análise qualitativa será a mais correcta para tratar materiais narrativos onde as realidades subjectivas dos sujeitos estejam patentes. Na abordagem qualitativa, o acerto é colocado sobre a exploração em profundidade da riqueza e da complexidade que caracterizam certos fenómenos, mais que sobre o estabelecimento de uma relação de causalidade entre determinadas variáveis. Efectivamente, tal como referimos acima, a descrição das experiências individuais em termos etnometodológicos permite reinterpretar da melhor forma o modo como os indivíduos vivem, admitindo que tais factos são oriundos não só da natureza, mas construídos conforme a dinâmica cultural e o contexto social.

De relevar que na investigação qualitativa, a validade da abordagem depende não somente da precisão dos seus resultados, mas da conformidade com a realidade observada. Como tal, o rigor científico em estudos qualitativos passa pela declaração dos critérios usados pelo investigador no desenvolvimento da pesquisa, de modo a garantir a sua qualidade. Os problemas da confiabilidade, que segundo Polit e Hungler (1995: 360) estão relacionados com a consistência, estabilidade e repetição do relato dos informantes e da habilidade do pesquisador para colher e registar correctamente as informações, referem-se ao “grau de coerência ou segurança com que um instrumento mede o atributo que ele é encarregado de medir”.

No campo da saúde, a metodologia qualitativa expande o reportório metodológico de que dispõe para, por exemplo, compreender os níveis mais profundos dos significados contextuais da investigação convencional. A investigação qualitativa proporciona um conhecimento geral que contribuiu para o campo da saúde a três níveis: na contextualização, nos trabalhos em saúde e no desenvolvimento de modelos e teorias. (Benjumes, 1999)

Segundo a mesma autora, sendo possível a contextualização, os estudos qualitativos proporcionam descrições dos contextos culturais, bem como das situações e interrelações entre as pessoas, pelo que o conhecimento permite intervenções não só nos aspectos biológicos, mas também nos aspectos sociais e culturais.

Tal como referimos anteriormente, a investigação qualitativa é fundamentalmente indutiva e possibilita o desenvolvimento de modelos e teorias acerca

da realidade, de modo a promover a saúde da comunidade, através da aplicação de técnicas e protocolos, ou simplesmente, na simples execução de tarefas. Por exemplo, no campo dos cuidados de saúde primários, mostra que os enfermeiros comunitários criam diferentes contextos de relação com os indivíduos da comunidade, o que é essencial para o desenvolvimento e aceitação dos serviços de saúde comunitária. Nesta perspectiva, o trabalho comunitário é complexo e implica competências de interacção social, flexibilidade, criatividade e sólidos conhecimentos técnicos.

Na prática, a investigação qualitativa produz um conhecimento cuja relevância geral não seria acessível por outros meios. Este é um recurso que deve ser utilizado pelos que exercem uma profissão com base no diálogo e entre a prática e a investigação.

Em termos estritos, a investigação realizada trata-se de um estudo exploratório fundado nas perspectivas etnometodológicas, através do qual pretendemos criar novas pistas para a compreensão de fenómenos, de modo a melhorar a prática na saúde, porque não existe uma realidade única, mas sim, a visão que cada contexto social tem da sua realidade. Por outras palavras, ao balizar o estudo no campo da etnometodologia, pretendemos sobretudo fazer relvar de forma aguçada “de que aquilo que se vê depende do lugar em que foi visto e das outras coisas que são vistas ao mesmo tempo”. Deste modo, admite-se que a descrição das estratégias de auto-gestão da saúde numa comunidade rural do concelho de Torres Vedras amplia-se para além da mera explicação das dinâmicas do quadro sócio-cultural, na medida em que esta pode ser vista como um contexto específico, dentro do qual as vivências dos actores, os seus acontecimentos de vida em saúde e doença e os seus comportamentos podem ser descritos, interpretados e compreendidos com adequada densidade e profundidade. É através da avaliação compreensiva e etnometodológica de tais contextos, bem como da interpretação dos relatos obtidos junto da comunidade, que procura descodificar o significado das suas experiências em saúde e doença.

Face ao exposto, a opção por uma metodologia de carácter qualitativo, fundada no campo da etnometodologia, para explorar, descrever e compreender as estratégias de auto-gestão da saúde numa comunidade rural do concelho de Torres Vedras, prende-se sobretudo com os aspectos específicos simbólico-valorativos que pretendemos privilegiar, uma vez que este tipo de abordagem foca o significado que os indivíduos atribuem aos factos e à sua vida. Por outras palavras, ao utilizar o paradigma qualitativo,

em geral, e a etnometodologia em particular, mantemos em aberto a descoberta sem recurso a hipóteses à priori, de forma a permitir que as descobertas surjam de forma natural, não-controlada, não-manipulada e não dependente de técnicas experimentais. Decorrente da natureza psicossocial implícita neste estudo, a abordagem que mais se adequa para melhor caracterizar o processo de auto-gestão da saúde e identificar os motivos que conduzem os indivíduos a recorrer às medicinas paralelas é a qualitativa, e mais concretamente a perspectiva etnometodológica, privilegiando assim os seus relatos sobre as suas histórias de vida ou de experiências de vida pessoal e profissional, na saúde e doença.

Em síntese, as opções metodológicas da investigação realizada, encontra a sua ressonância no campo da etnometodologia, procurando desta forma, mergulhar nos contextos das vivências dos entrevistados para dar relevo não só aos comportamentos e discursos dos entrevistados, mas também e fundamentalmente, alcançar o *entendimento* do *entendimento* das estruturas locais de saber, inseparáveis dos seus invólucros e dos seus instrumentos. Por outras palavras, para conhecer as realidades humanas e as práticas sócio-culturais relativamente aos vectores em análise, o contexto em que se inserem e decorrem, é fundamental conhecer as interpretações e os significados que os indivíduos formulam acerca dessas mesmas práticas. É precisamente por reconhecer a importância de sublinhar as interrelações que se estabelecem entre os indivíduos de uma comunidade, bem como a necessidade de uma descrição profunda dessas mesmas interrelações, que justificam a adopção deste tipo de abordagem no presente estudo.

### **3.2. Histórias de vida: critérios e procedimentos**

As histórias de vida ou “life history” referem-se ao estudo de caso referente a uma dada pessoa, compreendendo não só a sua “life story” (relato/narração biográfica tal e qual como a pessoa viveu), como também qualquer outro tipo de informação ou documentação adicional que permite a reconstrução da biografia da forma mais exhaustiva e objectiva possível das experiências de vida. (Muñoz, 1992)

Porém, o objecto das ciências sociais é o resultado da reconstrução do senso-comum, pelo que através da utilização das histórias de vida, que são mais do que meras entrevistas, será possível a construção biográfica das experiências de vida.



De notar que as histórias de vida estão hoje em moda, num momento em que as ciências humanas e sociais enveredam pela busca de objectividade na subjectividade das metodologias qualitativas. Elas não são, em absoluto, a tábua de salvação para o devir das ciências sociais, mas são certamente uma redescoberta inigualavelmente rica, multiforme e multifuncional, capaz de dar resposta a quem entende o individual como produto de uma construção social. Deste modo, as histórias de vida são um processo com início, meio e fim. (Vieira, 1999)

Efectivamente, as histórias de vida ou relatos de vida conforme designam alguns autores, combinam a abordagem biográfica de diferentes sequências temporais da vida do indivíduo com a temática da investigação. Segundo Sarmiento (1994: 123), *“contar histórias é uma forma que os seres humanos utilizam para dar corpo a ideias, crenças e valores, que se entretecem nas intrigas narrativas e se sintetizam na moralidade final que todas as boas histórias apresentam”*. (Vieira, 1999: 71)

Nesta linha de pensamento, Segalan (1999: 219) afirma que *“o relato de vida esclarece as estruturais sociais e é possível, partindo de um pequeno número de relatos, reconstituir o tecido das relações sociais que está na sua base”*.

Na perspectiva de Muñoz (1992), os registos biográficos obtidos através das histórias de vida podem ser: de relato único, de relato cruzado ou de relatos paralelos. Através dos relatos únicos, as histórias de vida colocam em evidência o valor intrínseco do documento pessoal, trazendo uma dimensão sociológica, histórica ou literária, o que proporciona uma realidade intimista e de confiança que lhe confere um valor diferenciado e muito particular. Segundo o mesmo autor, a história de vida pode constituir um elemento essencial de uma pesquisa, porque coloca o investigador em contacto directo com os factos, proporcionando-lhe o fio condutor do estudo. São várias as vantagens da utilização das histórias de vida: permitir a formulação de hipóteses e o aprofundamento do estudo das relações sociais; controlar as variáveis comportamentais; facilitar a resposta a todas as perguntas que o investigador deseja; contribuir para os estudos de mudança social, traduzir um carácter multidimensional e legitimar o controlo dos resultados.

À partida, as histórias de vida são uma boa técnica para a familiarização do investigador com as problemáticas que se pretende estudar, mesmo que não seja a metodologia central a empregar na investigação. Tal como afirma Poirier et al.

(1995:87), *“na medida em que o inquérito não procede e hipóteses a verificar e em que a atitude do investigador que deve ser de escuta atenta, empatia e de exploração, sem qualquer a priori, parece interessante registar, no estágio inicial da pesquisa, uma ou várias histórias autobiográficas, centradas sobre os acontecimentos ou o campo particular da pesquisa”*. (Vieira, 1999: 70-71)

Assim sendo, as histórias de vida enquanto produto de uma reconstrução social, permitem conhecer aspectos da vida privada dos indivíduos proporcionando uma visão aprofundada da realidade social em geral, e das representações sociais em particular. De salientar, que os estudos sociológicos sobre as representações de saúde colocam a tónica sobre a diversidade dos aspectos hierarquizando-os e comparando-os segundo as categorias sociais e profissionais, as regiões e as culturas. Deste modo, descodificar as histórias de vida, será e é uma das etapas para melhor compreender o sentido da saúde e doença, uma vez que permite estudar o sentido da saúde na existência, através da experiência e a maneira de a conceber.

Face ao exposto, as histórias de vida, as narrativas de prática e a abordagem biográfica são consideradas não só como material de análise, mas também como técnica privilegiada para a descodificação do real e quiçá, como problemática teórica nova. Neste sentido, as histórias de vida completam o material analisado, ou seja, permitem perceber o que não percebemos senão indirectamente nas estatísticas, porque facilitam a análise e a compreensão da relação do indivíduo com o seu meio ambiente. (Gauthier, 2003)

Na constatação das práticas multiformes das histórias de vida, existem práticas disciplinares de investigação nas ciências sociais que se designam de antropossociais. Aqui destacamos a etnografia e as histórias de vida social, em que se trata de recolher uma ou mais histórias de vida a propósito de um determinado objecto e de as cruzar entre si.

Quer seja história de vida ou narrativa da prática, trata-se de uma história transmitida por um conhecimento histórico. O tratamento de informações numa história de vida ou numa narrativa de prática e as características deste tratamento pode-se resumir numa “abordagem biográfica”. Este tratamento é duplo porque por um lado, é relativo ao saber característico da história de vida ou narrativa da prática e por outro

lado, relaciona-se com o saber sociológico que o especialista das ciências sociais elaborará sobre esta base. (Gauhier, 2003)

Assim sendo, não são mero passado, mas sim, processos históricos na acepção plena da palavra. Por outras palavras, a vida individual e social não pode ser considerada um dado, mas sim uma construção em auto-re-organização permanente.

Segundo Gauhier (2003: 315) “*as relações de parentesco e aliança na base do conhecimento tal como é analisado numa história de vida constituem um modelo concreto de conhecimento semelhante ao que se pode analisar na sua transformação relativa às mudanças da sociedade.*” Neste sentido, este modelo concreto constitutivo da realidade social e da praxis consiste na ordem do conhecimento do senso-comum e na construção de um modelo abstracto, bem como de uma teoria do conhecimento. Por outras palavras, a praxis baseia-se no conhecimento e na linguagem que são o reflexo da consciência da vida real. Mas a sua complexidade, tal como parece, é bem diferente do simples reflexo.

Contudo, as histórias de vida trazem dificuldades para as ciências sociais porque tentam conjugar descrição e explicação ao mesmo tempo, isto porque o objecto definido relaciona-se com o conhecimento, onde o objecto já está empiricamente construído. Mas se a praxis cultural existe, significa que o conhecimento é um processo social necessário para reconstituir e descrever antes de analisar, pois não é único, uma vez que a realidade já se encontra construída na variedade dos processos sociais.

A abordagem biográfica constitui um desafio fundamental para as ciências sociais pelos problemas que levanta e permite abordar. Esta lógica não é redutível ao único objecto das ciências sociais, pelo que é necessário um método para reencontrar a realidade em que se encontra construída. Contudo, o método não pode ser reduzido a uma técnica, porque está relacionado com o objecto da investigação cuja construção operatória é a configuração de um saber secundário que passa pela definição de um objecto de análise. Apesar da teoria permitir a construção e explicação do objecto, ele continua a ser um desafio essencial de qualquer investigação, impossível de definir a priori, porque só através de um trabalho descritivo é possível identificá-lo. (Gauhier, 2003)

Nesta perspectiva, a história de vida ou narrativa de prática reportam-se a objectos de investigação diferentes, bem como a configurações diferentes, o que

possibilita determinar os diferentes procedimentos de análise que permitem explicar o objecto da investigação.

Pierre Bourdieu (1986) descreveu «ilusão» biográfica a partir de um relato individual que organiza uma explicação sociológica. O autor critica a insuficiente ligação entre um caso particular e as contingências externas, porque a biografia individual só permite passar à biografia colectiva, através do estudo do destino dos grupos sociais com uma dupla condição que Jean-Claude Passeron (1990) recorda. O material biográfico só é compreendido quando relacionado com a descrição de estruturas objectivas que são o produto de uma interacção entre a acção dos indivíduos e o determinismo das estruturas. (Segalan, 1999)

Ao longo da história de vida, arrumamos a diversidade cultural e intelectual constatada, como desordem ou ordem humana caracterizada pela existência da heterogeneidade cultural como facto social. Estas atitudes podem ser um bom começo, mas só por si não levam à intercompreensão, ua vez que a aceitação do outro na sua própria história está longe de ser uma atitude espontânea, mas sim, uma trajectória social de que resulta ou não a tomada de consciência do etnocentrismo intrínseco ao nosso olhar sobre o outro. (Vieira, 1999)

Na verdade, tomar como pano de fundo a etnometodologia para a análise das histórias de vida, significa sobretudo, ter por base a procura para além das evidências de modo a compreender o que é intrínseco à pessoa humana e o contexto das suas vivências. Com a etnometodologia, procura-se “ver” a forma os grupos culturais e sociais compreendem o mundo de formas diferentes, em que os conceitos do fenómeno saúde/doença não são idênticos e os cuidados prestados também são diferentes.

Em suma, são várias as circunstâncias e os factos vividos pelos indivíduos, bem como os agentes mediadores que contribuem para a construção de uma ou de outra forma de pensar. Para analisar as histórias de vida, as narrativas e os percursos biográficos, é necessário percorrer os caminhos e as experiências dos indivíduos. Assim sendo, a compreensão dos conhecimentos sobre as vivências dos indivíduos na saúde e na doença, só é possível através da descrição pormenorizada da própria experiência humana, tal como ela é definida pelos seus actores, tendo presente o seu contexto sócio-cultural.

### 3.3. Recolha da informação

Segundo Toni Faltenmaier, uma investigação sobre as representações subjectivas da saúde, *“procura mostrar por que é que importa, na investigação sobre a saúde, aperceber-se do interesse que os comportamentos de saúde têm, especialmente dos «leigos», dos não-profissionais de saúde. Eles constituem globalmente um «sistema de saúde invisível» cujos actos estão integrados na vida quotidiana. «Este trabalho de saúde informal e não remunerado é aparentemente organizado de tal maneira que é assegurado na sua maioria pelas mulheres. Os estudos revelam que os leigos não fazem senão procurar informações sobre a saúde junto de peritos de medicina. Eles consultam-se entre si. Existe uma quantidade considerável de informações sobre a saúde na rede social»”*. (Honoré, 2002: 34)

Para a recolha da informação é necessário reconhecer que diferentes técnicas são apropriadas para diferentes situações, havendo por conseguinte, a necessidade de adequar os procedimentos às questões de investigação. Deste modo, é imperiosa a reflexão sobre as opções metodológicas disponíveis para que, de acordo com o estudo em causa, a decisão tomada seja a mais correcta. Neste sentido, a selecção das técnicas está condicionada pelos objectivos propostos e pelo quadro teórico-metodológico, pelo que todo o processo deve estar sob um contínuo controlo metodológico. Na verdade, é fundamental conhecer as potencialidades e vantagens de cada técnica, bem como as desvantagens, de modo a obter resultados potenciais que minimizem os riscos.

A presente investigação sugere como técnicas de recolha de dados, a pesquisa documental e as entrevistas biográficas semi-estruturadas.

A pesquisa documental e ou bibliográfica foi essencial para a construção e aprofundamento teórico-conceitual do estudo, que segundo Quivy e Campenhoudt (1998), consiste na recolha de documentos de forma textual provenientes de instituições e de organismos públicos e privados (leis, estatutos, regulamentos, publicações) ou de particulares (narrativas, memórias, correspondência).

Como o próprio nome indica, a pesquisa documental baseia-se na análise de documentos importantes para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo. Muitas vezes, a pesquisa documental assume um carácter de complementaridade, associando-se a análise documental com outros métodos de pesquisa. Por um lado, a

pesquisa documental garante um apoio teórico, e por outro lado, a entrevista concede um contacto com o actor social.

O desafio de compreender o processo de auto-gestão da saúde, através de biografias captadas por entrevistas específicas, parece ser uma técnica <sup>2</sup> cheia de potencialidades para aprofundar o entendimento das representações e práticas, questão que vamos analisar em seguida com mais pormenor.

### 3.3.1. *Entrevista no contexto do método biográfico*

Do individual para o social, o método biográfico orienta-se no sentido de uma análise de práticas e processos sociais. Em investigações sobre as representações, Ruquoy considera que a entrevista é o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores e de normas veiculadas, tanto a nível do consciente como do inconsciente. (Albarello, 2005)

O método biográfico é cada vez mais utilizado com o objectivo de descobrir a relação entre as condições concretas de existência e as ciências. Como foi referido anteriormente, o relato de vida é uma história singular e única, mas que individualiza a história social colectiva de um grupo. Deste modo, Digneffe refere que “*o que torna único m acto ou uma história individual surge aos nossos olhos como uma via de acesso ao conhecimento científico de um sistema social*”. (Albarello, 2005: 207)

Segundo a autora, na medida em que o relato de vida produz material sobre as determinações sociais nas trajectórias individuais, bem como a relação dos indivíduos com essas determinações, o método biográfico permite captar as relações dialécticas entre o ponto de vista subjectivo do homem e na objectividade de uma história <sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Mesmo que a técnica possa parecer clara, o “método” ainda continua por descobrir. Quer seja do ponto de vista do processo de totalização usado na história de um indivíduo, das tipologias que é possível construir a partir de um tipo de história de vida ou de um tipo vivido ou, ainda, a elaboração de categorias cognitivas utilizadas na história de vida, a experimentação prossegue-se actualmente do ponto de vista de uma teoria da identidade e da praxis cultural. O método tipológico é muito redutor de carácter singular da história de vida enquanto que o estatuto teórico e metodológico das categorias cognitivas identificadas no termo da análise continua por definir do ponto de vista de uma teoria do conhecimento ou de uma teoria do sujeito que seria aqui uma teoria da identidade. (Gauhier, 2003)

<sup>3</sup> Numa perspectiva interaccionista, o método biográfico possibilita captar as subjectividades, compreender como a conduta é remodelada, tendo em conta as expectativas dos outros. Desta forma, permite captar as mediações entre o funcionamento individual e o funcional social dos mecanismos transaccionais e intermediários da relação entre o individual e o social. Neste sentido, Digneffe afirma que “o método biográfico permite reconhecer um valor sociológico no saber individual”, porque permite compreender a função de um facto social através de uma experiência vivida, da incidência desse facto na consciência individual, e em último no discurso. (Albarello, 2005: 210)

No contexto etnometodológico da abordagem biográfica, a entrevista é um instrumento de eleição para recolha de informação porque através da comunicação directa permite organizar um relatório da comunicação verbal entre o entrevistador e o inquirido. São várias as definições de entrevista que aparecem na literatura. Segundo Fortin (1999: 245), “*a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas*”. Na perspectiva de Gauhier (2003: 281), “*a entrevista consiste numa interacção verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação, a fim de partilharem um saber experienciado e isto, para melhor compreender um fenómeno de interesse para pessoas implicadas*”.

As informações colhidas através da entrevista revelam, por um lado, o pensamento do indivíduo e por outro lado, a realidade que é objecto de estudo.

Como se sabe, o saber de experiência é diferente para cada um dos interlocutores. O saber pode ser considerado uma construção interpessoal, um produto de encontro com as pessoas envolvidas na relação. Neste sentido, ao realizar a entrevista, o investigador tem interesses profissionais e pretende um discurso vigente com um novo nível de compreensão do fenómeno estudado.

Importa salientar, que segundo os graus de preparação e de controlo por parte do investigador, bem como do número de pessoas implicadas, distinguem-se diversas formas de entrevista. A entrevista semidirigida encontra-se entre a entrevista dirigida (padronizada, estruturada) e a não dirigida (não estruturada). Estas com um carácter exploratório mais acentuado, têm como objectivo principal alargar o máximo possível a informação existente. Como tal, são conduzidas com a mínima intervenção possível do investigador e obedecem a uma estruturação muito aberta baseada num conjunto de tópicos de orientação temática.

Perante as características da presente pesquisa, confinámos a entrevista ao nível da tipologia semi-estruturada, admitindo que através dela é possível garantir aos indivíduos entrevistados, a máxima liberdade de expressão, bem como a espontaneidade na verbalização dos seus sentimentos, sem perder o horizonte do estudo. Na verdade, a entrevista semidirigida pode ser denominada por moderada, semi-estruturada, semi-directiva ou não directiva controlada. Segundo Quivy e Campenhoudt (1998:192), as

entrevistas semi-directivas ou semi-estruturadas designam-se “semi-directivas no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por perguntas precisas”.

De salientar que ao realizar uma entrevista semi-estruturada, “*o entrevistador conhece todos os temas sobre as quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista*”. (Ghiglione e Matalon, 1992: 64)

É ainda de referir que a entrevista semidirigida é frequentemente utilizada na investigação associada aos paradigmas interpretativo e construtivista, de modo a compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes da investigação, numa co-construção. Na perspectiva de Gauthier (2003), consiste numa interacção verbal em que o investigador guia-se de forma flexível pelo fluxo da entrevista, semelhante a uma conversa com o objectivo de abordar os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o indivíduo, o que permite uma compreensão rica do fenómeno em estudo.

Gauthier (2003) distingue três postulados para situar os objectivos da entrevista semidirigida. O primeiro postulado atribuído por Mishler (1986 cf. Gauthier 2003), assenta na ideia que o conjunto questão-resposta constitui uma unidade isolada, fragmentada e considera a entrevista como uma narração, uma unidade de sentido, em que as partes devem ser consideradas em relação umas com as outras. O segundo postulado reconhece que a perspectiva do outro tem sentido, porque o ser humano é um organismo activo que pode envolver-se numa actividade, tratar a informação recebida do ambiente e dar-lhe um sentido que estimula a acção. O terceiro postulado está relacionado com a natureza da realidade, porque o que foi entendido durante a entrevista depende do momento e do estado de espírito do inquirido.

As opções relativas à formulação de perguntas foram tomadas em função da temática, do objecto e objectivos do estudo. Segundo Gauthier (2003: 284), as entrevistas semidirigidas “visam a descoberta, a compreensão, a aprendizagem e a emancipação”. A descoberta constitui um acesso privilegiado à experiência humana e assenta na ideia de tornar explícito o universo do outro através da interacção humana e social no contacto directo e pessoal para obter dados. Esta compreensão do mundo do outro permite compreender os comportamentos complexos subjacentes às acções,



perspectivas individuais e modos de vida dos indivíduos. A aprendizagem consiste em organizar e estruturar o pensamento, de modo a produzir saberes que revelem o pensamento e que permitam compreender melhor os outros. Por seu turno, a emancipação consiste na reflexão e exploração dos temas conduzindo à tomada de consciência e transformação do investigador e inquiridos.

A entrevista semidirigida é um modo de colheita de dados que enriquece as pessoas que nela participam, pelo que é uma experiência de aprendizagem tanto para o investigador como para os indivíduos. Neste sentido, está inerente uma relação humana e social na medida em que a “entrevista organiza-se à volta de três polos: o entrevistador-investigador, o respondente e as questões”. O investigador assume o papel de perito, de modo a “*obter informações pertinentes, ser sensível ao bloqueios da comunicação, manter uma relação interpessoal apropriada e manter o interesse do respondente*”. Por outro lado, o respondente é “um participante activo que evolui nas suas reflexões graças à ajuda do investigador-perito”. (Gauthier, 2003: 286-287)

Assim sendo, optámos por entrevistas semi-estruturadas como técnica privilegiada para a recolha de informação sobre algumas variáveis, bem como para a obtenção de elementos, visando a compreensão dos problemas, preocupações e saberes dos indivíduos, suas concepções e crenças.

A partir da questão de investigação e afim de dotar a recolha de informação de uma estrutura relativamente uniforme, foi elaborado um guião da entrevista para o qual se definiram os objectivos específicos de acordo com a diversas dimensões da análise, a questão principal ou inicial e as questões secundárias. Foram elaborados dois guiões, um a aplicar na comunidade para identificar as representações sociais e saúde e doença dos indivíduos que recorrem a medicinas paralelas como complemento à medicina convencional, e um outro para aplicar aos enfermeiros com o objectivo de caracterizar as intervenções dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários e a sua orientação prática. (Anexo I)

O guião da entrevista enuncia os temas a abordar, uma questão indutora e questões secundárias em torno dos eixos temáticos, com o objectivo de intervir de maneira pertinente, de modo que o entrevistado explore as questões falando espontaneamente e permanecendo no quadro do objecto de estudo. Os temas são a concretização do objecto de estudo. A questão principal ou inicial deve ser clara,

compreensível e neutra, adaptada ao objectivo. As questões secundárias realizadas em torno da questão principal, permitem aprofundar alguns aspectos mais pertinentes. Sempre que necessário, procede-se a reformulações sob forma de clarificação ou de resumo a propósito dos conteúdos em torno do objecto de estudo. (Albarello, 2005)

Na verdade, a entrevista põe em jogo numerosas variáveis que influem no conteúdo com o objectivo de uma informação fiável, completa e adequada. Para verificar o ajustamento da linguagem do instrumento de colheita de dados, realizaram-se quatro entrevistas na comunidade, duas aplicadas aos utentes e outras duas aplicadas aos enfermeiros com experiências prévias de contacto com indivíduos que utilizam terapias paralelas em simultâneo ou como complemento à medicina convencional.

As entrevistas foram gravadas, com pedido prévio de autorização e afirmação da manutenção do anonimato. Cada entrevista decorreu num período de uma a três horas de duração. Na realização da entrevista, com uma atitude comunicativa e de abertura, foi sempre explicada como e porque razão o indivíduo foi escolhido, clarificando como se chegou até ele através do intermediário, neste caso, o informante privilegiado. Além disto, procuramos sempre revelar interesse pelo estudo, o motivo porque está a ser realizada a investigação e a utilização que será feita dela.

Após a realização e gravação das entrevistas procedeu-se à transcrição das informações. Segundo De Ketele e Roegiers (1991), a descodificação empreendida com base no material integralmente retranscrito não comporta operações interpretativas, o que não acontece na descodificação directa a partir de uma grelha que depende do quadro teórico. (Albarello, 2005)

Nesta investigação, inicialmente procedeu-se a uma descodificação integral do conteúdo gravado e posteriormente elaborou-se as grelhas síntese das entrevistas, evidenciando os aspectos que pretendíamos investigar, de acordo com o guião da entrevista. (Anexo II e Anexo III)

### **3.3.2. Selecção dos entrevistados: critérios e procedimentos**

Numa investigação de natureza qualitativa, os procedimentos são flexíveis, ou seja, difíceis de precisar, pelo facto de não se referirem com tanta precisão e etapas definidas, como na investigação quantitativa. Por vezes, o próprio investigador

determina uma forma de explorar o fenómeno em estudo e identificar as fontes de informação, isto é, os indivíduos juntos dos quais o fenómeno identificado será estudado. Trata-se de seleccionar os entrevistados que aceitem livremente descrever as vivências face ao tema em estudo.

Em estudos qualitativos, a identificação do número de pessoas a incluir no estudo é um aspecto difícil de estabelecer, pelo que a questão da representatividade no sentido estatístico do termo, não se aplica. Na óptica de Ruquoy, o critério que determina o valor da amostra é o da adequação aos objectivos da investigação, tendo como princípio a diversificação dos indivíduos interrogados. Os indivíduos não são seleccionados em função da importância numérica da categoria que representam, mas antes, devido ao seu carácter exemplar. (Albarelo, 2005)

O critério muitas vezes utilizado é o de saturação teórica, em que o levantamento de novos dados já não serve para melhorar a compreensão que se tem do fenómeno. Portanto, devemos optar por uma regra intermédia entre o número de partida e a saturação teórica, em que o número estabelecido inicialmente é modificado consoante o grau de saturação. (Gauthier, 2003)

Segundo Bravo (1994), para que de uma investigação se possa obter resultados, é necessário ter presente o campo de análise na sua totalidade, tendo em conta o tempo e o espaço onde se insere. A unidade de análise é a realidade que pretende-se observar e constitui o objectivo global do estudo na investigação social, através da qual é possível obter-se dados empíricos necessários para contestar as hipóteses com a realidade.

A compreensão das estratégias de auto-gestão da saúde numa comunidade rural e o que motiva os indivíduos a recorrerem às medicinas paralelas e à medicina convencional em simultâneo, é uma das preocupações do presente estudo. Por outro lado, procuramos identificar e analisar as representações sociais de saúde e doença dos enfermeiros de cuidados de saúde primários da comunidade onde é efectuado o estudo. Como tal, um aspecto fulcral no processo de selecção dos entrevistados, são os critérios que possam de algum modo evidenciar a riqueza das experiências individuais, pressupondo a adequação aos objectivos estabelecidos.

Assim sendo, foram definidos dois grupos de entrevistados cujas entrevistas foram realizadas num espaço geográfico e institucionalmente delimitado. Em termos específicos da presente investigação, foram seleccionados utentes da área de

abrangência do Concelho de Torres Vedras, inscritos no Centro de Saúde (sede e extensões). A selecção dos indivíduos para o estudo foi feita com base nos utentes residentes na freguesia de “Clamores” que recebem cuidados de saúde primários desta extensão do Centro de Saúde. Os critérios que determinaram a escolha desta comunidade foram os seguintes:

- ☀ O afastamento geográfico da extensão de “Clamores” face à sede do Centro de Saúde, situada na região mais interior e mais distante da sede e cidade de Torres Vedras (cerca de 20 Km);
- ☀ A existência de uma população que habita uma zona periférica da cidade de Torres Vedras, com uma estrutura predominantemente rural ligada a estilos de vida arcaicos;
- ☀ O número reduzido de utentes inscritos na extensão de Clamores, que também é uma das freguesias do concelho de Torres Vedras com menor número de indivíduos;
- ☀ A existência de um ambiente favorável a este tipo de estudo.

Na presente investigação, entendeu-se seleccionar uma amostra não probabilística e estratificada da população residente na freguesia de “Clamores”. Assim sendo, os entrevistados do presente estudo foram escolhidos de forma intencional, com base na informação fornecida pelo informante privilegiado. Na perspectiva de Polit e Hungler (1995: 357), a amostragem intencional é *“um tipo de método não probabilístico de amostragem, em que o pesquisador selecciona os sujeitos para estudo, com base em critérios pessoais, em relação aos quais os sujeitos serão os mais representativos ou produtivos (...)”*. Através do informante privilegiado, aplicou-se a estratégia de “bola de neve” para ir de encontro ao próximo. <sup>4</sup>

Para a escolha dos entrevistados obedeceu-se aos seguintes critérios:

- ☀ Ser adulto, isto é, maior de 18 anos e legalmente responsável pelos seus actos ou ter aptidão para o exercício de capacidade jurídica plena;
- ☀ Residente na freguesia de “Clamores” do concelho de Torres Vedras;

---

<sup>4</sup> Numa amostra não-aleatória ou não-probabilística, serão seleccionados os elementos que segundo Gil (1989: 17), *“...possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado número de precisão”*. Também Weiers (1988) refere que *“as amostras não aleatórias permitem obter informação com custos mais reduzidos, mais rapidamente e com menores necessidades de pessoal, têm o inconveniente de não se saber com que grau de confiança são as conclusões obtidas generalizáveis à população”*. Vicente (1996: 46) Após a selecção é necessário determinar o tamanho da amostra, que segundo Ruquoy depende da heterogeneidade da população, ou seja, quanto mais heterogénea for a população de referência, maior será o número de indivíduos a integrar. Portanto, no momento que se destaque uma certa coerência na análise e que novas informações mais não façam do que confirmar as anteriores, consideramos que atingiu o nível de saturação das informações. (Albarello, 2005)

- ☼ Não portadores de défice cognitivo;
- ☼ Ser utente do Centro de Saúde com experiências prévias de recurso às Medicinas Paralelas e à Medicina Convencional em simultâneo, perante uma situação de doença.

Relativamente aos critérios de conveniência para seleccionar os enfermeiros, adoptámos a amostragem intencional, seleccionando os enfermeiros que prestam ou prestaram cuidados de saúde primários na respectiva extensão do Centro de Saúde.

De salientar que a colheita da história de vida profissional ou da narrativa de prática são consideradas objectos de investigação que dependem das diversas técnicas de entrevista, do recurso ao informante-chave que é considerado o antecessor mais conhecido. De facto, ele é o teórico que permite aceder a uma informação mais rica, cuja saturação atinge o limite a este respeito na representação progressivamente construída do objecto investigado. Segundo Gauhier (2003: 308), *“o sócio-estrutural é aqui o objectivo, por diferenciação do que seria o subjectivo, isto é, o sócio-simbólico reenviando ao sistema dos valores, às representações sociais, à ideologia, em suma, e ao estatuto que lhe conferem as diversas ciências sociais actuais”*.

Em síntese, o recurso ao depoimento de alguns membros mais conhecedores e disponíveis, ou seja, dos informantes chave, permitiu obter informação sobre eles próprios, sobre outras pessoas, aspectos e acontecimentos do contexto social em estudo.

### **3.3.3. Caracterização dos entrevistados**

O estudo da comunidade impõe o conhecimento do terreno. A unidade social em estudo é uma pequena comunidade rural, o que permitiu efectuar uma recolha mais intensiva de informação acerca de um vasto leque de representações sociais dos indivíduos que recorrem a práticas paralelas em simultâneo com o recurso à medicina convencional. Com este tipo de pesquisa, pretende-se que o objecto de análise seja estudado profundamente.

Assim sendo, com base na informação obtida através do informante privilegiado, foram entrevistados sete indivíduos da comunidade como podemos observar no seguinte quadro:

**Quadro 7: Utentes Entrevistados**

	Freq	%	% Acumulada
(válidos) A	40	15,6	15,6
B	36	14,1	29,7
C	41	16,0	45,7
D	38	14,8	60,5
E	35	13,7	74,2
F	37	14,5	88,7
G	29	11,3	100,0
Total	256	100,0	

Fonte: entrevista

Como referimos anteriormente, em relação aos prestadores de cuidados de saúde, foram entrevistados enfermeiros que exercem ou já exerceram funções naquele centro de saúde, perfazendo um total de quatro enfermeiros como constatamos no seguinte quadro:

**Quadro 8: Enfermeiros Entrevistados**

	Freq	%	% Acumulada
(válidos) A	36	24,5	24,5
B	37	25,2	49,7
C	21	14,3	63,9
D	53	36,1	100,0
Total	147	100,0	

Fonte: entrevista

### 3.4. Tratamento e análise da informação

O tratamento da informação colhida foi realizado através da análise do conteúdo das entrevistas efectuadas, tendo em conta a definição de Berelson que considera “*a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação*”. (Bardin, 1994: 19)

Em ciências sociais, a análise do conteúdo consiste num método de tratamento de dados qualitativos recorrendo a três fontes: a utilização de documentos, a observação pelo investigador e a informação fornecida pelos sujeitos. (Gauthier, 2003)

Cartwright (1953) alarga-a a “todo o comportamento simbólico”, e Krippendorff (1980) definiu a análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto”. (Vala, 1986: 103)

Segundo Pool (1959), no plano epistemológico surgiram dois modelos de comunicação: o modelo “instrumental”, defendido por Mahl e que “*significa que o fundamental não é aquilo que a mensagem diz à primeira vista, mas o que ela veicula dados o seu contexto e as suas circunstâncias*”, e o “representacional”, defendido por Osgood que “*significa que o ponto importante no que diz respeito à comunicação é o revelado pelo conteúdo dos itens léxicos nela presentes, isto é, que algo nas palavras da mensagem permite indicadores válidos sem que se considerem as circunstâncias, sendo a mensagem o que o analista observa*”. (Bardin, 1977: 20-21)

Na prática, a análise de conteúdo pretende responder às seguintes perguntas:

- ☀ Qual a frequência com que ocorrem determinados objectos?
- ☀ Quais as características dos objectos?
- ☀ Qual a relação entre os objectos?

Seja qual for a direcção ou direcções da pesquisa é necessário definir os objectivos e o quadro de referências teórico que a irá orientar. Para esta análise, as categorias devem ser formuladas de acordo com o problema e o conteúdo em análise, de modo a apreender e explicar o conceito a analisar. Segundo Vala (1986: 110), a categorização tem como finalidade definir “um certo número de sinais de linguagem que representam uma variável na teoria analista”

A formulação das categorias deve obedecer aos critérios de exaustividade e exclusividade. De exaustividade porque todas as unidades de registo devem ser colocadas numa categoria e de exclusividade, porque cada unidade de registo só pode fazer parte de uma categoria. A esta operação, podemos juntar a quantificação.

Além destas, Amado (1998: 44) refere outras regras fundamentais que deverão estar presentes durante as diferentes fases de codificação: “*homogeneidade – um sistema de categorias deve referir-se a um único tipo de análise, não devendo portanto, misturar-se diversos critérios de classificação; pertinência – um sistema de categorias deve ser adaptado ao material em análise e aos objectivos da investigação;*

*objectividade – deve evitar-se a subjectividade na sua formulação tornando-a utilizável, de igual modo, por vários investigadores, o que implica uma definição sistemática dos critérios utilizados nas mais diversas decisões a tomar na fase da codificação; produtividade – deve oferecer a possibilidade de análises férteis em novas hipóteses”.*

A análise categorial será o método utilizado, que segundo Bardin (1977: 37) é “uma espécie de estrutura ideal em que todas as categorias estão reunidas e nos dão uma visão holística e uma unidade genérica” das características do *corpus* a analisar. Como tal, o texto passa “pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido” e que vai permitir “a classificação dos elementos de significação constitutivas, da mensagem”. Como diz Bardin (1977: 153), a análise categorial “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos”.

As categorias criadas reúnem um grupo de elementos ou unidades de registo agrupados de acordo com as características comuns. A unidade de registo, definida por Bardin (1977: 104) como a “unidade de significação a codificar e correspondendo ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base”, pode ser de dimensões e natureza variadas, como por exemplo, uma palavra, frase ou tema que visa “a categorização e a contagem frequencial”.

Para cada entrevista foi efectuada uma análise de conteúdo no sentido de extrair os temas básicos expressos por cada entrevistado em relação a cada uma das temáticas, a partir da qual foi elaborado o sistema de categorias. (Anexo IV)

Com o intuito de analisar o grau de significação de cada dimensão, categoria e sub-categoria foram criadas matrizes de dados e efectuados cálculos sobre a importância (percentagens) e o peso (frequências) das categorias para melhor compreender a dimensão das verbalizações expressas pelos inquiridos, tendo sido utilizado para o efeito, a aplicação informática do SPSS. Através desta aplicação informática foram criadas as tabelas correspondentes, algumas descritas neste capítulo, mas a maior parte será descrita mais adiante em capítulos próprios.

Os temas foram agrupados em categorias, seguindo as orientações de Bardin. Inicialmente, com base nos objectivos do estudo e nos guiões das entrevistas extraímos as dimensões de análise tanto para a comunidade, como para os enfermeiros entrevistados, como observamos nos seguintes quadros:



**Quadro 9: Dimensões de análise (Comunidade)**

	Freq	%	% Acumulada
Enquadramento das Medicinas Paralelas	113	44,1	44,1
Experiência de Saúde e Doença	143	55,9	100,0
Total	256	100,0	

Fonte: entrevista

**Quadro 10: Dimensões de análise (Enfermeiros)**

	Freq	%	% Acumulada
Complementaridade das Práticas de Saúde	95	64,6	64,6
Enfermagem na Comunidade	52	35,4	100,0
Total	147	100,0	

Fonte: entrevista

Em relação à comunidade, foram elaboradas as seguintes categorias:

**Quadro 11: Categorias das Unidades de Registo (Comunidade)**

	Freq	%	% Acumulada
Autogestão da Saúde	70	27,3	27,3
Medicinas Paralelas versus Medicina "Oficial"	40	15,6	43,0
Organização das Práticas em Medicinas paralelas	34	13,3	56,3
Redes de Apoio Infomal	28	10,9	67,2
Representações Sociais das Medicinas Paralelas	39	15,2	82,4
Representações Sociais de Saúde e Doença	45	17,6	100,0
Total	256	100,0	

Fonte: entrevista

Relativamente aos enfermeiros, efectuaram-se os mesmos procedimentos:

**Quadro 12: Categorias das Unidades de registo (Enfermeiros)**

	Freq	%	% Acumulada
Enquadramento das Medicinas Paralelas	46	31,3	31,3
Intervenção Multicultural	15	10,2	41,5
Intervenção na Comunidade	14	9,5	51,0
Organização do Trabalho Comunitário	23	15,6	66,7
Percepção de Saúde e Doença	24	16,3	83,0
Prestação de Cuidados	25	17,0	100,0
Total	147	100,0	

Fonte: entrevista

A codificação as unidades de contexto é fundamental para compreender o significado das unidades de registo, como constatamos nos seguintes quadros:

**Quadro 13: Sub-categorias das Unidades de registo (Comunidade)**

	Freq	%	% Acumulada
(válidos) (I)Legitimidade das Práticas Paralelas	17	6,6	6,6
Causalidade da Saúde e Doença	9	3,5	10,2
Concepção das Medicinas Paralelas	22	8,6	18,8
Concepção de Saúde e Doença	17	6,6	25,4
Estratégias de Autogestão da Saúde	37	14,5	39,8
Ida ao Médico de Família	14	5,5	45,3
Importância no Contexto Social	23	9,0	54,3
Perfil do Prestador em Medicinas Paralelas	12	4,7	59,0
Principais Doenças	19	7,4	66,4
Procura de Cuidados de Saúde	19	7,4	73,8
Procura Social das Medicinas Paralelas	17	6,6	80,5
Relações Familiares	21	8,2	88,7
Responsável pela manutenção da Saúde	7	2,7	91,4
Tipologia das Práticas em Medicinas Paralelas	22	8,6	100,0
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: entrevista

Em relação às entrevistas realizadas aos enfermeiros, obtivemos as seguintes sub-categorias das unidades de registo:

**Quadro 14: Sub-categorias das Unidades de registo (Enfermeiros)**

	Freq	%	% Acumulada
(válidos) Caracterização das Medicinas Paralelas	26	17,7	17,7
Concepção de Saúde e Doença	8	5,4	23,1
Constrangimento das Práticas	10	6,8	29,9
Diversidade Cultural	5	3,4	33,3
Gestão e Estratégias de Intervenção	10	6,8	40,1
Impacto da Intervenção Comunitária	4	2,7	42,9
Legitimidade das Medicinas Paralelas	20	13,6	56,5
Perfil e Papel da Enfermagem	16	10,9	67,3
Procura de Cuidados	15	10,2	77,6
Reconhecimento Social	7	4,8	82,3
Representação Social da Doença	9	6,1	88,4
Representação Social de Saúde	7	4,8	93,2
Sistema de Saúde Português	10	6,8	100,0
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: entrevista

Quanto à quantificação, a análise de ocorrências vai determinar a frequência com que o objecto será do interesse da fonte, enquanto que a análise avaliativa vai determinar as atitudes da fonte em relação aos objectos. Além destas, a análise estrutural vai permitir fazer inferências sobre o pensamento da fonte em relação ao objecto em estudo.



---

#### 4.- SIGNIFICADOS DA AUTO- GESTÃO DA SAÚDE





## **4.- SIGNIFICADOS DA AUTO-GESTÃO DA SAÚDE**

Para apreender as representações sociais dos indivíduos da comunidade é fundamental vê-los em acção e observar os seus comportamentos. Além disso, a realização das entrevistas permite que estes se expressem, não em actos mas em palavras. Após a interpretação dos comportamentos e realização das entrevistas, procuramos descrever a análise de dados realizada e propor explicações.

Neste capítulo serão descritos alguns dos dados encontrados na pesquisa realizada junto da comunidade de “Clamores” e dos enfermeiros do respectivo Centro de Saúde, num total de 11 entrevistados. Atendendo ao carácter exploratório deste estudo, optámos por confrontar com os resultados obtidos por diversos autores em estudos similares.

### **4.1.Os contextos da Auto-gestão da Saúde**

#### **4.1.1. Ter saúde e estar doente: Entre o passado e o presente**

Descrever e analisar a situação de saúde de uma comunidade impõe uma exploração de dados que visa identificar o seu nível de saúde. Neste estudo, para analisar as experiências de saúde e doença através da categoria “representações sociais de saúde e doença” colocaram-se questões relativas às três sub-categorias: “concepção de saúde e doença”, as “principais doenças” e a “causalidade da saúde e doença”, tal como apresentamos no quadro 15.

A saúde e a doença são determinadas por um conjunto de factores que actuam sobre o indivíduo, factores esses que vão desde os aspectos sociais, psicológicos, biológicos, bem como, o meio-ambiente, estilos de vida e serviços de saúde.

Em vários momentos da nossa história recente, por razões científicas, ideológicas/políticas, económicas, sociais definiram-se políticas, realizaram-se conferências, traçaram-se objectivos e estratégias, redigiram-se relatórios sobre o estado da saúde das populações. Deste modo, foram propostos novos conceitos de saúde e definidos os direitos e deveres do cidadão no acesso a cuidados de saúde, através de valores padronizados para a saúde, com vista a um melhor nível de saúde das populações. (Pinto, 2004)

Segundo Teixeira (2002: 127), existem três dimensões sob as quais a representação social se organiza: “dimensão do campo da representação ou imagem; dimensão da informação; dimensão da atitude”.

**Quadro 15:** Unidades de registo da categoria “Representações Sociais de Saúde e Doença” (Comunidade)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Causalidade da Saúde e Doença	Depende de que Deus	2	22,2
	Depende de quem o ajuda	1	11,1
	Depende do próprio	6	66,7
	Total	9	100,0
Concepção de Saúde e Doença	Ausência de aptidão física	2	11,8
	Mal estar físico	1	5,9
	Mal estar psicológico	4	23,5
	Ter de ficar em casa	1	5,9
	Ter doenças	5	29,4
	Ter dores	4	23,5
	Total	17	100,0
Principais Doenças	Anemia	1	5,3
	Alergias	1	5,3
	Neoplasia	1	5,3
	Patologias cardiovasculares	3	15,8
	Patologias do foro psicológico	3	15,8
	Patologias do sistema génito-urinário	3	15,8
	Patologias gastrointestinais	2	10,5
	Problemas osteoarticulares	3	15,8
	Patologias do foro endócrino e metabólico	2	10,5
	Total	19	100,0

Fonte: entrevista

Para a maior parte dos indivíduos da sociedade actual, a saúde é entendida como a ausência de doença. Na comunidade em estudo, alguns entrevistados quando confrontados com o conceito de saúde e doença, traduzem a doença como um mal-estar psicológico (23,5%) e um caso pontual considera-a um mal-estar físico (5,9%). Verificamos que a doença é concebida como um estado negativo global como constatamos nos seguintes discursos:

*“Estar doente é não me sentir bem (...) fisicamente, mas também psicologicamente (...).”* (Entrevistada A)

- *“ Talvez seja mais psicologicamente em certas coisas (...). ”* (Entrevistado G)

Para outra parte significativa dos entrevistados, a doença é caracterizada pela existência de doenças (29,4%) e presença de sintomas, como a existência de dores (23,5%):

- *“É quando a gente temos dores, tem uma coisa qualquer. ”* (Entrevistada B)

- *“ É ter dores, é não me sentir bem.”* (Entrevistado F)

Outra concepção identificada foi a ausência de aptidão física (11,8%), porque a pessoa não se sente com capacidade para fazer tudo aquilo que lhe apetece ou deve e quer fazer:

- *“Estar doente é não poder trabalhar e estar muito nervosas.”* (Entrevistada C)

- *“Andava a trabalhar (...) gostava de me entreter aí com a malta.”* (Entrevistado E)

A representação da doença pela existência de dores e a ausência de aptidão física foram sintomas físicos referidos pelos entrevistados. Deste modo, pensamos que a importância que os entrevistados dão a estes sintomas está relacionado com o sofrimento e limitação funcional que a doença geralmente provoca, levando mesmo, muitas vezes, à incapacidade para trabalhar, ou seja, à ausência de aptidão física.

De facto, a representação social de saúde está relacionada com a capacidade para a prática de actividades, como andar e trabalhar, ou seja, ser independente. Por outras palavras, a prática de actividades pode ser uma das condições de ser saudável e pelo contrário, quando concebida num sentido negativo, conduz à perda de capacidades e consequentemente, à doença.

Na comunidade rural onde efectuámos o nosso estudo, a maioria dos indivíduos, mesmo os idosos reformados, continuam a cultivar as terras e a tratar dos animais domésticos, para complemento da sua subsistência, pelo que a incapacidade em realizar estas tarefas é muitas vezes, traduzida por doença.



São vários os estudos que enfatizam e reconhecem a necessidade de estar activo, pois o Homem é um sistema aberto mantendo-se e transformando-se através da sua acção.

Duarte (2002: 98), também encontrou respostas idênticas a estas, que classificou na categoria “ter energia para trabalhar”. No nosso estudo, também verificámos um caso pontual (5,9%) em que a existência de doença está associada a não poder trabalhar e ter de ficar em casa, como é visível no discurso no entrevistado E:

- *“Estar doente acho que é a coisa pior que pode haver...ter de estar em casa (...) Estar em casa é a coisa pior que existe! É como estar preso.”*

Também Braga (2000: 118) refere que as representações de saúde na Peneda, comunidade rural do Norte de Portugal, surgem “em forma de categorias explicativas, relacionadas quase em cadeia: saúde = trabalho = produção = subsistência”.

Hespanha (1987) e Nunes (1997) referem que nas comunidades rurais onde o corpo é considerado uma “máquina” absolutamente necessária para o trabalho agrícola, a saúde está intimamente ligada à capacidade para o trabalho e consequentemente ao sustento da família.

O factor que mais contribui para a inactividade é a perda de autonomia física ou mental que por vezes, conduz a um sentimento de inutilidade. Quando os indivíduos perdem a força física que lhes permite desenvolver actividades, dificilmente conseguem adaptar-se a novas tarefas, desenvolver novos interesses ou novas capacidades. Existe um certo conformismo quando sentem que, fisicamente, associado às dores surgem limitações que os impede de fazer aquilo para que foram ensinados e no qual investiram todas as suas potencialidades ao longo da vida.

Todas as limitações físicas e psíquicas provocadas pela doença, desencadeiam outros sentimentos, como o de tristeza, tal como verbaliza o entrevistado D:

- *“(...) Um estado psicológico de a gente estar muito triste (...) não é só a gente ter dores.”*

A tristeza segundo Bulbena (1998) é um fenómeno afectivo normal que surge no indivíduo, nas suas relações com o meio, podendo também ser veiculada por factores

orgânicos, encontrando-se relacionada com o conceito de perda (por exemplo de saúde, morte de um ente querido, fracasso, etc.).

Como já referimos anteriormente, a ausência de saúde é na maior parte das vezes, traduzida pela existência de doenças identificadas com o diagnóstico médico, ou seja, aquilo que o médico explica que é a doença como desvio biológico, criando dessa forma, o desvio social. As principais doenças referidas em maior número pelos entrevistados foram: as doenças cardiovasculares (15,8%), as doenças ósteo-articulares (15,8%), as doenças do sistema génito-urinário (15,8%) e as doenças do foro psicológico (15,8%). De salientar, que nenhum dos entrevistados considera-se saudável.

Segundo o I.N.E. (2001), as doenças do aparelho circulatório foram em 1999, em Portugal, nos idosos a principal causa de morte (44,2% dos óbitos), seguidas pelos tumores (17,6%), sintomas, sinais e afecções mal definidos (12,7%) e doenças do aparelho respiratório (12,3%), de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-9).

No estudo realizado por Ferreira (1999), as doenças referidas em maior número foram as doenças ósteo-articulares (76,7%), as doenças oftalmológicas (68,6%), a hipertensão arterial (50,5%) e as doenças cardíacas (38,1%). Os dados obtidos no nosso estudo parecem ter alguma semelhança com os dados do estudo de Ferreira, mas não podem ser comparáveis porque as doenças não foram agrupadas segundo a mesma forma.

Face à doença e aos sentimentos provocados por esta, os indivíduos tendem a culpabilizar-se, atribuindo essa responsabilidade a si próprios. Assim sendo, quando questionados de quem dependia a sua saúde, a maioria considera que depende do próprio (66,7%):

- *“Depende de nós talvez, também.”* (Entrevistado D)
- *“De nós próprios.”* (Entrevistado F)
- *“De nós próprios.”* (Entrevistado G)

O entrevistado A considera que além de depender de si próprio também depende de quem o ajuda:

- *“Depende de mim, e de quem me ajuda também.”*

Nas sociedades tradicionais pré-modernas, as crenças sobre a saúde e a doença estavam relacionadas com a religião e os conceitos médicos não se dirigiam à saúde do corpo, mas sim, à saúde da alma. Neste sentido, a percepção da saúde e doença por vezes está associada à vontade divina, ao destino ou a algo sobrenatural e como tal, alguns entrevistados referem que a saúde depende de Deus (22,2%), ou seja, é uma dádiva de Deus:

- *“Depende de Deus! Deus é que dá.”* (Entrevistada B)

- *“Depende de Deus e de mim também!”* (Entrevistado C)

São vários os autores (Duarte, 2002; Hespanha, 1987, Nunes, 1997), que ao estudar as comunidades rurais, observaram este carácter sobrenatural e vontade divina que muitas vezes é apontado como um aspecto responsável pelo estado de saúde das populações. A percepção da doença é resolutamente singular, de indivíduo para indivíduo e influenciada pela cultura e mitos que intervêm na escolha dos cuidados de saúde.

A avaliação que cada pessoa faz do seu estado de saúde é condicionada, de algum modo, pela maior ou menor experiência pessoal concreta da doença ou de qualquer outra forma de privação do bem-estar físico, o que poderá afectar as suas opiniões e atitudes relativamente aos problemas de saúde. Estes factos podem estar relacionados com o tipo de população estudada, uma vez que se trata de indivíduos de uma comunidade rural com tendência para o envelhecimento da população.

#### **4.1.2. As relações familiares e de vizinhança na gestão da saúde**

Na medida em que a família é uma unidade social de base, na qual se processam os comportamentos de saúde, a família pode desenvolver ou limitar alguns comportamentos. Assim sendo, a família disponibiliza recursos de saúde que contribuem para a construção de comportamentos e estilos de vida que asseguram a saúde dos seus elementos no domicílio, na comunidade e nos serviços de saúde.

Face à doença de um indivíduo, a família representa o núcleo central, uma vez que os valores e a identidade dos indivíduos são criados dentro deste núcleo. Deste

modo, é natural que a família ou um elemento familiar constitua um possível recurso a utilizar e a mobilizar no combate à doença.

Considerando a família como unidade básica da organização social, esta tem um papel preponderante no apoio a qualquer um dos seus elementos, pelo que a ocorrência de doença pode desencadear alterações no seu estilo de vida, consoante o papel que o indivíduo doente desempenha dentro do grupo familiar.

Embora grande parte dos cuidados de saúde sejam provenientes do sistema formal, ou seja, das instituições, dos profissionais de saúde e outros, é através do sistema informal que alguns cuidados são assegurados.

As relações familiares e de vizinhança são reveladoras de apoio na doença e muitas vezes, promotoras da manutenção da saúde. Segundo Rodriguez (2001), os representantes do sistema informal são aqueles que proporcionam a maior parte dos cuidados a quem sofre de uma doença ou que necessita de ajuda para realizar uma actividade de vida diária sem receber remuneração económica para tal, sendo estas pessoas, familiares ou não, intitulados de cuidadores informais. (Marote et al: 2005)

Para caracterizar a família como rede de apoio informal nos cuidados de saúde, é fundamental identificar o elemento responsável pela manutenção da saúde e caracterizar as relações familiares e de vizinhança, tal como procurámos fazer através de questões relacionadas com a categoria “redes de apoio informal”, como observamos no seguinte quadro:

**Quadro 16:** Unidades de registo da categoria “Redes de Apoio Infomal” (Comunidade)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Relações Familiares	Costuma conversar e pedir ajuda ou conselhos a vizinhas e amigos	4	19,0
	Costuma conversar e pedir ajuda ou conselhos a familiares	3	14,3
	Não se sente isolado(a)	4	19,0
	Sente-se isolado(a)	3	14,3
	Vai ao médico de família acompanhado(a)	2	9,5
	Vai ao médico de família sozinho(a)	5	23,8
	Total	21	100,0
Responsável pela manutenção da Saúde	O principal responsável é a esposa	1	14,3
	O principal responsável é a filha	1	14,3
	O próprio	5	71,4
	Total	7	100,0

Fonte: entrevista

O processo de responsabilização é feito consoante o grau das relações familiares, visando a assistência na doença e na saúde. Na responsabilização pela saúde dos elementos da família, grande parte dos entrevistados considera-se como o principal responsável pela manutenção da saúde dos elementos da família (71,4%), como observamos nos seguintes discursos:

- *“Eu é que cuido, e cuido também do meu marido e dos medicamentos (...) vou ajudando no que eu posso, ele já foi operado várias vezes.”* (Entrevistado A)
- *“Sou eu! A minha filha é mais o marido, mas às vezes sou eu, para marcar consultas para ela e isso assim.”* (Entrevistado C)
- *“Sou eu.”* (Entrevistado F)
- *“Sou eu em tudo.”* (Entrevistado G)

Contudo, existem casos pontuais que consideram outros elementos da família, como a esposa (14,1%) e a filha (14,1%):

- *“É a minha filha (...) a minha filha telefonava para lá, e que não havia meio, não havia consulta! (...) A minha filha sempre.”* (Entrevistada D)
- *“Agora tem sido a minha mulher, ela é que tem sido a minha criada e tem-me ajudado muito, porque eu sem ela não podia, como é que eu podia me mexer, como é que eu podia ir para a fisioterapia e essas coisas.”* (Entrevistado E)

Partindo do princípio que todo o indivíduo/família/comunidade tem uma vontade de mudar potencial, capacidade de desenvolver a sua saúde e o seu bem-estar ao máximo, bem como adaptar-se às diferentes condutas e comportamentos, a comunidade não fica alheia a este processo, principalmente no que diz respeito aos princípios de promoção da saúde, o seu direito e dever de corresponsabilização.

O elemento referenciado pelo indivíduo e que para si é significativo, terá como objectivo e responsabilidade, participar no processo de cuidados de forma a promover a sua maior autonomia como um elemento de referência nos cuidados em parceria.

A família constitui o primeiro e principal grupo de suporte emocional do indivíduo, sendo simultaneamente um agente estabilizador, uma oportunidade de libertação do isolamento, solidão e do anonimato do mundo, ou seja, um meio de

integração na comunidade. No entanto, poderá ser igualmente considerada disfuncional, quando além de geradora de conflitos, não dá suporte e conforto na doença.

Relativamente ao sentimento de solidão face à família, 19% dos entrevistados não se sentem isolados em relação aos familiares e vizinhos. Nas seguintes verbalizações, verificamos o sentimento de união e apoio das redes informais:

- *“Eu nunca estou sozinha.”* (Entrevistado B)
- *“A minha filha e a minha neta dão conselhos (...) São muito minhas amigas, graças a Deus. Eu tive lá seis meses com elas em casa mas depois já estava desejando vir para aqui (...).”* (Entrevistado D)
- *“Tenho muito apoio.”* (Entrevistado D)

Uma parte significativa dos entrevistados quando necessita de ir ao médico de família vai sozinho (23,8%):

- *“Vou sozinha (...) ao Hospital o meu marido acompanha-me, pronto no transporte e assim foi comigo, entrou no consultório e assim. Ao médico de família ele não vai. Eu às vezes também não vou com ele ao médico.”* (Entrevistado A)
- *“Muitas vezes vou sozinha e vou na ambulância. Fica longe, chamo a ambulância!”* (Entrevistado C)
- *“Vou sozinha.”* (Entrevistado F)
- *“Não, não, vou eu sozinha.”* (Entrevistado G)

Nas comunidades rurais, constata-se com algum isolamento familiar provocado pelo casamento dos filhos ou saída destes para comunidades urbanas. A saída dos mais novos é encarada com naturalidade pelos que ficam, porque têm perfeita consciência de que aquele espaço deixou de responder às necessidades dos que partiram, mas não escondem a tristeza pelo facto do seu continuum de vida ser marcado pela ausência da alegria própria da juventude. As perspectivas expressas pelo entrevistado A revelam este sentimento:

- *“Na minha família, eu só tenho uma filha que já, também fez família (...) é casada e tem dois filhos.”*

Uma forma de minimizar os efeitos da separação entre os familiares são os contactos telefónicos mantidos entre eles, como refere o entrevistado D:

- *“E a minha filha às vezes acaba por me telefonar (...).”*

Os estudos qualitativos permitem descobrir diferentes tipos de trabalho e processos na prestação de cuidados, destacando-se duas áreas: os cuidadores não profissionais (informais ou leigos) e os cuidados profissionais (formais). Os cuidadores informais cuidam os familiares e amigos, utilizando diversos mecanismos para enfrentar as múltiplas situações complexas de modo a resolvê-las. Este tipo de cuidadores devem ser preparados para as possíveis eventualidades que possam surgir. Relativamente aos cuidadores profissionais, Benjumes (1999) faz referência ao trabalho sentimental, muitas vezes invisível, que apesar da sua importância vital, tende a passar despercebido.

A existência das redes informais de apoio, com carácter doméstico ou popular, permitem resolver alguns problemas de saúde, sem a intervenção de outro tipo de instituição. Estas redes informais baseiam-se essencialmente, na família mais próxima, mas envolve também, outros vínculos de parentesco e relações de interconhecimento com base nos laços de amizade e vizinhança.

Na realidade, a rede de relações não se confina aos elementos da mesma família, estende-se a vários elementos da comunidade, ainda que, com uma vinculação afectiva distinta. É de realçar o elevado sentimento de entreaajuda, partilha e interdependência existente entre os elementos da comunidade. Neste sentido, os entrevistados para além de conversarem e pedirem ajuda ou conselhos a familiares (14,3%), uma parte mais significativa conversa e pede ajuda ou conselhos às vizinhas e amigas (19%), como refere o entrevistado D:

- *“A minha filha e a minha neta dão conselhos (...) São muito minhas amigas, graças a Deus. Eu tive lá seis meses com elas em casa mas depois já estava desejando vir para aqui (...).”*

#### **4.1.3. A procura social dos cuidados de saúde na auto-gestão da saúde**

A estrutura familiar e as redes de apoio sócio-familiar vão influenciar a procura de cuidados de saúde e conseqüentemente, a estrutura e funcionamento dos serviços de

saúde. Deste modo, os indivíduos desenvolvem estratégias para gerir a sua própria saúde, o que será abordado neste capítulo.

O conhecimento das práticas de saúde a que os indivíduos recorrem, bem como as estratégias de auto-gestão da saúde utilizadas, permite compreender a procura social dos serviços de saúde. Os diferentes recursos culturais e sociais entre os entrevistados, contribuem para a adopção de diferentes estratégias de auto-gestão da saúde e da doença. Para compreender as experiências de saúde e doença através da categoria “auto-gestão da saúde”, realizaram-se questões relativamente às seguintes três subcategorias: “estratégias de auto-gestão da saúde”, “ida ao médico de família” e “procura de cuidados de saúde”. O resultado da análise dos conteúdos observa-se no seguinte quadro:

**Quadro 17:** Unidades de registo da categoria “Autogestão da Saúde” (Comunidade)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Estratégias de Auto-gestão da Saúde	Ajuda e conselhos de familiares	2	5,4
	Ajuda e conselhos de vizinhas e amigas	2	5,4
	Auto-gestão desorganizada	4	10,8
	Automedicação complexa com prescrição	7	18,9
	Automedicação simples sem prescrição	6	16,2
	Crença na fé	4	10,8
	Cuidados com a alimentação	4	10,8
	Cuidados com o corpo	3	8,1
	Procura de recursos não-convencionais	5	13,5
	<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
Ida ao Médico de Família	Recorre a terapias paralelas e só depois ao médico de família	1	7,1
	Recorre ao médico de família quando se sente pior	2	14,3
	Recorre logo ao médico de família	1	7,1
	Recorreu ao médico de família nos últimos seis meses	4	28,6
	Resolve sozinho e só depois vai ao médico	2	14,3
	Vai ao médico de família para passar receitas e análises.	4	28,6
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
Procura de Cuidados de Saúde	Enfermeiro	1	5,3
	Medicinas paralelas	4	21,1
	Médico de família	6	31,6
	Médico especialista	6	31,6
	Médico particular	1	5,3
	Outros técnicos de saúde	1	5,3
	<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Fonte: entrevista



A procura dos cuidados de saúde é influenciada por determinantes sociais e culturais que implica o conhecimento das práticas de saúde da população, bem como dos saberes e representações sociais sobre a doença, a saúde e os recursos da comunidade, ou seja, conhecer o que significa para o indivíduo estar saudável ou doente, o que conhece sobre a (s) doença (s), como é que age perante a doença e a que práticas recorre.

Ao analisarmos os problemas de saúde referenciados pelos entrevistados, verificamos que a maioria deles, tem origem em hábitos ou modos de vida próprios e que a sua prevenção ou tratamento, passa pela mudança de atitudes e de comportamentos, o que só é possível através da adopção de hábitos e estilos de vida saudáveis.

Os hábitos de vida saudáveis que um ser humano tem ao longo do seu desenvolvimento contribuem para uma expectativa de vida autónoma. Por outras palavras, os comportamentos e hábitos de saúde, assim como as crenças que daí surgem, asseguram a manutenção da vida, influenciando o aparecimento ou agravamento de determinadas doenças. Estas atitudes têm a sua origem em tudo o que foi considerado bom ou mau para garantir o desenvolvimento do corpo através de práticas alimentares, práticas de higiene e exercício físico, entre outros comportamentos.

De acordo com o discurso que veio a tornar-se dominante na maior parte das sociedades pós-industriais, ter um “estilo de vida saudável” é um acto tão ou mais importante para o bem-estar físico e mental da maioria dos indivíduos do que, por exemplo, o próprio desenvolvimento dos serviços de saúde. Na verdade, os hábitos individuais tanto positivos, como negativos têm uma influência significativa no estado de saúde das populações na nossa sociedade, mas além dos comportamentos saudáveis, as medidas preventivas, como os rastreios, as consultas regulares, os bons hábitos de saúde proporcionam uma melhor qualidade de vida e conseqüente aumento da esperança de vida.

Independentemente da validade de muitos argumentos científicos subjacentes à valorização dos hábitos individuais de saúde, as estratégias de auto-gestão da saúde têm particular impacto nas ciências da saúde porque vão permitir compreender o processo de saúde e doença, bem como a procura dos cuidados de saúde.

No entanto, o discurso acerca da auto-gestão da saúde começou a traduzir-se tanto na prática como na teoria, com abandono das teses anteriores que atribuíam a morbilidade da população, devido às desigualdades sociais e económicas que conduzem à adopção de diferentes estratégias de auto-gestão independentemente dos progressos científicos e tecnológicos da medicina curativa e preventiva. Assim sendo, mantém-se uma ênfase crescente na importância dos hábitos individuais de saúde, por oposição, aos factores socio-económicos e aos cuidados de saúde, o que se reflecte nas práticas de saúde e doença, que tendem a aumentar a responsabilidade individual crescente da população pelo seu estado de saúde.

Como afirma Duarte (2002: 80), *“as normas existentes no grupo podem igualmente ditar para quem se virar para pedir um conselho, ajuda e informação, quando confrontados com a doença”*.

Uma das formas de caracterizar os hábitos de saúde da população inquirida é através da análise dos cuidados médicos regulares. Na comunidade estudada, quando se sentem doentes, grande parte dos entrevistados recorrem ao médico de família (31,6%). No entanto, alguns indivíduos, primeiro tentar resolver sozinhos os seus problemas de saúde (14,3%) e só depois, recorrem ao médico se não conseguirem, ou então, quando se sentem pior (14,3%), o que constatamos nas seguintes verbalizações:

- *“Vou ter com a Sr.ª Dr.ª (...) quando já não aguento mais.”* (Entrevistado A)
- *“Ir ao médico quando estou pior.”* (Entrevistada C)
- *“Quando estou bem, não faço nada.”* (Entrevistado D)
- *“Só na última mas para fazer umas análises, para fazer um rastreio, exames.”* (Entrevistada F)

No caso pontual do entrevistado C, constatamos que recorre logo ao médico de família:

- *“Primeiro vou ao médico e depois (...).”* (Entrevistado C)

Além do médico de família, os indivíduos procuram soluções para os seus problemas de saúde em outros tipos de práticas, como por exemplo, as medicinas paralelas. Perante este facto, constatámos que uma parte significativa dos entrevistados

recorre às medicinas paralelas (21,1%) e um caso pontual (7,1%) recorre primeiro a terapias paralelas e só depois ao médico de família.

Face ao processo de doença, o indivíduo é exposto a diferentes significações dos profissionais de saúde, familiares, amigos, entre outros. Deste modo, o indivíduo doente vive uma dialéctica relativamente frequente de confronto das suas concepções com outras de fontes diversas.

As experiências prévias de cada indivíduo em relação à doença, quer as ocorridas com familiares e amigos, quer com o próprio, vão determinar as atitudes que cada um toma quando confrontado com a situação de doença, assim como a procura de cuidados de saúde.

Na maior parte das vezes, os problemas de saúde são específicos, referem-se a uma parte do corpo, a uma especialidade médica, pelo que uma parte significativa da população recorre a médicos especialistas (31,6%), de acordo com os seus problemas de saúde:

- *“Ultimamente é ginecologia, geralmente tenho tido é mais parte de ginecologia.”* (Entrevistado F)
- *“Recorri a um ginecologista no Hospital de Santa Maria, estou a tomar medicação, não sei se terei de ser operada.”* (Entrevistado G)

Alguns casos pontuais também recorrem a outros técnicos de saúde (5,3%), bem como ao enfermeiro (5,3%):

- *“Na enfermeira andei uns tempos, porque tinha aqui uma úlcera e foi ela que me tratou!”* (Entrevistado C)
- *“E estou a fazer fisioterapia.”* (Entrevistado E)

O médico e a relação que estabelecem com ele, é um aspecto que os entrevistados dão bastante importância, o que parece ser normal tendo em conta os problemas que apontaram como doença, a sua fragilidade física e psicológica, bem como a preocupação pelo estado de saúde. Entre os entrevistados que recorrem ao médico de família, uma parte significativa recorreu nos últimos seis meses (28,6%):

- *“Há dois meses (...) de dois em dois meses vou lá.”* (Entrevistada C)
- *“Há bem dois meses, talvez. Marquei para agora.”* (Entrevistado B)

As medidas de vigilância do estado de saúde através de rastreios ou exames periódicos como por exemplo: a monitorização da tensão arterial, a medição do nível do colesterol, a avaliação da glicemia capilar (diabetes), análises ao sangue e urina entre outros exames complementares de diagnóstico, permitem descobrir perturbações ou problemas graves, em que é necessário implementar medidas de prevenção. Para além da situação de doença, os entrevistados recorrem ao médico de família para controlo clínico e analítico através de exames complementares de diagnóstico e quando necessitam de medicação (28,6%):

- *“Para passar receitas e para ver, e análises quando é preciso.”* (Entrevistada B)
- *“Quando preciso vou ao médico (...) para me receitar os remédios.”* (Entrevistada C)

No entanto, algumas pessoas recorrem alternada ou complementarmente, ao sector público e ao sector privado. A experiência comparativa constitui um factor importante na formação das suas opiniões acerca dos dois tipos de cuidados de saúde, influenciando seguramente as suas estratégias de auto-gestão da saúde. Por este motivo, alguns entrevistados referem que recorrem ao médico particular, como é o caso pontual do entrevistado G:

- *“Neste momento vou a médicos privados.”*

No estudo sobre “A saúde e doença em Portugal” de Manuel Villaverde Cabral (2002), o autor verificou que o recurso à medicina privada é frequente em um terço dos inquiridos e que funciona como recurso complementar à falta pontual de resposta pública. O autor conclui que a relação com os médicos de família dos Centros de Saúde é a pedra angular do sistema de saúde, ajudando a perceber melhor o conjunto de avaliações feitas pela população.

Na realidade, a ida ao médico não é um acto espontâneo. Por vezes, o motivo da ida ao médico de família quando se sentem piores, pode estar relacionado com a dificuldade no acesso à consulta no médico de família, como refere o entrevistado B:

- *“Nessa altura é quase três meses que a gente está à espera para ir (...) Só se for de manhãzinha muito cedo mas eu também não posso ir, não tenho transporte, não posso ir.”*

É possível fazer uma comparação entre os resultados do nosso estudo e o estudo de Ferreira (2000), onde constatou que 44,3% dos idosos tentam resolver sozinhos o seu problema de saúde e só depois recorrem ao médico se não conseguirem, 38,1% procuram logo cuidados médicos e 6,7% tentam resolver o problema sozinhos ou recorrem a terapêuticas alternativas e só por fim o médico.

Normalmente, o doente já possui uma explicação para a sua doença e procura quantas vezes considera necessário, quem confirme as suas suspeitas, o seu próprio diagnóstico, vindo de encontro aquilo que previamente definiu. Só assim o tratamento será aceite, mas a adesão ao tratamento também depende da representatividade da doença, pelo que procuram sucessivamente outro médico, o curandeiro e o vidente, entre outros, não obrigatoriamente por esta ordem, até encontrar as respostas que correspondem às suas expectativas.

O recurso simultâneo a várias práticas de saúde apresenta algumas diferenças devido à influência sócio-cultural e aos serviços de saúde disponíveis. Independentemente de eventuais restrições criadas no acesso à saúde, a utilização dos serviços de saúde depende sobretudo, das necessidades efectivas da população, nomeadamente daquelas que, por diversos motivos, apresentam maiores tendências para a morbilidade. Na população estudada, o serviço de saúde mais utilizado na assistência à saúde é em primeiro lugar a extensão do Centro de Saúde da comunidade e o Hospital da área de residência (Centro Hospitalar de Torres Vedras) para os casos mais graves, embora em alguns casos específicos de doença, sejam mencionadas outras instituições como o IPO:

-“É que eu andei dois meses no IPO (...).” (Entrevistada D)

Como foi referido anteriormente, as estratégias de manutenção da saúde revestem-se de múltiplos aspectos, como por exemplo, os exames médicos periódicos, a ida regular ao médico de família, bem como os cuidados com a alimentação e com o corpo. Neste contexto, os estilos de vida dos indivíduos e as decisões que toma relativamente à sua saúde, estão parcialmente sob o seu controle.

Em relação à alimentação, esta constitui um factor de grande importância na manutenção de um bom estado de saúde. Todos sabemos que a ausência de uma boa alimentação leva à debilidade e até mesmo, à doença. Já Hipócrates, no século V antes

de Cristo, para compreender a origem das doenças, recomendava que primeiro se estudasse o ambiente climático, geográfico e físico, bem como os comportamentos dos indivíduos, a sua maneira de beber e de comer.

Na comunidade estudada, existem vários comportamentos que consideramos nocivos, uma vez que os alimentos disponíveis e apreciados em meios rurais são diferentes daqueles que predominam em zonas urbanas. Estas diferenças podem estender-se aos métodos de distribuição, preparação e conservação dos alimentos, processos estes que influenciam o valor nutritivo dos alimentos. Além disto, os padrões e preferências alimentares estão interligados à cultura de uma comunidade, factor este que deve ser considerado na identificação das estratégias de auto-gestão da saúde.

De um modo geral, a importância que uma boa alimentação representa na expectativa do prolongamento da vida humana, é um assunto actual e com significado no estudo das representações sociais de saúde e doença. Actualmente, considera-se que uma alimentação “racional”, ou seja, variada e equilibrada constitui um factor para o prolongamento da vida e prevenção das doenças degenerativas.

Os cuidados com a alimentação e com o corpo constituem a base da elaboração de muitos comportamentos e atitudes subjacentes a qualquer processo de saúde/doença. Constatámos que 10,8% dos entrevistados demonstram uma preocupação com a alimentação, procurando realizar dietas equilibradas e variadas tendo em conta os seus problemas de saúde:

- “ (...) Evitar certas coisas (...) às vezes é a boca.” (Entrevistado A)
- “E faço uma alimentação variada.” (Entrevistado A)
- “Como pouco sal, (...) não como gorduras (...) também não como muito pão (...).” (Entrevistado B)
- “ (...) Faço dieta!” (Entrevistado C)

Outro aspecto mencionado por 8,1% dos entrevistados é relativo aos cuidados com o corpo. Na verdade, os hábitos de higiene e cuidados com o corpo são fundamentais na manutenção da saúde porque é através do corpo que a saúde ou doença se manifesta e neste sentido, os indivíduos devem procurar manter o seu corpo em boas condições físicas e de higiene, pois esta é a condição essencial para a manutenção e conservação da saúde. Esta preocupação é visível nas seguintes verbalizações:

- “ (...) Eu cuido de mim, (...).” (Entrevistado A)

- *“Tenho de ter cuidados (...) não pegar em panelas pesadas.”* (Entrevistado D)
- *“Eu corro muito, agora ultimamente não faço muito mas cheguei a andar a pé.”* (Entrevistado G)

Estes dados cruzam-se com o pensamento de Abdelmalek e Gérard (1995) acerca da causa da doença como agente exterior. Segundo os autores, ninguém contesta os efeitos nocivos de uma má higiene de vida na saúde, ou seja, são objectivamente incontestáveis. Contudo e subjectivamente, os comportamentos alimentares podem ser responsáveis por determinadas doenças mas os alimentos têm influência, como por exemplo, o “açúcar” seria “a causa” da diabetes, o “sal” da hipertensão arterial, as “gorduras” da hipercolesterolemia e enfarte, etc.

De facto, estas foram algumas das doenças referidas pelos nossos entrevistados, quando questionados acerca dos principais problemas de saúde, o que nos permite concluir que os hábitos alimentares da comunidade influenciam o processo de saúde e doença.

Como é do conhecimento de todos, associado ao tratamento para um problema de saúde, a maior parte das pessoas recorre a fármacos (automedicação), quer por iniciativa própria ou conselho de outros, quer por indicação médica. Assim, a aquisição dos medicamentos pode ser feita com ou sem prescrição médica.

Perante um problema de saúde, uma parte significativa dos entrevistados recorrem a fármacos, o que difere é a forma como o fazem. Para problemas simples, a automedicação e o recurso a fármacos sem prescrição médica é uma prática frequente, mas nos casos mais graves, os fármacos são adquiridos na farmácia com prescrição médica. Esta automedicação complexa com prescrição é mencionada por 18,9% dos entrevistados:

- *“Do médico, tenho compridos para a tensão, duas qualidades, tenho para os diabetes, tenho para o colesterol (...) também tenho uns comprimidos para dormir.”* (Entrevistado B)
- *“Na farmácia. (...) Se não tenho a consulta no médico para ir à farmácia, ponho lá o papel e depois ele passa a receita e vou entregar à farmácia.”* (Entrevistado C)
- *“Agora estou a tomar estes que o médico me receitou, até que eu gosto pouco de comprimidos!”* (Entrevistado E)

A automedicação é uma prática frequente antes de recorrerem ao médico, mas 10,8% dos indivíduos automedicam-se de forma desorganizada, recorrendo a vários tipos de fármacos, associando fármacos com prescrição médica e outros sem prescrição médica. Concomitantemente, recorrem a mezinhas, chás ou xaropes caseiros. No entanto, a maioria dos entrevistados que automedicam-se recorrem a medicamentos de uso corrente que não carecem, efectivamente, de prescrição médica, como é o caso dos analgésicos e anti-inflamatórios. Na comunidade estudada, 16,2% dos entrevistados automedicam-se de forma simples sem prescrição:

- *“Tive constipada e tomo ben-u-rons, essas coisas.”* (Entrevistado D)
- *“Costumo ir comprar quase sempre em Torres, na Garcia Alves (farmácia). Levo a receita, posso ir lá às vezes sem receita (...).”* (Entrevistado D)
- *“Tomava comprimidos, aquilo um dia ou dois passava. E tinha umas pomadas, usava uma pomada em gel, uma pomada amarela que dava-me muito bem com ela. (...) Depois a gente começava a trabalhar e pronto, com a continuação do trabalho aquilo ia, ia passando (...).”* (Entrevistado E)
- *“É tudo da farmácia.”* (Entrevistado E)
- *“Os medicamentos com as receitas na farmácia. Geralmente sem receita é a aspirina que tenho sempre lá em casa.”* (Entrevistado F)
- *“Normalmente é na farmácia, com receita, não do médico de família mas do médico particular.”* (Entrevistado G)
- *“Sem receita, para os meus filhos o xarope para a tosse ou a aspirina para o meu marido.”* (Entrevistado G)

Ainda no âmbito das práticas ou estratégias de prevenção da doença e manutenção da saúde, existem vários saberes e crenças que mobilizam os indivíduos na procura social de cuidados de saúde e cura de doenças. Na população inquirida, para além de tratamentos farmacológicos, alguns entrevistados procuram resolver problemas de saúde de várias ordens em práticas alternativas, complementares e não-farmacológicas (13,5%):

- *“ (...) Tomei uns comprimidos e esfreguei com óleo de amêndoas doces.”* (Entrevistado B)



- “ (...) *Cheguei a ir ali ao Zé e ele então mandou-me ir ao médico (...) fazer exames para ver se ele tratava o mal (...) Depois fui logo para os médicos que ele mandou porque ele disse: vai que eu vou ajudar!*” (Entrevistado C)

- “*É a reflexão e o facto de me concentrar eu própria.*” (Entrevistado G)

- “*No campo, os chás.*” (Entrevistado F)

Por vezes, a religião e a vivência da fé apresenta-se como um modo de explicação para a doença, porque para aquele que crê, a vida tem sempre um sentido. Tal como atribuem a causalidade da doença a Deus, 10,8% dos entrevistados manifestam-se muito crentes e têm uma fé muito grande em Deus e nos Santos da sua devoção:

- “*Vou ao médico, vou à capela. (...) Temos de ter muita força e muita fé.*” (Entrevistado D)

- “*À igreja, sou católica e acredito que há alguma coisa sobre alguém que nos domina, que nos envia para qualquer lado. Uma crença na fé. Estamos perdidos na doença, estamos perdidos na vida, perdemo-nos no trabalho, estamos perdidos em tudo.*” (Entrevistado F)

- “ (...) *Tenho muita fé na nossa Sr.ª de Fátima.*” (Entrevistado G)

Para concluir este capítulo e falando ainda acerca das estratégias de autogestão em relação à saúde e à doença, é necessário ter em conta a influência das fontes de informação e das redes sociais que os indivíduos são capazes de mobilizar, a fim de resolverem os seus problemas de doença. Os amigos, vizinhos e familiares podem ser sempre uma forma de procurar um conselho no sentido da tomada de decisão relativa a determinado problema de saúde. Assim sendo, por vezes recorrem à ajuda e conselhos de vizinhas e amigas (5,4%) ou de familiares (5,4%).

De facto, constatamos que as concepções que os estar doente, influenciam e determinam as práticas de gestão da sua doença, a que chamamos de auto-gestão da saúde. Podemos confundir a auto-gestão da saúde com as estratégias de manutenção indivíduos têm acerca da saúde e doença, sobretudo do que é para si e promoção da saúde ou prevenção da doença, mas na comunidade estudada são estratégias de reabilitação e recuperação da doença.

#### 4.1.4. O recurso às Medicinas Paralelas

O recurso às medicinas paralelas está relacionado com uma preocupação pela doença, a percepção da gravidade da sua principal doença e a acessibilidade às consultas no médico de família, bem como pelas estratégias de auto-gestão da saúde que atrasam o recurso não só à medicina “oficial”, como às medicinas paralelas.

As atitudes perante a doença e a cura não são estáticas, permanecendo no seio de comunidades ditadas por padrões culturais, religiosos e sociais. Ao longo dos séculos, mantêm-se como símbolos de permanência de crenças ancestrais, traduzindo a continuidade nos processos de mudança.

Questionados sobre o recurso a medicinas paralelas, alguns indivíduos demonstraram dificuldades em expressar as experiências pessoais com medicinas paralelas, configurando-as como vivências terapêuticas. Como tal, procurámos desenvolver a análise dos dados sobre o contexto das medicinas paralelas segundo as seguintes categorias: representações sociais das medicinas paralelas; medicinas paralelas versus “medicina oficial” e organização das práticas em medicinas paralelas, como podemos observar no quadro 18.

**Quadro 18:** Categorias e Sub-categorias das unidades de contexto da dimensão “Contexto das Medicinas Paralelas” (Comunidade)

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	unidades	%	% total	
Contexto das Medicinas Paralelas	Medicinas Paralelas versus Medicina "Oficial"	(I)Legitimidade das Práticas Paralelas	17	42,5	15,0	
		Importância no Contexto Social	23	57,5	19,5	
		Sub-Total 1	40	100,0	35,4	
	Organização das Práticas em Medicinas Paralelas	Perfil do Prestador em Medicinas Paralelas	12	35,3	20,4	
		Tipologia das Práticas em Medicinas Paralelas	22	64,7	10,6	
		Sub-Total 2	34	100,0	30,1	
	Representações Sociais das Medicina Paralelas	Concepção das Medicinas Paralelas	22	56,4	15,0	
		Procura Social das Medicinas Paralelas	17	43,6	19,5	
		Sub-Total 3	39	100,0	34,5	
			Total	113	100,0	100,0

Fonte: entrevista

Para identificar e caracterizar as representações sociais das medicinas paralelas, realizaram-se questões relacionadas com a concepção e a procura social das medicinas paralelas. A partir do conteúdo dos discursos criámos as unidades de registo, conforme descrito no quadro 19.

**Quadro 19:** Unidades de registo da categoria “Representações Sociais das Medicina Paralelas” (Comunidade)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Concepção das Medicinas Paralelas	Crença em Deus, nos Santos e nos Mortos	4	18,2
	Crença em feitiços	5	22,7
	Crença nos produtos naturais	5	22,7
	Crença nos saberes populares	7	31,8
	Descrédito em videntes e bruxas	1	4,5
	Total	22	100,0
Procura Social das Medicinas Paralelas	Para resolver situações do foro físico	5	29,4
	Para resolver situações do foro psicológico	5	29,4
	Procura de ajuda	5	29,4
	Recomendado por vizinhos, familiares ou amigos	2	11,8
	Total	17	100,0

Fonte: entrevista

Acerca da “concepção das medicinas paralelas”, constatamos que grande parte dos entrevistados que recorre às medicinas paralelas acredita nos saberes populares (22,7%) e nos produtos naturais (31,8%).

O recurso a produtos naturais pode estar relacionado com a percepção de que os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos, como constataram Silva e Pereira (2002) num estudo sobre as “Representações de Saúde e Comportamentos em Utentes de Centros de Saúde da Zona Norte”.

Um dos princípios da medicina antiga, cujas teorias estavam baseadas quase inteiramente na magia, assenta na crença de que uma doença poderia ser transferida por um feiticeiro de uma pessoa para um objecto ou vice-versa. Hoje em dia, esta crença mantém-se viva entre nós, razão pela qual existem indivíduos que se dizem especialistas em controlar forças negativas provenientes de maldades de algum inimigo. Neste

sentido, especialistas como curandeiros, videntes, espiritualistas, entre outros, através dos seus processos de cura, tentam saber a origem do mal que provoca a doença, de modo a erradicá-la. Esta conceptualização revela uma atitude essencialmente mágico-religiosa. Neste contexto, salientamos a observação do entrevistado A:

- *“Eu até acredito em certas pessoas que vão a sítios para se fazer mal e que haja pessoas que ajudem a fazer mal.”*

- *“ (...) Que o meu filho teve um acidente porque foi uma pessoa que lhe fez mal.”*

Na comunidade estudada, constatámos que 22,7% dos entrevistados referem que acreditam em feitiços:

- *“Não são bruxos. São curadores da terra!”* (Entrevistado B)

- *“Deixei lá os retratos e ela faz as rezas! (...) É para tirar o mal e essas coisas assim.”* (Entrevistado B)

- *“Se a pessoa tiver vontade de si consegue curar-se. (...) O espiritualista. É preciso é confiar em alguém.”* (Entrevistado F)

- *“Há pessoas que (...) não recusam a ir, (...) há pessoas que muitas não acreditam e censuram.”* (Entrevistado D)

Contudo, o entrevistado A refere que não acredita em videntes e bruxas:

- *“Mas adivinhar e coisas, não acredito!”*

Devido às grandes descobertas científicas, perante a dúvida e incerteza, os indivíduos recorrem simultaneamente ao científico, ao religioso e às medicinas paralelas.

No contexto religioso, 18,4% dos entrevistados referem que acreditam em Deus, nos Santos e nos Mortos. Esta crença na fé demonstra o carácter sobrenatural que os entrevistados atribuem ao processo de tratamento e cura através de práticas paralelas:

- *“Temos de ter muita força e muita fé.”* (Entrevistado D)

- *“À igreja, sou católica e acredito que há alguma coisa sobre alguém que nos domina, que nos envia para qualquer lado. Uma crença na fé. Estamos perdidos na doença, estamos perdidos na vida, perdemo-nos no trabalho, estamos perdidos em tudo.”* (Entrevistado F)

Silva (2003) no seu estudo, também verificou que 69,5% dos indivíduos recorre aos Santos. Para Silva (2003: 257), hoje em dia as pessoas são simultaneamente “racionais e religiosas”, uma vez que apesar de a saúde ser um dos valores fundamentais da modernidade, os indivíduos recorrem à religião ou sagrado para explicar a origem da doença. Na perspectiva da autora, uma vez que o homem não consegue comunicar com Deus ou outras divindades como se de uma pessoa se tratasse, através da mente e da oração, realiza os contactos com estas divindades. Em troca, realiza promessas para retribuir e pagar o serviço prestado.

Para a maior parte dos indivíduos das comunidades rurais, a religião, ou melhor, a questão espiritual, tem um significado especial, principalmente para aqueles que passam por algumas situação dolorosa como a doença, consequências a nível psicológico. A este propósito, Leandro (2001: 71) refere que “(...) *nos últimos tempos, que pretendem ser os do trunfo da racionalização, é frequente acontecer, em muitos casos de doença, consideradas incuráveis ou não pelo corpo de especialistas da saúde, em muitas situações mais ou menos desesperadas, os crentes, praticantes ou não, e até os não crentes, recorrerem aos santos ou a outras formas de intervenção das forças divinas, tentando encontrar resposta para o mal, para o qual a ciência e a técnica não conseguem oferecer uma resposta para o mal, para o qual a ciência e a técnica ainda não conseguem oferecer uma resposta cabal*”.

Silva e Pereira (2002) realizaram um estudo em que relacionaram as representações e comportamentos dos utentes face aos médicos e à medicina com o grau em que os indivíduos acreditam que a sua saúde depende de outros considerados poderosos. Para alguns indivíduos, a saúde tende a ser atribuída a factores externos como a sorte, o acaso ou o destino.

No que diz respeito às medicinas paralelas, 29,4% dos entrevistados recorre a práticas paralelas para procurar ajuda:

- “*A gente vai lá a ele para ele ajudar a gente (...).*” (Entrevistado B)
- “*Porque vamos sempre tentar ir resolver os nossos problemas. Procurar alguma coisa que consiga resolvê-los. Quando não se consegue com medicação ou isso vai-se a outros sítios.*” (Entrevistado F)
- “*Essas coisas que eu recorri, vi-me aflita e é claro fui experimentar!*” (Entrevistado C)

Nas práticas paralelas, os entrevistados procuram soluções para problemas de saúde, tanto físicos como psicológicos. Neste estudo, constatámos que 29,4% dos entrevistados procura ajuda para resolver problemas do foro psicológico e 29,4% procura resolver problemas do foro físico:

- *“É ele não estar melhor e sentir-se aflito, sentir-se aflito e eu deu-me essa solução e ver.”* (Entrevistado C)
- *“ (...) Com o dom que ele tem ajuda (...) gente coxa (...) com dores.”* (Entrevistado B)
- *“A ele fui lá por causa do meu menino que tinha (...) falta de respiração (...) por causa das anginas, não comia (...) ele disse que ele tinha de ser operado e o menino aos 4 anos teve de ser operado na Suíça. E agora está melhorzinho.”* (Entrevistado B)
- *“Depois da operação é que eu fiquei tão doente, tão doente, deixei de comer! Mas acho que o meu problema de deixar de comer, eu depois comecei a comer derivado de ir à Susana (...) comecei a aprender a fazer o comer novamente.”* (Entrevistado D)
- *“Fui lá porque me sentia muito triste, muito triste, não tinha vontade de falar, não tinha vontade de me arranjar (...).”* (Entrevistado D)
- *“Só na última, (...) mais para os problemas psicológicos.”* (Entrevistado F)

Esta procura social das medicinas paralelas pode ser feita por decisão própria ou por recomendação de vizinhos, familiares e amigos, o que foi referido por 11,8% dos entrevistados e podemos observar no discurso do entrevistado E:

- *“Diziam que ele era bom!”*
- *“Depois, foi quando me disseram que esse rapaz (...) era muito bom, e eu experimentei ir lá. Experimentei ir lá e dava-me bem, pronto, eu fazia 3 tratamentos de massagens e ficava bem.”*
- *“ (...) Tinha muita fama. Chegavam a vir pessoas do Fundão e do Norte. (...) Andavam em tratamentos, vinham cá 3 ou 4 vezes (...).”*

Ao analisar as representações sociais das medicinas paralelas, verificamos uma nítida separação entre as doenças que os médicos não podem curar e as que podem curar, pelo que foi criada a categoria “medicinas paralelas versus «medicina oficial»” que evidencia uma separação das doenças que só podem ser curadas por “pessoas

entendidas” daquelas que somente os médicos podem curar. As unidades de registo relativamente a esta categoria observam-se no seguinte quadro:

**Quadro 20:** Unidades de registo da categoria “Medicinas Paralelas versus Medicina “Oficial”” (Comunidade)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
(I) Legitimidade das Práticas Paralelas	Fraudes, ilegalidade e riscos	2	11,8
	Métodos e técnicas tradicionais	4	23,5
	Reconhecimento pela comunidade	5	29,4
	Saberes populares transmitidos por gerações	4	23,5
	Sem garantia técnica e científica	2	11,8
	Total	17	100,0
Importância no Contexto Social	Complementares	2	8,7
	Diferentes	4	17,4
	Existem curandeiros	2	8,7
	Existem outras pessoas que curam	7	30,4
	Existem videntes	3	13,0
	Não existem diferenças	1	4,3
	Tem bons resultados	4	17,4
Total	23	100,0	

Fonte: entrevista

Por vezes, quando o doente procura o médico, mas o diagnóstico não o satisfaz ou se há discrepância entre o médico e o doente relativamente ao conceito de doença, o doente procura outro médico ou especialista que satisfaça as razões intrínsecas do seu estado de saúde. Quando questionados acerca do contexto social das medicinas paralelas e da medicina oficial, 17,4% dos entrevistados consideram que as medicinas paralelas são práticas diferentes, mas um caso pontual refere que não há diferenças. Para outros, são consideradas práticas complementares (8,7%). Para exemplificar estas unidades de registo extraímos as seguintes verbalizações:

- “*Eu acho que são mais complementares, mas têm diferenças.*” (Entrevistado A)

- “*Não sou capaz de ver as diferenças. Os dois ajudam, pronto. Tanto aquela como aquele ajudam, uns para uma coisa, outros para outra. Se a gente contar a nossa vida, as nossas coisas, eles ajudam. Nisso, o médico de família não ajuda. Não acredita nisso também (...) há alguns que até já mandam ir!*” (Entrevistado B)

- “*Medicinas diferentes é o que eu acho, não tem nada de mal. Ajudam também!*” (Entrevistado D)

- *“São um complemento. Acabam por ser irmãos um do outro. Só os comprimidos não ajudam (...) a fê, uma coisa caseira são um complemento.”* (Entrevistado F)

- *“Há muitas diferenças.”* (Entrevistado G)

Constatamos que as medicinas paralelas são em grande parte reconhecidas pela comunidade (29,4%) e uma parte significativa dos entrevistados (30,4%) acredita na capacidade que outras pessoas, para além dos médicos, têm para tratar doenças. Justificam a sua crença com base nas capacidades, saberes e certos poderes que determinadas pessoas têm para tratar algumas doenças, como observamos nos seguintes discursos:

- *“ (...) Dava-lhe aqueles ataques que ficava assim morto (...) Tem esse poder (...) esse dom. E dizem que receita remédios mas a mim nunca me receitou. Ele tem-os ali e vende (...) o pai chegou a andar a apanhar muitas ervas no campo para ele, muitas ervas!”* (Entrevistado B)

- *“A gente vai lá a ele para ele ajudar a gente, com o dom que ele tem ajuda (...) gente coxa (...) com dores.”* (Entrevistado B)

- *“Acho que há pessoas que sabem (...) Há certas pessoas, certos chás (...).”* (Entrevistado C)

- *“Eu acho que não são só os médicos. Há mais para além dos médicos, eu acho que sim, eu pelo menos dei-me muito bem!”* (Entrevistado D)

- *“Eu os médicos, acho que são bons mas também acho que há grandes artistas a trabalhar em massagens.”* (Entrevistado E)

- *“Porque há outras coisas para socorrer.”* (Entrevistado F)

- *“Porque vi que em termos de tratamento de medicina não havia solução porque o que eu via era demasiado para a medicina.”* (Entrevistado G)

São vários os saberes que levaram as populações, ao longo das gerações, a conservar e transmitir um saber que ajuda a recuperar a saúde. No passado, o recurso aos serviços médicos era quase inexistente e os indivíduos recorriam a saberes populares acerca da saúde e da doença. Talvez por este motivo, grande parte dos entrevistados reconhece os saberes transmitidos por gerações (23,5%), bem como as técnicas tradicionais utilizadas por alguns praticantes das medicinas paralelas (23,5%), o que legitima as práticas paralelas:



- *“Coisas caseiras. Chás, os gelos, um saco de água quente, xarope de cenoura. Aloyé vera tomei muito mas agora já não.”* (Entrevistado F)

- *“Chás, xaropes, dos meus avós, da minha mãe.”* (Entrevistado G)

- *“Eu própria já fiz alguns chás, não da ervanária, mas já fiz alguns chás ditos pela minha mãe que é os tais ditos chás de cenoura, de cebola. (...) Para a tosse.”* (Entrevistado G)

Em relação ao tipo de prestadores de práticas paralelas, 13% referem que existem videntes e 8,7% fazem referência à existência de curandeiros.

Para alguns indivíduos no campo da medicina, a cura é dirigida exclusivamente aos males do corpo, mas ao mesmo tempo, sabem que muitos dos seus problemas encontram-se noutras áreas, pelo que procuram práticas paralelas, uma vez que consideram que têm bons resultados (17,4%):

- *“É ver que os tratamentos não dá resultados.”* (Entrevistado C)

Contudo, alguns entrevistados consideram que existem fraudes, ilegalidades e riscos (11,8%), referindo que as medicinas paralelas não têm garantia técnica e científica (11,8%):

- *“Tinha que fazer umas rezas, uns fumos, uns pozinhos, não sei quê e não se que mais. Fiz, eu fiz tudo isso, acho que isso não era bem, propriamente o que eu procurava para o que eu via no meu filho.”* (Entrevistado G)

Ainda no contexto das medicinas paralelas, para compreendermos melhor o recurso às medicinas paralelas, é fundamental caracterizar o perfil do prestador em medicinas paralelas e analisar o tipo de práticas utilizadas. Para tal, as questões foram realizadas questões no sentido de encontrarmos respostas que caracterizem a “organização das práticas paralelas”, o que é evidenciado no quadro 21.

Embora dotado de capacidades, saberes e poderes, o prestador em medicinas paralelas é muitas vezes, considerado um “charlatão” (33,3%) que exerce uma medicina “não oficial” (25%) e “sem regras” (33,3%). O discurso do entrevistado C evidencia este charlatanismo atribuído a práticas paralelas:

- *“Ele ganha aí dinheiro, dinheiro, dinheiro. Ele está cheio de dinheiro. Tem comprado muita coisa com essas coisas. Há gente não leva nada, aos vizinhos não pode levar nada, senão depois tira-lhe o poder.”*

**Quadro 21:** Unidades de registo da categoria “Organização das Práticas em Medicinas Paralelas” (Comunidade)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Perfil do Prestador em Medicinas Paralelas	"Charlatanismo"	4	33,3
	Não oficial	3	25,0
	Sem formação superior	1	8,3
	Sem regras	4	33,3
	Total	12	100,0
Tipologia das Práticas em Medicinas Paralelas	"Vidente" (crenças, rezas e benzeduras)	5	22,7
	Produtos da ervanária	2	9,1
	Remédios caseiros (xaropes e mézinhos)	4	18,2
	Chá adequado à doença	4	18,2
	Curandeiro	3	13,6
	Endireita	3	13,6
	Massagista	1	4,5
Total	22	100,0	

Fonte: entrevista

A concepção da doença segundo o modelo exógeno de Abdelmalek e Gérard (1995) é vista como um agente externo que coloniza o corpo e conduz ao recurso de terapias para retirar o mal. Como já referenciámos, alguns entrevistados são fortemente influenciados por determinados parâmetros mágico-religiosos que privilegiam uma classificação do tipo sobrenatural ou paranormal para certo tipo de doenças. Isto pode acontecer e muitas vezes acontece, mesmo que tenha sido diagnosticada uma doença natural por um médico. Deste modo, alguns entrevistados para além de acreditarem, recorrem à vidente (22,7%) e outros, ao curandeiro (13,6%):

- *“Porque aqui este Sr. Zé é mais para o lado de doenças e a D. Susana é para o lado de espíritos.”* (Entrevistado C)

- *“Ao curandeiro também e devia ir outra vez porque as coisas não estão bem. O vidente com visões e espíritos.”* (Entrevistado F)

As práticas relacionadas com a vidente referem-se a crenças, rezas e benzeduras, para o tratamento de doenças tanto do foro físico, como psicológico. Constatamos que a fé está presente nos indivíduos que procuram ajuda, mas também é exigida por parte de alguns “curadores” que através de rezas e benzeduras evocam Deus na procura de solução para os problemas de alguns indivíduos, como verificamos nos seguintes discursos:

- *“À dona Susana fui porque ele andava muito aflito (...) que uma coisa estava a tapá-lo, (...) fiz uns fumos e resolveu na graça de Deus. (...) Ela disse que ele estava com um espírito e mandou fazer uns fumos com alecrim, cânfora e mais coisas (...) essênço e mirra, (...) fiz esses fumos pela casa durante nove dias a rezar o credo. E melhorou, ele ficou bem e passou, a aflição que ele tinha passou.”* (Entrevistado C)

- *“À Susana foi lá duas vezes. (...) Mandou-me fazer uns banhos com água e vinagre, com sal e com cânfora, na banheira em água quente (...) fazia todos os dias, mas eu tinha medo (...) que me afectasse o peito. Eram nove dias talvez, desta última vez parece-me que foi três dias. Tinha que rezar e esfregar as pernas com cânfora.”* (Entrevistado D)

Em Portugal existem vários estudos e livros que apontam para os usos e costumes de várias populações no tratamento de doenças. Salientamos os estudos de Braga (2000) na Peneda, Fontes (1995) em Barroso e Nunes (1997) em Alfândega da Fé e o livro de Raminhos (1999) sobre o Algarve, que exemplificam várias receitas populares utilizadas pelas respectivas populações.

O uso de chás de ervas/plantas medicinais adequados à doença são uma forte tendência dos entrevistados (18,2%):

- *“Quando se está com dores ou constipada é o chá de erva-cidreira, para os nervos o de tilia. Xarope de cenoura e de cebola, para a rouquidão.”* (Entrevistado G)

Além dos chás adequados às doenças, constatamos com o recurso a produtos da ervanária (9,1%):

- *“Eu já tenho comprado uns comprimidos na Diese para os diabetes.”* (Entrevistado B)

Nesta comunidade, as atitudes e práticas em relação a problemas comuns de saúde revelam um forte recurso a remédios caseiros (xaropes e mezinhas) com base em

receitas populares e familiares (18,2%). De seguida, damos alguns exemplos de receitas populares e familiares referidas pelos entrevistados:

- **Tosse**: xarope caseiro composto por laranja, cerveja e açúcar louro; chá de casca de cebola e xarope de cenoura. (Entrevistado A)
- **Colesterol**: chá de folhas de marmeleiro (como contra-indicação: prejudica os ossos). (Entrevistado C)
- **Bexiga**: chá de barbas de milho. (Entrevistado D)
- **Infecções diversas**: infusão de malvas. (Entrevistado F)
- **Olhos**: infusão de malvas. (Entrevistado F)
- **Rouquidão**: xarope de cebola e cenoura. (Entrevistado G)
- **Dores**: chá de erva-cidreira. (Entrevistado G)
- **Constipação**: chá de erva-cidreira. (Entrevistado G)
- **Nervos**: chá de tília. (Entrevistado G)

Tendo em conta que as patologias ósteo-articulares foram mencionadas por uma parte significativa da população, a procura de soluções para estes problemas é também significativa. Neste sentido, 13,6% dos entrevistados recorrem ao endireita e 4,5% ao massagista:

- *“Também já fui ao endireita mas foi com o meu filho, e resultou! Ele caiu, o pé ficou torcido (...) e endireitou o tornozelo. Pôs uma pomada muito mal cheirosa, e ele ficou ali desmaiadinho com uma dor que depois não voltou mais.”* (Entrevistado A)
- *“ (...) Há endireitas, E dizem que corre bem, que corre tudo bem, que se não fosse ele já tinham morrido.”* (Entrevistado B)
- *“Ao Sobral (endireita) fui lá umas vezes boas, mesmo costelas e coluna fui lá mais que uma vez, umas 3 ou 4 talvez, porque eu já andava com este problema não é. (...) Só lá ia uma vez, ele dizia assim: agora, deixa-te estar duas semanas, não faças esforços...e ao fim daquelas duas semanas a gente estava bom!”* (Entrevistado E)
- *“Ao endireita já fui.”* (Entrevistado F)

A competência do endireita afigura-se a um elemento essencial do processo de cura. No seguinte discurso do entrevistado E, observamos o processo de tratamento efectuado por um endireita:

-“ (...) *As costelas chegaram a ser arranjadas e ficaram sempre boas, nunca tive dores. Foi o endireita que as arranjou. (...) Ele pôs-me aqui com os dedos, puxou-me isto e tal, era um artista, nesse aspecto era, puxava com os dedos as pontas das costelas para os sítios, depois punha ventosas, passado aí um mês já estava apto (...) Das costelas nunca mais tive problemas (...) porque foram bem curadas. Se fosse uma era para aí 15 dias, se fossem duas ou três levava para aí 1 mês, sem fazer nada (...) Ele era o género de um endireita, era só com as mãos.*”

- *“Ele chegou a pôr-me 20 ventosas nas costas, de meio litro. (...) em cada quarto ele tinha duas camas, tinha uma mesinha de cabeceira com uma vela acesa dentro de um copo. (...) Punha um bocadinho de algodão dentro daquele copo de meio litro, ele acendia, chegava aqui punha a ventosa, quando apagava é que ele tirava o copo, levantava para cima e tirava, ficava ali aquilo tudo marcado!”*

Também no âmbito das doenças ósteo-articulares, constatamos o caso do entrevistado A que optou pela aquisição de material que proporcione conforto e bem-estar, atitude esta que revela uma estratégia de promoção do bem-estar:

- *“Também tenho uma cadeira de massagem e comprei essa cadeira para ver se melhorava.”*

#### **4.2. Ser Enfermeiro numa comunidade rural**

Para salvaguardar os valores de uma comunidade rural, tradicionalmente isolada significa poder estar a negar aos membros dessa comunidade a oportunidade de opção em relação às alternativas de outros modos de vida.

A ruralidade surge como oposição à modernidade e a condição de rural adquire um estatuto de marginalidade em relação ao processo geral de desenvolvimento da sociedade, sobretudo nos espaços urbanos e industriais. Nesta dicotomia rural/urbano, a ruralidade representa a negação da modernidade, o apego à tradição, às normas de trabalho e de vida arcaicas, ao modo de viver camponês. (Figueiredo, 1994)

Devido aos saberes e costumes característicos das comunidades rurais e com impacto na sociedade moderna, embora “mascarada” pela evolução tecnológica e científica, bem como pela urbanização dos meios rurais, consideramos que o papel do

enfermeiro é fulcral para a promoção e manutenção da saúde, bem como para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem em particular, e da saúde em geral.

O facto de sermos capazes de viver, conviver e aprender com a diversidade cultural, apesar das disfunções sociais, dos sentimentos de etnocentrismo e dos comportamentos estereotipados, o estudo do papel do enfermeiro nos meios rurais, traz-nos maior consciência pessoal.

Quando reflectimos sobre as nossas experiências, nunca podemos desligar das nossas histórias de vida, mas também não temos que nos sentir determinados por elas. Podemos procurar vivências que nos surpreendam nos nossos contextos, sem precisarmos de nos distanciar geográfica e culturalmente, mas que nos faça olhar diferentemente para a vida, para os outros e para o Mundo. Assim sendo, podemos determinar mudanças. (Lopes, 1998)

A identificação das diversas práticas de cuidados, permite compreender os motivos que levam à opção pela procura das causas e respostas dos indivíduos. Qualquer enfermeiro interessado por estes fenómenos deverá construir, com o contributo das ciências sociais e da saúde, um saber sobre a saúde, de modo a prestar cuidados humanizados e centrados no bem-estar da comunidade.

Neste sentido, o contexto cultural em que o enfermeiro se encontra e a forma como discerne regularidades e diferenças, não enveredando por juízos precipitados, enraizados pela sua própria cultura, permite mudanças através de uma intervenção comunitária adequada.

Os resultados obtidos referem-se à sua orientação para a prática. Tanto as acções, como a orientação seguida na prática pelos enfermeiros, foram analisadas indutivamente e assim, o discurso foi codificado e agrupado a partir do seu sentido.

#### **4.2.1. Complementaridade das práticas? Entre o convencional, a paralela e os saberes populares**

O recurso simultâneo à magia e à religião características das sociedades antigas, quer aos saberes científicos ou aos saberes populares, é uma prática que existe em todas as culturas e que tem prevalecido até aos dias de hoje, ainda que a intervenção técnica e

científica dos profissionais de saúde, bem como a medicalização das sociedades contemporâneas ocidentais, sejam cada vez mais consistentes.

Todos sabemos que mesmo o discurso médico mais objectivo não é desprovido de crença e neste sentido, para caracterizarmos a complementaridade das práticas de saúde, colocaram-se questões aos enfermeiros relativamente às categorias: “enquadramento das medicinas paralelas”; “percepção da saúde e doença” e “prestação de cuidados”, a partir das quais elaborámos sub-categorias que podemos observar no seguinte quadro:

**Quadro 22:** Categorias e Sub-categorias das unidades de contexto da dimensão “Complementaridade das Práticas de Saúde” (Enfermeiros)

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	unidades	%	% total
Complementaridade das Práticas de Saúde	Enquadramento das Medicinas Paralelas	Caracterização das Medicinas Paralelas	26	56,5	27,4
		Legitimidade das Medicinas Paralelas	20	43,5	21,1
		Sub-Total 1	46	100,0	
	Percepção de Saúde e Doença	Concepção de Saúde e Doença	8	33,3	8,4
		Representação Social da Doença	9	37,5	9,5
		Representação Social de Saúde	7	29,2	7,4
		Sub-Total 2	24	100,0	
	Prestação de Cuidados	Procura de Cuidados	15	60,0	15,8
		Sistema de Saúde Português	10	40,0	10,5
		Sub-Total 3	25	100,0	
		Total	95		100,0

Fonte: entrevista

Hoje em dia, a medicina convencional atingiu já um estado evolutivo que poderia erradicar algumas formas médicas menos empíricas. No entanto, verificamos que se mantêm práticas com intuítos curativos baseadas em conhecimentos populares e tradicionais.

Perante a doença, os indivíduos de acordo com o meio em que estão inseridos, a partir da informação que dispõem e do grau de ansiedade que a doença lhes desencadeia, recorrem a vários campos do saber médico e não exclusivamente à ciência médica. A este propósito, Pereira (1993) assinala que o discurso científico não atinge

toda a população e que quando está doente, o indivíduo recorre a várias técnicas de cura, nem sempre privilegiando o recurso à ciência médica moderna, experimentando formas de cura alternativas. Segundo o autor existem essencialmente três sistemas de pensamento e de acção a que os doentes podem recorrer para o tratamento da doença: a ciência, a religião e o esoterismo.

As estratégias sociais de cura têm como opção esses três campos do conhecimento, os quais podem ser utilizados exclusivamente ou em simultâneo, de acordo com a satisfação que o indivíduo tenha relativamente à ciência médica, com a informação de que dispõe e ainda, a angústia que a doença lhe provoca. Do nosso ponto de vista, consideramos três campos a que o doente recorre: a medicina científica ou convencional, as medicinas paralelas e/ou alternativas e a medicina tradicional imbuída nos saberes populares.

A ciência médica refere-se ao conhecimento resultante da ciência médica moderna que reconhece como válido unicamente o conhecimento que resulta da razão. A religião, por seu lado, recorre à fé numa entidade divina e na possibilidade da concessão da graça ao doente que reza, crê e se sacrifica, dedicando essas actividades e crenças a essa mesma divindade que tudo pode, inclusive curar a doença. Na perspectiva de Iturra (1991), a fé e a esperança na graça divina, o sacrifício, a prece e a entrega total aos desígnios superiores, são aspectos de um dos caminhos de cura da nossa sociedade, particularmente da religião católica.

Para além da religião, a medicina paralela constitui um recurso a utilizar perante a doença. A existência de feiticeiros, curandeiros, videntes, entre outros agentes que praticam práticas alternativas e que aparentemente são portadores de um saber que se revela diferente, consoante os instrumentos teóricos e técnica de cura utilizados para interpretar o mundo, as pessoas, a saúde, a doença e as técnicas de cura.

No sentido de compreender esta complementaridade das práticas e a percepção da saúde e doença, procurámos analisar as concepções e representações da saúde e doença dos enfermeiros porque na verdade, coexistem diferentes concepções de cuidados entre os enfermeiros que tendem a ter uma orientação holística. Da análise do discurso, criámos as unidades de registo conforme o seguinte quadro:



**Quadro 23:** Unidades de registo da categoria “Percepção de Saúde e Doença”  
(Enfermeiros)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Concepção de Saúde e Doença	Concepção científica	1	12,5
	Experiência de vida pessoal	3	37,5
	Experiência profissional	3	37,5
	Políticas sociais	1	12,5
	Total	8	100,0
Representação Social da Doença	Desequilíbrio	2	22,2
	Existência de doença	1	11,1
	Incapacidade para o Autocuidado	1	11,1
	Mal-estar	2	22,2
	Visão holística	3	33,3
	Total	9	100,0
Representação Social de Saúde	Ausência de Doença grave	1	14,3
	Bem-estar	2	28,6
	Equilíbrio	2	28,6
	Visão holística	2	28,6
	Total	7	100,0

Fonte: entrevista

Constatamos que uma parte significativa dos enfermeiros entrevistados (33,3%) tem uma visão holística em relação à saúde e à doença:

- “*Estar doente é estar em desequilíbrio psico-físico-social.*” (Enfermeiro A)
- “*(...) Estar doente, é estar em desequilíbrio conosco próprios, quer a nível físico ou psíquico.*” (Enfermeiro B)
- “*Estar doente é não estar bem, (...) independentemente de qual seja a vertente que a gente considere.*” (Enfermeiro D)

Os enfermeiros entrevistados conceptualizam os cuidados de enfermagem como cuidar centrado no bem-estar da pessoa para a promoção da saúde. Para reforçar esta percepção, estão os dados referentes à representação social de saúde caracterizada como “bem-estar”, “ausência de doença grave” e o “equilíbrio”, como é visível nos seguintes conteúdos:

- “*(...) Saúde é um bem-estar conosco próprios. (...) Sentimo-nos bem, não estamos em desequilíbrio (...).*” (Enfermeiro B)

- *“Saúde é quando a pessoa não tem, (...) nenhum problema grave.”* (Enfermeiro C)
- *“Quando falo de saúde, falo de um bem-estar em todos os dias. Esse bem-estar tendo em conta a conjugação do ponto de vista entre a pessoa e muitas vezes, não só a nossa própria concepção do que será saúde.”* (Enfermeiro D)

A saúde vista como bem-estar a nível geral, inclui o bem-estar físico e psicológico, podendo incluir uma boa relação com as outras pessoas, uma vez que ter saúde é estar bem consigo próprio e com a vida, ou seja, estar em equilíbrio.

Segundo Costa e Melo (1998: 225), o bem-estar é uma “situação agradável do corpo ou do espírito; tranquilidade” sentida por uma pessoa e que resulta de uma harmonia interior.

Duarte (2002: 98) no seu estudo, considerou uma categoria em que agrupou o “bem-estar, harmonia e equilíbrio”, onde incluiu algumas unidades de registo semelhantes às encontradas neste estudo, mas mais na perspectiva do bem-estar psicológico e não do bem-estar psico-social, que é mais abrangente.

Ao considerar a saúde pela ausência de doença grave, podemos dizer que a saúde não é o estado perfeito ou absoluto, porque não significa que tudo esteja totalmente bem com o corpo, consoante a gravidade dos problemas que afectam o indivíduo.

Relativamente à representação social de doença, é caracterizada pelas unidades de registo: “mal-estar”, “existência de doença”, “desequilíbrio” e “incapacidade para o autocuidado”, extraídas a partir das seguintes verbalizações:

- *“Doença é tudo aquilo que quebra aquele equilíbrio que nos faz viver bem.”* (Enfermeiro B)
- *“ (...) Podem ser problemas de saúde físicos, psíquicos, problemas de saúde talvez espirituais também.”* (Enfermeiro B)
- *“É não estar bem, é não se sentir bem. (...) Difícil de concretizar.”* (Enfermeiro C)

A doença concebida como mal-estar, refere-se a um estado negativo global de sentir-se mal, conduzindo a um desequilíbrio geral não especificado.

Apesar desta visão globalizante acerca da saúde e doença, há quem considere a saúde apenas como a ausência de doença e em contrapartida, a doença como a ausência de saúde.

É de salientar a importância que o enfermeiro D dá ao autocuidado, na medida em que a doença representa uma incapacidade para o autocuidado:

- “ (...) *Quando falamos de estar doente ou quando falamos em estar doente, é alguém que necessita de algum tipo de tratamento ou cuidado ao qual não pode ou o qual não se pode auto-proporcionar.*”

Hoje em dia, a perda de autonomia e de capacidade conduz à dependência de outros tanto na doença, como no envelhecimento. Constatamos que existe uma estreita relação entre a prática de actividades e a autonomia, o que está relacionado com a capacidade de desenvolver, sem esforço e por si só, as actividades do dia-a-dia.

A análise dos conteúdos referentes às representações sociais de saúde e doença dos enfermeiros entrevistados, permite colocar a hipótese de que a concepção dos cuidados de enfermagem está relacionada com o nível de desenvolvimento sócio-moral dos próprios enfermeiros, o qual é sobreponível à cultura dominante e ao contexto onde a prática é desenvolvida.

A concepção de saúde e doença dos enfermeiros situa-se numa perspectiva de abertura ao mundo, em que a saúde está relacionada com valores e experiências vividas dentro da perspectiva de cada um, visando a realização do potencial de criação pessoal. Na perspectiva dos enfermeiros entrevistados, a sua concepção de doença modificou-se ao longo da vida, sobretudo devido à “experiência de vida pessoal” (37,5%) e à “experiência profissional” (37,5%):

- “*Apurou-se com o desenvolvimento quer pessoal, quer profissional e com as experiências vividas até então.*” (Enfermeiro B)

- “*Modificaram-se e bastante. A noção tradicional que nos transmitem em criança de que vou estar, ser saudável ou ter saúde e simplesmente não estar doente. E modificaram-se ao longo do meu trajecto académico e trajecto profissional.*” (Enfermeiro D)

Para dois casos pontuais, a concepção de saúde e doença sofre a influência de “políticas sociais” (12,5%) e da “concepção científica” (12,5%):

- “ (...) *Modificaram-se com as diferentes experiências, conhecimentos, as diferentes conjunturas político-sociais, económicas, estados de vida, de espírito.*” (Enfermeiro A)
- “*A concepção enquanto enfermeira, (...) a concepção científica (...).*” (Enfermeiro C)

No âmbito das medicinas paralelas, para caracterizarmos o seu enquadramento e legitimidade foram realizadas questões a partir das quais retirámos as unidades de registo, conforme descrito no quadro 24.

A condução da entrevista semi-estruturada para caracterizar as medicinas paralelas, pode ter levado os enfermeiros a responderem essencialmente com base na sua prática. Neste aspecto, são várias as denominações que consideram mais adequadas para caracterizar as medicinas “não oficiais”. Uma parte significativa considera que são um tratamento não convencional (15,4%) e que são complementares (15,4%):

- “*Neste momento, considero que ela está a ser como um complemento*”. (Enfermeiro A)
- “ (...) *Se tomarmos como normal a medicina científica é tudo aquilo para além disso, mas o normal é subjectivo.*” (Enfermeiro B)
- “*Desafio não sei se são, porque penso que haverá coisas que a medicina paralela nunca irá chegar, mas um complemento talvez.*” (Enfermeiro B)
- “ (...) *Uma homeopatia, um shiatsu, acho que são, (...) medicinas não convencionais.*” (Enfermeiro C)
- “ (...) *Muitas das coisas poderiam em certos aspectos complementar-se, o alívio da dor...a acupunctura.*” (Enfermeiro C)
- “ (...) *São dois conceitos que não se devem separar mas sim, complementar-se. Como tal, nunca podem ser paralelas porque paralela nunca se encontra.*” (Enfermeiro D)
- “ (...) *São dois conceitos que não se devem separar mas sim, complementar-se. Como tal, nunca podem ser paralelas porque paralela nunca se encontra.*” (Enfermeiro D)
- “ (...) *Devem ser práticas complementares.*” (Enfermeiro D)
- “*Sempre um complemento, porque eu acho que a base é a mesma.*” (Enfermeiro D)
- “ (...) *Um complemento poderão ser.*” (Enfermeiro C)

**Quadro 24:** Unidades de registo da categoria “Enquadramento das Medicinas Paralelas” (Enfermeiros)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Caracterização das Medicinas Paralelas	Alternativas	2	7,7
	Base da medicina científica	2	7,7
	Complementares	4	15,4
	Desafio	2	7,7
	Diferenciadas	1	3,8
	Em crescimento	1	3,8
	Fase de mudança	3	11,5
	Oposto à medicina farmacológica	1	3,8
	Paralelas	3	11,5
	Profissionais autónomos	1	3,8
	Tradicional	2	7,7
	Tratamento não-convencional	4	15,4
		Total	26
Legitimidade das Medicinas Paralelas	Aspectos económicos	1	5,0
	Credibilidade	1	5,0
	Educação da população	2	10,0
	Importância da existência de cursos superiores em medicinas paralelas	3	15,0
	Importância da regulamentação de algumas práticas paralelas	4	20,0
	Intervenção do Estado	2	10,0
	Políticas sociais	1	5,0
	Reconhecimento pela medicina científica	3	15,0
	Resultados obtidos	2	10,0
	Uma "esperança"	1	5,0
		Total	20

Fonte: entrevista

Para outros, são consideradas medicinas paralelas (11,5%) e que estão em fase de mudança (11,5%):

- “Se for utilizado paralelamente, há medicinas que são utilizadas paralelamente (...)” (Enfermeiro A)

- “Não diria para já que o futuro fosse brilhante, (...) ainda está em estado embrionário mas está encaminhado.” (Enfermeiro A)

Com menor frequência, alguns consideram que são alternativas (7,7%), tradicionais (7,7%), um desafio à medicina convencional (7,7%) e a base da medicina científica (7,7%):

- *“Um desafio sim, (...) a pretensão é essa (...) futura.”* (Enfermeiro A)
- *“ (...) Uma coisa que funciona em comum, não é, uma coisa em paralelo. A medicina alternativa seria uma coisa que substituisse. (...) ambas se complementam, quer dizer, a medicina paralela pode ser alternativa e vice-versa.”* (Enfermeiro B)
- *“Para caracterizar a medicina tradicional ou alternativa como medicina paralela, estaríamos a fazer uma dicotomia entre a medicina farmacológica/científica que temos hoje e a medicina alternativa com raízes bem mais antigas e que (...) são as bases da medicina moderna.”* (Enfermeiro D)

As restantes unidades de registo foram referidas pontualmente. O enfermeiro C considera que são diferenciadas e que estão em crescimento:

- *“ (...) Existem algumas diferenças, (...) não são tão à base de fármacos.”*
- *“Eu penso que está a crescer, já existe em vários pontos onde há formação sobre essas medicinas e que a única coisa que falta é realmente educar a população para acreditarem nelas.”*

O enfermeiro D refere que são exercidas por profissionais autónomos:

- *“Em relação a outros tipos de tratamento, eu acho que já há outros profissionais que acabam por receitar ou ser autónomos na prescrição (...). Alguns profissionais já são autónomos nisso.”*

Quando interrogados acerca da legitimidade das medicinas paralelas, uma parte significativa dos enfermeiros considera importante a regulamentação de algumas práticas paralelas (20%), o reconhecimento pela medicina científica (15%), bem como a existência de cursos superiores em medicinas paralelas (15%):

- *“Tudo aquilo que vá para além das aplicações tópicas. Por exemplo, a acupunctura deve ser regulamentada, a homeopatia talvez, tudo aquilo, por exemplo, um chamado endireita acho que também devia ser regulamentado porque não tem lógica andar a fazer tracções e tratamentos de luxações sem ter uma regulamentação pelo menos a nível do conhecimento do corpo humano. Agora, tudo aquilo que vai das mezinhas e*



*das aplicações tópicas, penso que isso não valeria a pena ser regulamentado porque toda a gente o fará ser regulamentação.”* (Enfermeiro B)

- “ (...) *A medicina convencional, nós vamos à farmácia comprar um medicamento e ele pode ter desconto quando é prescrito por um médico. A paralela, aquilo nunca é prescrito por ninguém. (...) Um “curandeiro” perfeitamente legalizado, que pudesse propor legalmente uma medicina alternativa (...) poderia haver aí alguns com descontos.”* (Enfermeiro B)

- “ (...) *Se as medicinas paralelas forem regulamentadas, no início vai depender da publicidade que fizerem em volta da questão. As pessoas vão aderir ou não, vão substituir a convencional pela paralela, e isso depende do impacto que ela tiver na população e na sociedade.”* (Enfermeiro B)

- “ (...) *Têm de ser regulamentadas.”* (Enfermeiro C)

- “ *Se estamos a falar da regulamentação de determinada prática, essa pratica deve ser obviamente ministrada por profissionais treinados e formados nessa mesma área.”* (Enfermeiro D)

- “*A regulamentação é sempre importante.”* (Enfermeiro D)

Com menor significância, alguns enfermeiros consideram necessário a intervenção do Estado (10%), a educação da população (10%) e outros salientam que a legitimidade depende dos resultados obtidos (10%):

- “ (...) *Se houver e estiverem descritos bons resultados, (...) vai ser um desafio, vai ser um concorrente à altura. Se por outro lado, os resultados não forem bons, (...) não é um concorrente à altura.”* (Enfermeiro B)

- “*A credibilidade.”* (Enfermeiro B)

- “ (...) *É o caminhar, (...) no nosso país, (...) não tem assim grande experiência nessas áreas. Quando começar a haver, que uma maior, digamos que adesão, eu acho que o impacto será maior, porque haverá mais resultados.”* (Enfermeiro C)

Segundo estudos da OMS (1984), um dos factores que intervém na saúde de uma população é o aspecto económico, uma vez que permite a satisfação das necessidades básicas da vida, incluindo as necessidades de saúde.

Na realidade, as dimensões sócio-económicas, políticas e culturais exercem impacto na promoção da saúde. Nesta perspectiva e com menor significância,

obtivemos respostas relacionadas com a política social, os aspectos económicos e a credibilidade. Embora as políticas sociais sejam referenciadas por um caso pontual é de salientar o importante papel que estas têm na formação das atitudes sociais perante as políticas de saúde.

Apesar de todos os constrangimentos políticos e económicos, o enfermeiro D considera que as medicinas paralelas são uma “esperança”:

- *“ Eu acho que estão em expansão, embora ainda estejam em «esperança» (...) expressão que vou utilizar é um bocado na clandestinidade mas cada vez mais se vê uma adesão tanto da população em geral como dos vários profissionais de saúde a esse tipo de medicinas alternativas, complementares e paralelas.”*

No sentido de analisarmos a prestação de cuidados a partir dos discursos os enfermeiros, elaborámos as sub-categorias “procura de cuidados” e “sistema de saúde português” com as respectivas unidades de registo que se podem observar no quadro 25.

Considerando que a saúde mundial está em situação temporária de crise, determinada, entre outros factores, pela incapacidade da prestação de cuidados para satisfazer as necessidades de saúde das populações, quando questionados acerca do Sistema de Saúde Português, uma parte significativa dos enfermeiros respondeu que existe pouca intervenção do Estado (30%) e que o Sistema de Saúde vigente orienta a prestação de cuidados para a medicina científica (20%), como refere o enfermeiro B:

- *“O sistema de saúde português (...) encaminha as pessoas para a medicina científica, não as encaminha para a medicina paralela.”*

O elevado grau de prioridade atribuído à intervenção do Estado no sector da saúde pode dever-se à visibilidade que o sector tem. Como tal, o facto de a saúde ser representada através do serviço governamental, demonstra que uma das condicionantes para falar de saúde é a qualidade dos serviços prestados. Verificamos que os enfermeiros atribuem importância à necessidade do estado intervir na regulamentação das práticas de saúde, como refere o enfermeiro D:

- *“A intervenção do Estado será sempre necessária, porque a intervenção do Estado é a base essencial da regulamentação de qualquer profissão a nível da saúde.”* (Enfermeiro D)



**Quadro 25:** Unidades de registo da categoria “Prestação de Cuidados” (Enfermeiros)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Procura de Cuidados	Oculto das medicinas paralelas	1	6,7
	Recurso à acupunctura	1	6,7
	Recurso a chás	2	13,3
	Recurso à homeopatia	1	6,7
	Recurso a outros profissionais de saúde	3	20,0
	Recurso a remédios caseiros	2	13,3
	Recurso aos amigos, vizinhos e familiares	1	6,7
	Recurso simultâneo à medicina convencional e às medicinas	4	26,7
	Total	15	100,0
Sistema de Saúde Português	Desadequação entre oferta e procura	1	10,0
	Gratuito	1	10,0
	Ideal	1	10,0
	Necessidade de ultrapassar resistências	1	10,0
	Orientação para a medicina científica	2	20,0
	Pouca intervenção do Estado	3	30,0
	Tendência para os tratamentos não-convencionais	1	10,0
	Total	10	100,0

Fonte: entrevista

Um aspecto que chama a atenção ao analisar as respostas obtidas é o que aponta para a desadequação que existe nos serviços públicos de saúde, entre a oferta de programas e as necessidades de saúde da população, o que é visível no seguinte discurso:

- “ (...) *Muita oferta de prestação de cuidados e de bens (...) pouca selecção na escolha, (...) a utilização é um bocado arbitrária, não temos uma selectividade correcta na prestação, nos bens que são oferecidos em termos de saúde.*” (Enfermeiro A)

Esta observação acerca do Sistema de Saúde Português reflecte conteúdos da representação, associada à realidade do momento em que foram realizadas as

entrevistas. Contudo, o enfermeiro D considera que o Sistema de Saúde Português é o ideal porque é gratuito, mas que há necessidade de ultrapassar resistências:

- *“O sistema de saúde português em termos teóricos é o sistema de saúde ideal, mas é o sistema ideal na teoria. Um sistema de saúde tendencialmente gratuito e seria sempre o ideal para toda a população. Mas do passar da teoria para a prática é sempre bem mais complicado tendo em conta que os próprios gestores do sistema são humanos e como humanos também erram e têm todas as, chamemos-lhe falhas, que os seres humanos têm. (...) De uma forma diferente e com uma cultura organizacional diferente continua a ser um bom sistema.”*

- *“O impacto na medicina convencional eu acho que será positivo, porque (...) qualquer complementaridade em que o bem-estar do doente ou de quem necessita de cuidados, seja maior ou melhor, será sempre positivo. (...) Há vários tabus e várias resistências a ultrapassar, (...) até hoje a sua generalidade, tirando casos esporádicos de práticas pouco recomendáveis. Eu acho que até agora tem sido positivo e vai continuar a ser positivo desde que exista um respeito pelas várias práticas.”*

Relativamente à procura de cuidados de saúde, uma parte significativa dos enfermeiros refere que os indivíduos recorrem em simultâneo à medicina convencional e não-convencional (26,7%) e alguns consideram que recorrem a outros profissionais de saúde (20%):

- *“Conheço pessoas que (...) em paralelo com a medicina convencional, tomam as tais infusões e fazem essas mezinhas em paralelo para ficarem melhores.”* (Enfermeiro B)

- *“Os endireitas também há muito (...).”* (Enfermeiro C)

No âmbito das medicinas paralelas, verificámos que algumas práticas são mais conhecidas e mais procuradas do que outras. O recurso a remédios caseiros (13,3%) e a chás (13,3%) são as práticas mais referidas:

- *“ (...) Medicamentos tradicionais há (...)”.* (Enfermeiro C)

- *“Uma das alternativas da população que abrangia o Centro de Saúde era a alternativa dos remédios caseiros, que alguns deles tinham o seu fundo e que alguns deles tinham por base um uso de plantas e um uso de outras substâncias contidas em determinados produtos caseiros, que são utilizados um bocadinho desprezados pelas*

*áreas especializadas em medicinas alternativas. Depois o que eu notei que era mais utilizado, era sem dúvida a acupunctura e era os chás.”* (Enfermeiro D)

Ainda no âmbito dos saberes tradicionais, é feita referência ao recurso a amigos, familiares e vizinhos, que muitas vezes são os principais transmissores destes conhecimentos. Já mais distante dos saberes populares e tradicionais, é mencionada a acupunctura e a homeopatia:

- “ (...) *Curandeiros não lhe sei dizer se vão ou não. Por exemplo, que possam ir à homeopatia, (...) sou capaz de conhecer alguém que vá. (...) Sei de pessoas que vão.*” (Enfermeiro C)

Embora muitos indivíduos recorram a práticas paralelas, o enfermeiro B refere que geralmente ocultam este acto:

- “*As outras que vão mais à frente, ocultam, no meu ponto de vista. Por exemplo, no tratamento de úlceras de perna, sei de pessoas que conhecem as outras pessoas que vão aos curandeiros mas que não dizem quem é, e que depois recorrem a mim, às vezes com maus, outras vezes, bons resultados, mas também nunca dizem quem é. Ocultam, simplesmente.*”

Na realidade, todas as práticas de saúde, sejam convencionais, paralelas ou populares têm em comum o facto de ajudar a natureza a defender-se, fornecendo formas ao indivíduo que o ajudem a defender-se melhor da doença.

#### **4.2.2. Cenários do quotidiano de trabalho numa comunidade**

Hoje em dia, a doença encontra-se nas mãos da medicina, mas permanece um fenómeno que transcende em todas as vertentes. Não é simplesmente a doença que leva a consultar o médico. A doença continua a ser um acontecimento infeliz que modifica a vida individual, familiar, profissional e social.

No quotidiano do trabalho na comunidade, os enfermeiros têm de responder ao desafio de completar a perspectiva médica, através de uma outra intervenção que permita alargar o campo dos cuidados de saúde, com vista à melhoria da qualidade de

vida. Para responder a este desafio é fundamental utilizar métodos e conceitos precisos que garantam uma complementaridade relativamente à perspectiva médica, de modo a qualificar os cuidados prestados.

A perspectiva do indivíduo inserido no seu ambiente e no seu meio de vida corre o risco de perder-se com a medicalização dos cuidados, que ignora as representações e a função simbólica dos acontecimentos. Para evitar tal situação, os enfermeiros inseridos numa determinada cultura, têm de compreender de que modo os indivíduos respondem às necessidades da vida tal como preconiza Collière (1991), trata-se de “aprender a compreender”. (Abdelmalek e Gérard, 1995).

No sentido de caracterizar o dia-a-dia do trabalho de enfermagem, os enfermeiros foram questionados acerca de aspectos relacionados com as categorias: “intervenção multicultural”, “intervenção na comunidade” e “organização do trabalho comunitário”, a partir das quais foram criadas diferentes sub-categorias que apresentamos no quadro 26.

É ponto assente que os cuidados de enfermagem numa perspectiva comunitária ajudam os indivíduos e famílias a dar uma dimensão conveniente aos seus desejos e às suas necessidades de saúde, de modo a solucionar certos problemas no plano social, emocional e psicológico.

**Quadro 26:** Categorias e Sub-categorias das unidades de contexto da dimensão “Enfermagem na Comunidade” (Enfermeiros)

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	unidades	%	% total	
Enfermagem na Comunidade	Intervenção Multicultural	Constrangimento das Práticas	10	66,7	19,2	
		Diversidade Cultural	5	33,3	9,6	
		Sub-Total 1	15	100,0		
	Intervenção na Comunidade	Gestão e Estratégias de Intervenção	10	71,4	19,2	
		Impacto da Intervenção Comunitária	4	28,6	7,7	
		Sub-Total 2	14	100		
	Organização do Trabalho Comunitário	Perfil e Papel da Enfermagem	16	69,6	30,8	
		Reconhecimento Social	7	30,4	13,5	
		Sub-Total 3	23	100		
			Total	52		100

Fonte: entrevista

A actuação da Enfermagem na comunidade enfatiza o estabelecimento de relações e está centrada na prestação de cuidados ao indivíduo, família e comunidade, inseridos num ambiente humano que vai determinar a saúde em função do bem-estar e da doença.

O sentido que o enfermeiro dá à sua prática, segundo Basto e Portilheiro (2003), está relacionado com o conceito de cuidados de enfermagem, com a forma como o enfermeiro concebe a saúde e o ambiente, assim como, com a concepção que tem de pessoa, como sujeito dos seus cuidados. Estes conceitos são considerados de tal forma centrais que foram designados de “metaparadigma”, no sentido de estarem acima dos vários paradigmas com que se pode perspectivar o cuidar em enfermagem e que foram identificados em estudos de enfermagem ao longo o tempo. (Fawcett, 1984)

No trabalho comunitário, para compreender o doente, é necessário conhecer a natureza integral do ser humano, tanto saudável como portador da doença, porque é sobre ele que vai incidir o tratamento.

Também Abdelmalek e Gérard (1995:96) referem que “*o saber da Enfermagem constitui-se através da descrição das situações de cuidados (etnografia), da procura de significado de cada situação (etnologia) e, por fim, da identificação das continuidades da abordagem em situação de cuidados (antropologia)*”.

Os cuidados de enfermagem na comunidade incluem como orientações para a prática de enfermagem, a orientação para a saúde pública e a orientação para a prevenção da doença. Apesar das preocupações sociais, o objectivo da intervenção comunitária é sempre a manutenção da saúde da pessoa.

Na prestação de cuidados de saúde primários, o enfermeiro inclui a avaliação das necessidades e a intervenção comunitária, considerando o indivíduo como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Este paradigma assume os fenómenos humanos como complexos e em constante mudança. Como tal, a saúde encontra-se integrada na vida da pessoa, família e grupos sociais em relação com o ambiente.

Os cuidados de saúde primários e a organização do trabalho comunitário visam assegurar uma vasta gama de serviços, desde a promoção da saúde aos cuidados curativos, de reabilitação e apoio, de modo a responder às necessidades das populações. No nosso estudo, para caracterizar a organização do trabalho comunitário em redor do “perfil e papel da Enfermagem” e do “reconhecimento social” do enfermeiro,

elaborámos as seguintes unidades de registo de acordo com as evocações verbalizadas durante as entrevistas:

**Quadro 27:** Unidades de registo da categoria “Organização do Trabalho Comunitário” (Enfermeiros)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Perfil e Papel da Enfermagem	Cuidados Continuados	2	12,5
	Educação para a Saúde	1	6,3
	Gestão de recursos humanos	1	6,3
	Gestão de recursos materiais	1	6,3
	Prevenção e tratamento	3	18,8
	Saúde Escolar	3	18,8
	Saúde infantil	2	12,5
	Vacinação	2	12,5
	Visitação domiciliária	1	6,3
	Total	16	100,0
Reconhecimento Social	É reconhecida pelos outros profissionais de saúde	1	14,3
	É reconhecida pelos utentes	4	57,1
	Nem sempre é reconhecida pelos médicos	2	28,6
	Total	7	100,0

Fonte: entrevista

Como constatamos no quadro anterior, na população estudada são diversas as actividades desenvolvidas pelos enfermeiros de saúde comunitária. Tendo em conta o seu perfil e papel na comunidade, os cuidados prestados pelos enfermeiros visam fundamentalmente a assistência através de actividades de promoção e prevenção da saúde ou de reabilitação, com funções profiláticas e curativas, como referem 18,8% dos entrevistados.

Pelas expressões utilizadas, verificamos que existe uma valorização do cuidado preventivo, o que demonstra uma preocupação pela prevenção e autocuidado para a manutenção do estado de saúde. A prevenção, de alguma maneira, normatiza a saúde de um indivíduo e pode contribuir para comportamentos relacionados com a manutenção da saúde.

A Saúde Escolar é uma das actividades referenciadas por 18,8% dos enfermeiros, a Saúde Infantil por 12,5%, bem como os Cuidados Continuados (12,5%) e a Vacinação (12,5%).

Na área da visitação domiciliária, referida por um caso pontual (6,3%), é de salientar a relação que o enfermeiro estabelece através da visita ao domicílio, encarada no sentido de orientar, ensinar e apoiar, de acordo com as necessidades específicas de cada situação. A Educação para a Saúde e a Gestão de recursos humanos e materiais são outras das actividades referidas, embora com menor significância.

Os profissionais de saúde de primeira linha trabalham directamente com o indivíduo, família e comunidade que beneficiam de cuidados de enfermagem com base numa visão integradora, interactiva e adaptada, de modo a satisfazer as necessidades de saúde. Em relação ao reconhecimento do trabalho desenvolvido, grande parte dos enfermeiros refere que o seu papel e perfil é reconhecido pelos utentes (57,1%):

- “ (...) *Algum trabalho sim «é reconhecido».*” (Enfermeiro A)

- “*O meu é! (...) ambicionamos sempre que sejamos mais reconhecidos, mas penso que prefiro pensar que somos bem reconhecidos pelos utentes.*” (Enfermeiro B)

Na intervenção comunitária, o enfermeiro intervém em parceria num processo inter-relacional, quer com os utentes, quer com os restantes elementos da equipa de saúde. No entanto, o papel do enfermeiro não é equilibrado pela voz autêntica dos outros profissionais de saúde. Assim sendo, 28,8% referem que os médicos nem sempre reconhecem o seu trabalho, como refere o enfermeiro A:

- “ (...) *Da parte da área médica, nem sempre esse trabalho é reconhecido como um trabalho de parceiro e com a devida importância, um trabalho de parceria.*” (Enfermeiro A)

Contudo, 14,3% referem que é reconhecido pelos outros profissionais de saúde. A prestação de cuidados continuados é uma actividade com ênfase em cuidados de saúde primários, mas por vezes, os utilizadores tendem a sentir-se mais próximos do enfermeiro do que de alguns dos seus pares, o que leva a pensar que poderá ser uma das razões pela qual o enfermeiro é reconhecido com distinção.

#### **4.2.2.1. Notas de Campo**

No processo de aproximação dos entrevistados para a compreensão da vida quotidiana na comunidade de “Clamores”, bem como a intervenção comunitária do enfermeiro de cuidados continuados, realizámos um diário de campo que apresentamos neste ponto, ainda que de forma sumária. O diário de campo consiste num registo sistemático das actividades em campo que descreve sucintamente o modo como foram estabelecidos os contactos com os entrevistados e as estratégias de aproximação utilizadas para a realização das entrevistas. A sua presença neste ponto permite-nos ilustrar melhor o mosaico simbólico-valorativo da realidade do contexto estudado, bem como o perfil da interacção com os actores do terreno. Relativamente ao dia-a-dia do enfermeiro de cuidados continuados, apresentamos um pequeno resumo de um dia do seu trabalho.

#### **Diário de Campo**

##### **1 de Março de 2006**

No primeiro dia de trabalho de campo, estabeleci contacto com o informante privilegiado, o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados continuados na extensão do Centro de Saúde de “Clamores”, Extensão/Pólo do Centro de Saúde de Torres Vedras. Neste contacto, procurei identificar o tipo de população existente para verificar se reunia os critérios de selecção da amostra. Assim sendo, expliquei a finalidade da investigação que pretendia desenvolver, os motivos e interesses por realizar a colheita de dados naquela região rural. Na realidade, “Clamores” é uma freguesia do concelho de Torres Vedras que engloba as características da comunidade que pretendo investigar.

Tendo em conta, a importância e pertinência dos contributos da investigação para a Saúde Comunitária em geral, e para a Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários em particular, o enfermeiro de cuidados continuados mostrou-se disponível e interessado no estudo. Com o seu consentimento, foi marcado o dia para conhecer a comunidade e o trabalho comunitário desenvolvido pelo enfermeiro.



## **7 de Março de 2006**

Nesta época do ano, alternam dias de chuva com dias de sol, embora as temperaturas ainda sejam baixas e o frio se mantenha, além da humidade é característica desta região. Hoje, o dia amanheceu com o sol a espreitar entre as nuvens cinzentas.

Após o meio-dia, dirigi-me a “Clamores”, uma aldeia localizada no interior do concelho de Torres Vedras entre campos de culturas agrícolas, que nesta época são preenchidos com produtos hortícolas e as vinhas onde começam a florescer as folhas. No início da aldeia, visualiza-se a junta de freguesia, o centro paroquial e mais à frente a igreja.

O Centro de Saúde fica localizado a meio da aldeia, cerca de 700 metros depois da junta de freguesia. Eram 14 horas quando cheguei, mas uma vez que o Centro de Saúde fecha para hora de almoço, ainda se encontrava encerrado, pelo que esperei no átrio.

Aqui, tive a oportunidade de conhecer os enfermeiros responsáveis (dois) e a enfermeira coordenadora desta extensão. Para além de conhecer a comunidade através de informações fornecidas pelos enfermeiros e do que observei, tive a oportunidade de realizar três entrevistas aos prestadores de cuidados de saúde primários que demonstraram disponibilidade para colaborar no estudo.

Através do informante privilegiado, que entretanto já tinha seleccionado alguns indivíduos, nesse mesmo dia entrevistei um utente naquele Centro de Saúde.

Posteriormente, foi marcado um dia para acompanhar o informante privilegiado na prestação de cuidados continuados, de modo a conhecer a organização e gestão do trabalho comunitário.

Neste dia, percorri a freguesia de “Clamores” de carro, procurando delimitar o espaço geográfico, conhecer os nomes das aldeias, de algumas ruas e obter um primeiro olhar sobre a dinâmica da comunidade. Com um mapa da área, conseguido na Câmara Municipal de Torres Vedras, circulei pelas aldeias da freguesia procurando identificar as ruas no meu mapa. Na verdade, fiquei um pouco preocupada com as dimensões e diversidade da freguesia que embora seja predominantemente rural, já se observam bastantes tendências de modernização e urbanismo.

## 9 de Março de 2006

Tendo como ponto de partida o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro responsável pelos cuidados continuados, acompanhei-o na visita domiciliária, onde presta os cuidados continuados aos utentes do Pólo de Dois Portos, porque embora exerça funções na Extensão de “Clamores” do Centro de Saúde de Torres Vedras, presta cuidados continuados no Pólo de Dois Portos.

Durante o percurso realizado de domicílio em domicílio dos vários utentes, observei as pessoas, as próprias residências, por vezes com deficientes condições habitacionais, onde conversei com os diversos indivíduos, familiares e elementos cuidadores, com os quais fui estabelecendo relações de empatia.

Inicialmente, sentia-me uma “estrangeira”, as pessoas olhavam-me e não me sentia nada à vontade, sensação esta que foi rapidamente ultrapassada, pois as famílias visitadas eram muito simpáticas e acolhedoras.

Nesse mesmo dia, o informante privilegiado tinha seleccionado um domicilio em que os residentes reuniam os critérios de selecção para a minha investigação e como tal, ao organizar o percurso da visita domiciliária, este domicilio seria o último, de modo que eu pudesse ficar para realizar a entrevista, uma vez que os residentes já estavam informados que eu iria estar presente nesta visita domiciliária.

Assim sendo, fui apresentada à Entrevistada B, a qual era esposa de um utente dos cuidados continuados e que na verdade, já contava com a minha presença. Dirigiu-se na minha direcção como se já me conhecesse e mostrou-me a casa, os animais de criação, as hortas e o jardim, ao mesmo tempo, foi-me contando como era o seu dia-a-dia naquela casa e naquela aldeia. Referiu que o enfermeiro dos cuidados continuados já tinha explicado o meu estudo e que estava disposta a responder ao que fosse necessário. E assim, realizei a entrevista.

Após terminar a entrevista, demonstrou necessidade de se deslocar à cidade de Torres Vedras mas uma vez que o horário dos autocarros era reduzido, transportei-a até à cidade para onde me dirigia a seguir. Durante o percurso, algumas questões da entrevista foram aprofundadas e fez referência a vizinhos, amigos e familiares com experiências semelhantes, como o caso da sua vizinha, que tinha experiências de saúde e doença com recurso à medicina não convencional.

Então, perguntei se a vizinha não se importaria de responder às mesmas questões. Respondeu-me que ela estaria disposta para ser entrevistada, pois até já tinha conversado com ela acerca da minha investigação, após ter sido informada pelo enfermeiro do Centro de Saúde.

### **13 de Março de 2006**

Após a entrevistada C ter conhecimento do meu estudo através da entrevistada B e do informante privilegiado, dirigi-me a casa desta. Antes de bater à porta, tive a sensação de estar a “pisar o terreno de outros” e quando a porta se abriu tive novamente a sensação de que era uma “estranha”. Contudo, esta sensação rapidamente desapareceu, logo que me apresentei e informei do motivo por a ter procurado, a qual já tinha conhecimento.

Fui convidada a entrar e encaminhada para uma divisão da casa que ficava ao fundo do corredor escuro. O quarto de costura tinha uma janela aberta para a rua tornando-o bastante iluminado pela luz do sol. Contou-me que era costureira antes de o marido adoecer e ficar acamado. Foi nesse local que conversámos e realizei a entrevista.

Neste contacto, tive conhecimento de uma amiga que perante uma situação de doença grave (cancro) também tinha recorrido à vidente, para além dos tratamentos de quimioterapia baseados na medicina científica. Deste modo, procurei obter informações de como e onde encontrar essa senhora.

Ainda nesse mesmo dia, procurei dirigir-me ao local onde esta residia, mas entre caminhos, ruas e ruelas, sem ter o nome da rua, não consegui encontrar a casa azul e branca com cortinas na porta principal, como me tinha descrito a entrevistada C. Pelo avançar da hora, decidi regressar noutro dia.

Neste percurso pelas ruas da aldeia e pelas aldeias vizinhas, observei os indivíduos da comunidade, pessoas simples e simpáticas, que quando viam alguém, cumprimentavam com um aceno de mão ou um gesto da cabeça. Nesta comunidade rural onde já se verificam algumas tendências urbanas, observei os idosos junto às suas residências e os mais jovens a trabalhar nos campos agrícolas. Em alguns campos, havia rebanhos de ovelhas, cabras e junto a algumas casas, havia galinheiros.

Na verdade, não vi crianças porque provavelmente estavam nas pequenas escolas primárias com uma porta, três janelas e alguns baloiços e escorregas nos pátios.

O retrato desta comunidade rural situada a cerca de 20 Km da cidade de Torres Vedras, situada entre terrenos agrícolas.

### **27 de Março de 2006**

Cerca de duas semanas depois, regressei à aldeia e enquanto me dirigia pela estrada principal, uma das poucas alcatroadas, encontrei a entrevistada C que imediatamente me reconheceu. Parei o carro e fui cumprimentá-la. Após uma curta conversa, expliquei-lhe que não tinha encontrado a residência da amiga que me tinha indicado e que estava ali de novo, na esperança de encontrar. Tal como tinha sido durante a entrevista, simples e disponível, indicou-me os caminhos que devia percorrer até encontrar uma casinha branca, com riscas azuis e fitas na porta.

Seguindo as suas orientações, encontrei a tal casa. Como não havia campainha, chamei pelo nome da senhora mas não obtive resposta e pensei que tinha-me enganado ou que não estava ninguém em casa. Permaneci cerca de 20 minutos a observar aquela rua inclinada e estreita, na qual eu me encontrava no topo. O carteiro desceu-a na sua mota que mais parecia uma bicicleta, porque o motor ia desligado. Chamei mais umas vezes, sempre sem resposta.

Não vi mais ninguém e pensei que o melhor seria desistir. De qualquer forma, estava a aproveitar estas visitas às aldeias para conhecer melhor a realidade, mediadora do meu interesse. De repente, ao fundo da rua vejo uma senhora a subir em passo apressado e chamei-a pelo nome que me tinham indicado. Como se eu fosse familiar e já me conhecesse, respondeu dizendo que o carteiro lhe tinha dito que estava uma “menina” à porta da sua casa. Expliquei-lhe quem era e o motivo porque estava ali. Mostrou-se muito interessada e começou a falar sobre a sua vida, os seus problemas de saúde e os tratamentos a que tinha sido submetida. Entretanto, senti necessidade de direccionar a entrevista e com o seu consentimento iniciei a gravação da entrevista.

### **3 de Abril de 2006**

Na semana seguinte, através das informações e indicações do informante privilegiado, que não pode acompanhar-me devido a incompatibilidades pessoais e profissionais, procurei a residência do entrevistado E, o qual já tinha sido informado do meu estudo.

Desta vez, era numa outra aldeia no cimo de uma serra, com poucas casas mas acolhedora. Seguindo as informações fornecidas pelo informante privilegiado, encontrei a casa do entrevistado E, o qual se encontrava à porta sentado numa cadeira de rodas. Sem nos conhecermos, reconhecemo-nos pelas informações fornecidas pelo informante privilegiado. Ali mesmo, no átrio da sua casa realizei a entrevista. Pela temperatura agradável naquele local calmo onde se observava a serra e alguns cavalos nos terrenos, permaneci ali cerca de três horas a conversar com o entrevistado E.

### **9 de Maio de 2006**

Passado um mês, regresssei ao Centro de Saúde de “Clamores”, onde conversei com as entrevistadas G e F, duas amigas daquela aldeia que por motivos de doença, tinha recorrido a práticas paralelas distintas.

A colheita de dados sobre as experiências de saúde e doença dos indivíduos que recorreram a práticas paralelas em simultâneo com o recurso à medicina “oficial” estava concluída, mas sentia a necessidade de colher mais dados acerca da intervenção comunitária.

Neste sentido, procurei conhecer um enfermeiro que tivesse exercido actividades de intervenção comunitária naquela comunidade, o qual foi indicado pelo informante privilegiado. Assim sendo, contactei o enfermeiro que actualmente já não prestava Cuidados de Saúde Primários, mas que tinha exercido funções naquela comunidade em 2000/2001. Após ter sido informado do objectivo principal da minha investigação, concordou em colaborar e fornecer os dados necessários.

### **A Vida Quotidiana do Enfermeiro de Cuidados Continuados**

Na prestação de cuidados continuados, o trabalho do enfermeiro responsável tem início às 8 horas e 30 minutos.

Quando chega ao Centro de Saúde, o enfermeiro realiza a orientação do circuito a percorrer para realizar as visitas domiciliárias. Para cada visita domiciliária, dispõe de estojos individuais previamente preparados e com o circuito elaborado prepara-se para carregar o táxi, que chega ao Centro de Saúde cerca das 9 horas.

Durante este período, também recebe e efectua chamadas telefónicas para os utentes, em caso de necessidade.

A visita aos domicílios é realizada no período das 9 horas às 13 horas e 30 minutos, hora a que regressa ao Centro de Saúde.

Após o período de almoço, o trabalho nos cuidados continuados recomeça cerca das 14 horas e 15 minutos. Este período inicia-se com a preparação dos estojos individuais, limpeza dos mesmos e reposição de material. Estes ficam preparados para o próximo dia.

Após a preparação do material e até às 17 horas, há um trabalho de retaguarda, que engloba a realização dos registos de enfermagem nos respectivos processos, a entrada dos novos utentes em programa, a formação dos novos processos, a distribuição dos novos utentes pelos dias da semana, a estatística diária, a continuação da estatística mensal e a informatização dos dados.

O período da tarde também é fundamental para receber os telefonemas dos utentes, tendo em conta que no período da manhã, o enfermeiro esteve ausente.

Este dia de trabalho é finalizado com o pedido de reposição de stocks, a nível de material e a nível de variados impressos indispensáveis para o funcionamento do Pólo.

#### **4.2.2.2. O olhar da enfermagem sobre a intervenção comunitária**

A delimitação do papel do enfermeiro contribui para a concentração de esforços por parte dos enfermeiros, ao desempenharem actividades específicas numa determinada área de intervenção. Neste sentido, os enfermeiros foram questionados acerca da “gestão e estratégias de intervenção” e do “impacto da intervenção na comunidade” como descrito no quadro 28.

A protecção e promoção da saúde não depende exclusivamente dos enfermeiros, pelo que é efectivo integrar outros elementos da comunidade numa perspectiva de partilha e integração de cuidados. No desenvolvimento das suas actividades, consoante a área de intervenção, constatamos que os enfermeiros dão importância ao envolvimento dos pais e escolas no caso da Saúde Escolar (20%):

- “ (...) *Desenvolvido em saúde escola., na área de intervenção. Os parceiros: pais, escolas.*” (Enfermeiro A)

- “ (...) *É a professora e também, os pais, (...) nós poderemos dar um alerta mas se não forem os pais, depois a acompanhar.*” (Enfermeiro C)

**Quadro 28:** Unidades de registo da categoria “Intervenção na Comunidade”  
(Enfermeiros)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Gestão e Estratégias de Intervenção	Elaboração de plano de cuidados	1	10,0
	Envolvimento das famílias	1	10,0
	Envolvimento de outros técnicos de saúde	2	20,0
	Envolvimento dos pais e escolas	2	20,0
	Equipa multidisciplinar só na teoria	1	10,0
	O papel formal do médico	1	10,0
	Organização de projectos de intervenção	2	20,0
		10	100,0
Impacto da Intervenção Comunitária	Resultados a longo prazo	1	25,0
	Resultados positivos	3	75,0
		4	100,0

Fonte: entrevista

Alguns enfermeiros atribuem uma significância ao envolvimento de outros técnicos de saúde (20%):

- “*Os assistentes sociais, as casas do povo, psicólogos, médicos, isto tudo no âmbito dos profissionais.*” (Enfermeiro B)

Os cuidados informais têm grande impacto na intervenção comunitária, porque são pessoas com sentimentos, dúvidas e necessidades, que dão vida a esse papel. Embora seja um caso pontual, o enfermeiro B menciona a importância do envolvimento da família como estratégia de intervenção:

- “*No âmbito do trabalho de enfermagem que eu desenvolvo, também obtenho como parceiros, o próprio doente, a família e no caso dos doentes, a necessidade em casa/acamados, o cuidador principal (...).*”

- “*Prestação de cuidados em parceria com elemento cuidador.*”

- “ (...) *Se formos falar na família e nos elementos cuidadores é conforme a periodicidade que eu lá vou, sempre que eu lá vou tento falar e obter, saber quais são as necessidades.*”

Ao planear as intervenções de enfermagem, o enfermeiro colhe informações sobre as necessidades de saúde existentes e a partir daí, aplica um diagnóstico de enfermagem relacionado com o funcionamento e mecanismos de adaptação, de modo a planear as intervenções com vista à resolução dos problemas ou necessidades expressas. O enfermeiro tem o papel de estabelecer estratégias que permitam a promoção da saúde e neste contexto, uma parte significativa dos enfermeiros refere que organizam projectos de intervenção (20%):

- “ (...) *Através de um projecto de apoio (...)*” (Enfermeiro D)

A referência ao planeamento dos cuidados e às consequências ou resultados dos cuidados de enfermagem, demonstram uma certa reflexão sobre a prática, como menciona o enfermeiro B:

- “ (...) *Faço um plano de cuidados mental acerca das necessidades do utente, se forem necessidades da parte de enfermagem, médica, psicólogo, do assistente social ou do cuidador familiar e assim desenvolvo os meus cuidados.*”

O desenvolvimento da profissão depende do esforço de reflexão sobre a orientação da prática nos cuidados de enfermagem, quer feita a nível das equipas e das associações profissionais, quer a nível do desenvolvimento que cada enfermeiro atinge através da formação inicial e ao longo da vida.

Embora preconize-se que o trabalho comunitário seja realizado com base na intervenção de uma equipa multidisciplinar, é de salientar o facto de esta intervenção ser mencionada como uma intervenção multidisciplinar que só existe na teoria e que o papel do médico é um papel formal, o que é visível no discurso do enfermeiro D:

- “*Não eram bem baseados na intervenção de uma equipa multidisciplinar. Na teoria eram (...)*”.

- “ (...) *Toda a parte médica era apenas o papel formal (...)*”.



O impacto do trabalho comunitário é um factor crucial para a qualidade dos cuidados de saúde, mas os resultados da intervenção comunitária nem sempre são visíveis. No entanto, quando questionados acerca dos resultados da intervenção comunitária, uma parte significativa dos enfermeiros refere que obtém resultados positivos (75%):

- “*Óptimos «resultados».*” (Enfermeiro B)
- “*Têm futuro (...) têm resultados.*” (Enfermeiro C)
- “*(...) Os resultados acabaram por ser mais positivos (...)*” (Enfermeiro D)

Sob o ponto de vista do enfermeiro A, os resultados são obtidos a longo prazo:

- “*Os resultados em termos de prevenção, os resultados obtidos são sempre a longo prazo, é prevenir a doença, isto é, e manter o estado de saúde do indivíduo.*”

A organização e gestão do trabalho comunitário são realizadas com o intuito de mudar uma prática particular para benefício do indivíduo, família e comunidade. Quando a gestão permite uma colaboração inter-sectorial, o potencial da melhoria da qualidade dos cuidados aumenta. Neste sentido, o enfermeiro C refere que:

- “*(...) Nós queremos ganhos em saúde.*”

Na enfermagem prevalece um olhar mensurador sobre as questões de saúde, com ênfase nos aspectos práticos e instrumentais das intervenções dos enfermeiros. As questões de cunho cultural têm passado à margem e quando abordadas, emergem como factores causais ou dificultantes das intervenções.

#### **4.2.3. Impactos multiculturais na organização da prática**

Na organização da prática de cuidados, os enfermeiros constataam com a existência de indivíduos de diferentes culturas, o que conduz a uma série de desafios que têm de enfrentar. Trata-se de uma questão complexa que impõe a necessidade de esforços redobrados ao nível da prestação de cuidados de enfermagem.

Para Laplantine (1991), a concepção da doença conduz a “uma compreensão «metacultural», tanto do diagnóstico, da etiologia, como do tratamento.” Assim, é

possível utilizar o seu contexto cultural para prestar cuidados, mesmo que sejam totalmente estranhos à sociedade na qual se manifesta o sintoma. (Abdlmalek e Gérard: 1995)

A diversidade cultural existente nos nossos dias revela uma realidade social essencialmente como produto de ideias e símbolos, em que as pessoas agem organizadamente para gerar um futuro melhor. No quadro 29 são expostas as unidades de registo obtidas do questionamento acerca da “diversidade cultural” e do “constrangimento das práticas”.

As diversas visões do Mundo estabelecem-se hoje como uma necessidade do enfermeiro orientar a sua acção no sentido do concreto e específico. Na comunidade estudada, constatamos que a diversidade cultural não é um aspecto de grande relevância, uma vez que 40% dos enfermeiros referem a existência de utentes de diversas culturas, face a outros 40% que não consideram a existência de utentes de outras culturas.

**Quadro 29:** Unidades de registo da categoria “Intervenção Multicultural”  
(Enfermeiros)

Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades	%
Constrangimento das Práticas	Barreiras culturais	1	10,0
	Barreiras “linguísticas”	2	20,0
	Dificuldade de deslocação nas visitas domiciliárias	1	10,0
	Dificuldade em contactar com a etnia cigana	1	10,0
	Limitações financeiras	1	10,0
	Limitações materiais	1	10,0
	Pouca intervenção da Sub-região de Saúde	1	10,0
	Sem barreiras culturais	2	20,0
		10	100,0
Diversidade Cultural	Elementos cuidados de diferentes culturas	1	20,0
	Inexistência de utentes de outras etnias	2	40,0
	Utentes de diversos hábitos culturais	2	40,0
		5	100,0

Fonte: entrevista

Contudo, a existência de elementos cuidadores de diferentes culturas é um aspecto evocado pelo enfermeiro B:

- *“Na prática mesmo de utentes não, mas de elementos cuidadores, (...) às vezes não é a família, são indivíduos de outras nacionalidades que estão cá a trabalhar eternamente na casa dessas pessoas.”*

O elemento cuidador será o elo entre a equipa e os restantes elementos da família, pelo que deverá ser uma pessoa significativa não só para o doente, como para toda a família, pelo que deve possuir boas redes de comunicação, o que por vezes pode ser difícil devido às diferenças culturais. Deste modo, as equipas de saúde devem promover as condições necessárias para a integração dos elementos cuidadores.

Embora um caso pontual (10%) refira que existem barreiras culturais, outros enfermeiros (20%) referem que não existem barreiras culturais, como é visível na verbalização do enfermeiro A:

- *“ (...) Não temos encontrado dificuldades (...).”*

Na verdade, a diversidade cultural conduz a constrangimentos das práticas, como as barreiras linguísticas (20%):

- *“ (...) Dificuldades na barreira linguística (...).”* (Enfermeiro B)

- *“ (...) No caso da vacinação (...) temos de enviar as pessoas à embaixada que é para eles nos traduzirem porque sinceramente eu fico a olhar, e não consigo decifrar nada.”*  
(Enfermeiro C)

O ambiente em que o indivíduo está inserido, agrupa os factores externos que podem influenciar a dimensão física e social, sobre o qual, o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle. Por vezes, a multiculturalidade é entendida por multiethnicidade e como tal, face ao questionamento sobre as dificuldades culturais, um enfermeiro referiu que uma das dificuldades é o contacto com a etnia cigana:

- *“ Havia um fecho da cultura cigana que existia na área de abrangência do Centro de Saúde, (...).”* (Enfermeiro D)

Esta confusão entre multiculturalidade e multiétnicidade é também visível no discurso do enfermeiro A:

- *“Culturas asiáticas, culturas ainda que um pouco parecidas com as europeias, mas de países de leste, culturas de históricos portugueses, mas ao mesmo tempo, africanos, brasileiras.”*

Além da questão cultural, no desenvolvimento da experiência profissional, os enfermeiros defrontam-se com situações problemáticas tanto no âmbito dos cuidados de saúde primários, como secundários, relacionadas com aspectos económicos, sociais e com a elevada sobrecarga física e psicológica dos próprios cuidadores.

A diversidade cultural coloca diversas limitações, mas também constatamos com casos pontuais que mencionam a existência de limitações e necessidades a nível material (10%) e financeiro (10%), o que condiciona o trabalho desenvolvido em intervenção comunitária, como é salientado a dificuldade de deslocação nas visitas domiciliárias (10%):

- *“Encontrei bastantes limitações, principalmente em termos materiais e depois em termos logísticos em que o que tínhamos para trabalhar ou o tempo que tínhamos para desempenhar as funções e a abertura, embora isso já estivesse em mudança, mas a abertura que durante grande parte do tempo em que eu lá estive havia para o desenvolvimento de cuidados preventivos e não apenas curativos, foi muito difícil ultrapassar uma certa relutância por parte da direcção de utilizar os meios, principalmente o deslocamento do motorista e o carro para visitas preventivas.”*  
(Enfermeiro D)

Estas necessidades são radicalmente interdependentes, isto é, a realização de uma necessidade a prazo, implica a realização de outras. Mesmo quando contraditórios, os vários objectivos traçados pelos enfermeiros têm que se harmonizar, o que é dificultado pela existência de limitações e barreiras na sua prática.

Outro aspecto mencionado como constrangimento da prática, refere-se à pouca intervenção da sub-região de saúde, o que pode condicionar as condições do trabalho comunitário, uma vez que um trabalho baseado no investimento para a promoção

manutenção da saúde, requer novos esforços que contrariem os efeitos negativos inerentes às condições de trabalho.

De facto, a complexidade da sociedade contemporânea requer uma nova discussão no campo da saúde comunitária, no sentido de aprender a lidar com a incerteza, o flexível, o plural e o descontínuo e de ultrapassar todas as dificuldades e limitações encontradas pelos enfermeiros, pelo que é fundamental criar novas direcções que requerem a construção de princípios. No entanto, para o exercício de uma sensibilidade que tem como referência a experiência de mundos opostos, é fulcral uma perspectiva que atenda a transposição dos mundos, mostrando que são indissociáveis e indispensáveis para a apreensão da realidade.

#### **4.3. Viagem ao núcleo central das representações sociais de auto-gestão da saúde e da doença na comunidade de Clamores**

O estudo das representações da saúde e doença em relação com os comportamentos de auto-gestão da saúde, tem vindo a merecer uma atenção crescente desde que se começou a evidenciar que vários factores de natureza cognitiva medeiam a resposta dos indivíduos aos seus processos de saúde e doença. Na verdade, a representação social como um universo consensual de conhecimentos, produzido pelo indivíduo para poder comunicar e compreender tudo aquilo que lhe é estranho e não familiar, condiciona tanto a procura de cuidados de saúde, como a prática dos cuidados de enfermagem.

Com base nos elementos teóricos citados nos capítulos precedentes, acerca das representações sociais de saúde e doença, pressupomos que dentro das práticas e dos universos representacionais de conhecimentos dos indivíduos e enfermeiros entrevistados, o fenómeno de saúde possa atingir diversos pontos de encontro e confronto.

Pelos conteúdos detectados no contexto das representações sociais da saúde e da doença, bem como dos resultados da análise das estratégias de auto-gestão da saúde na comunidade estudada, torna-se relevante fazer uma comparação entre os conteúdos das representações sociais da comunidade e dos enfermeiros, de modo a compreender a

utilização das determinadas práticas de saúde, neste caso, o recurso às medicinas paralelas.

Segundo a perspectiva do núcleo central das RS, Sá (1996: 148) refere que “*uma representação social só vem a ser adequadamente descrita ou identificada quando, além do seu conteúdo, se apreende também a sua estrutura*”. Na perspectiva de Abric (1994), quando as representações de um mesmo objecto são mantidas por grupos populacionais distintos, só podem ser consideradas diferentes se os seus núcleos centrais tiverem composições diferentes. (Sá, 1996)

Neste sentido, torna-se necessário considerar a perspectiva estrutural das representações e os respectivos esquemas periféricos, porque é na periferia que se vivem as representações sociais do quotidiano e só através desta dialéctica contínua com a periferia, é que o núcleo central das RS funciona.

#### 4.3.1. O perfil dos principais elementos do núcleo central

Para a identificação do perfil dos principais elementos do núcleo central, procedemos ao levantamento inicial dos possíveis elementos do núcleo central através da identificação dos conteúdos mais evocados pelos entrevistados.

Com base no sistema de categorias e quadros construídos anteriormente, constatámos que os utentes da comunidade verbalizaram 256 palavras ou expressões e os enfermeiros verbalizaram 147. Estas palavras ou expressões simplificadas apresentam diferenças de significado e correspondem às perspectivas expressas no discurso dos entrevistados que denunciámos de unidades de registo.

**Quadro 30: Quantificação dos conteúdos das entrevistas**

	<b>Comunidade</b>	<b>Enfermeiros</b>
N.º total de unidades de registo	256	147
N.º médio de unidades de registo por indivíduo	36,6	36,8
N.º de dimensões	2	2
N.º de categorias	6	6
N.º de sub-categorias	14	13
Média das unidades de registo por categorias	42,7	24,5
Média das unidades de registo por sub-categoria	18,3	11,3

Fonte: entrevistas

O quadro 30 construído partir da análise das entrevistas, permite identificar o perfil dos principais elementos do núcleo central. Com base neste quadro e a partir da análise de dados, consideramos que os prováveis elementos do núcleo central são as sub-categorias das unidades de registo que foram expressas com maior frequência pelos entrevistados.

No sentido de identificar o perfil dos principais elementos do núcleo central, construímos o seguinte quadro, onde dispomos as sub-categorias por ordem decrescente consoante as frequências com que foram referenciadas pelos entrevistados.

**Quadro 31: Hierarquia dos conteúdos**

<b>Comunidade (Frequências)</b>	<b>Enfermeiros (Frequências)</b>
Estratégias de Autogestão da Saúde (37)	Caracterização das Medicinas Paralelas (26)
Importância no Contexto Social (23)	Legitimidade das Medicinas Paralelas (20)
Concepção das Medicinas Paralelas (22)	Perfil e Papel da Enfermagem (16)
Tipologia das Práticas em Medicinas Paralelas (22)	Procura de Cuidados (15)
Relações Familiares (21)	Constrangimento das Práticas (10)
Procura de Cuidados de Saúde (19)	Gestão e Estratégias de Intervenção (10)
Principais Doenças (19)	Sistema de Saúde Português (10)
Procura Social das Medicinas Paralelas (17)	Representação Social da Doença (9)
Concepção de Saúde e Doença (17)	Concepção de Saúde e Doença (8)
Ida ao Médico de Família (14)	Reconhecimento Social (7)
Perfil do Prestador em Medicinas Paralelas (12)	Representação Social de Saúde (7)
Causalidade da Saúde e Doença (9)	Diversidade Cultural (5)
Responsável pela manutenção da Saúde (7)	Impacto da Intervenção Comunitária (4)

Fonte: entrevistas

Constatamos que as sub-categorias “concepção de saúde e doença” e “procura de cuidados” são comuns em ambos os grupos de entrevistados, embora com uma frequência diferente.

Para identificar os possíveis elementos do núcleo central, podemos considerar a média das unidades de registo por sub-categoria e a partir deste valor, os elementos com igual ou maior frequência, serão os mais valorizados e assim sendo, os possíveis elementos do núcleo central. Por outro lado, podemos considerar os elementos a partir

da sub-categoria comum. Deste modo, uma vez que a sub-categoria “procura de cuidados” é comum aos dois grupos de entrevistados e corresponde ao valor médio aproximado das unidades de registo por sub-categoria, consideramos como elementos do núcleo central, os conteúdos a partir desta sub-categoria.

Portanto, os aspectos mais relevantes para a comunidade são: Estratégias de Autogestão da Saúde (37); Importância no Contexto Social (23); Concepção das Medicinas Paralelas (22); Tipologia das Práticas em Medicinas Paralelas (22); Relações Familiares (21); Principais Doenças (19) e Procura de Cuidados de Saúde (19).

Para os enfermeiros, os aspectos que consideramos mais relevantes são: Caracterização das Medicinas Paralelas (26); Legitimidade das Medicinas Paralelas (20); Perfil e Papel da Enfermagem (16) e Procura de Cuidados (15).

A partir de unidades de registo expressas com maior frequência, apresentamos os possíveis esquemas periféricos para os respectivos elementos do núcleo central.

**Quadro 32: Elementos do núcleo central das representações sociais**

<b>Comunidade</b>
<b>Estratégias de Auto-gestão da Saúde:</b> Automedicação complexa com prescrição (18,9%); Automedicação simples sem prescrição (16,2%).
<b>Importância no Contexto Social:</b> Existem outras pessoas que curam (30,4%); Diferentes (17,4%); Tem bons resultados (17,4%).
<b>Concepção das Medicinas Paralelas:</b> Crença nos saberes populares (31,8%); Crença nos produtos naturais (22,7%); Crença em feitiços (22,7%).
<b>Tipologia das Práticas em Medicinas Paralelas:</b> "vidente" (crenças, rezas e benzeduras) (22,7%); remédios caseiros (xaropes e mézinhos) (18,2%); chá adequado à doença (18,2%).
<b>Relações Familiares:</b> Vai ao médico de família sozinho(a) (23,8%); Não se sente isolado(a) 19%); Costuma conversar e pedir ajuda ou conselhos a vizinhas e amigos (19%).
<b>Principais Doenças:</b> Patologias cardiovasculares (15,8%), Patologias do foro psicológico (15,8 %); Patologias do sistema génito-urinário (15,8%); Problemas osteoarticulares (15,8%).
<b>Procura de Cuidados de Saúde:</b> Médico de família (31,6%); Médico especialista (31,6%); Medicinas paralelas (21,1%).
<b>Enfermeiros</b>
<b>Caracterização das Medicinas Paralelas:</b> Complementares (15,4%); Tratamento não-convencional (15,4%); Fase de mudança (11,5%); Paralelas (11,5%).
<b>Legitimidade das Medicinas Paralelas:</b> Importância da regulamentação de algumas práticas paralelas (20%); Importância da existência de cursos superiores em medicinas paralelas (15%); Reconhecimento pela medicina científica (15%).
<b>Perfil e Papel da Enfermagem:</b> Prevenção e tratamento (18,8%); Saúde Escolar (18,8%).
<b>Procura de Cuidados:</b> Recurso simultâneo à medicina convencional e às medicinas (26,7%); Recurso a outros profissionais de saúde (20%); Recurso a chás (13,3%), Recurso a remédios caseiros (13,3%).

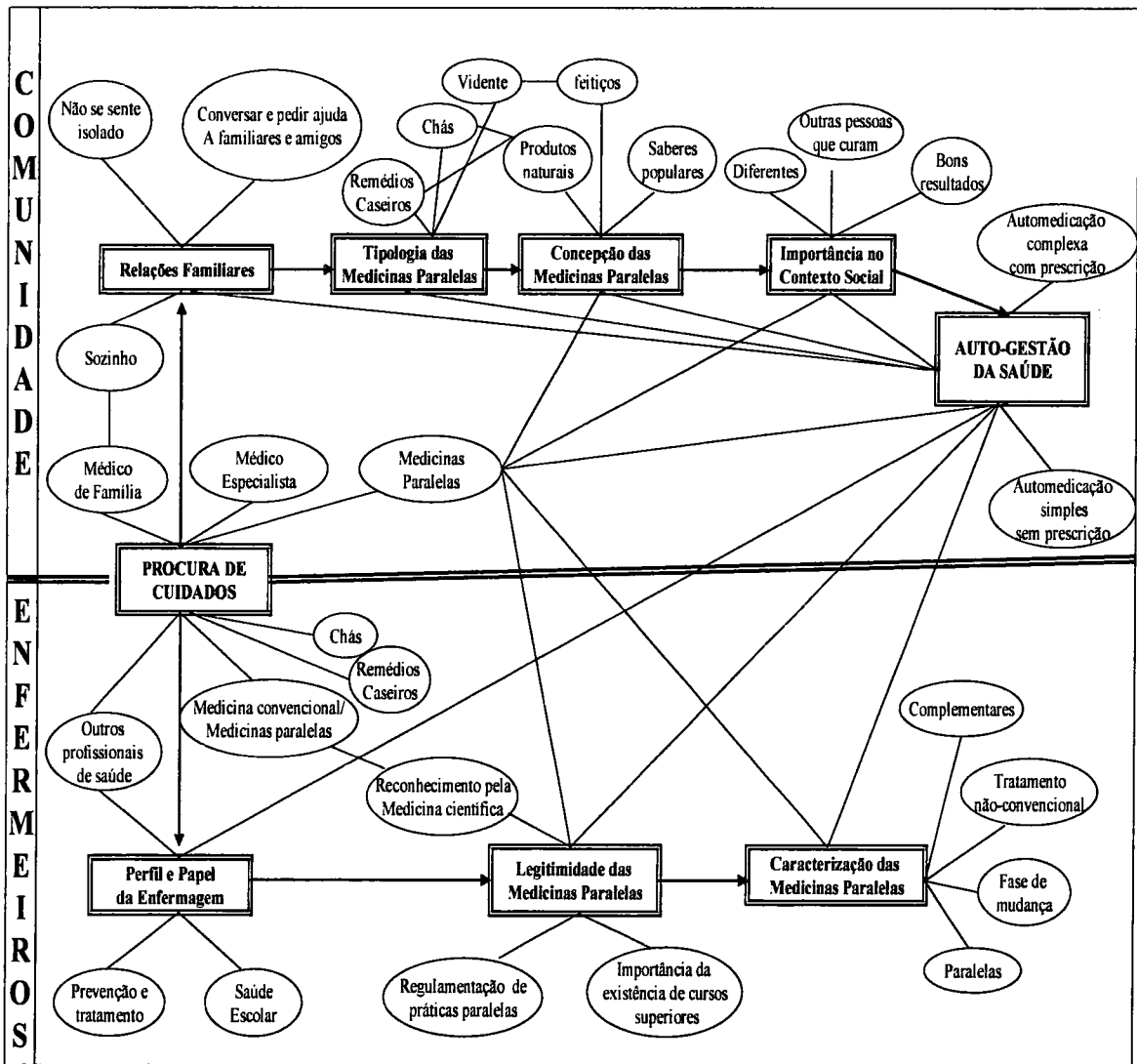
Fonte: Entrevistas



Além desta primeira possível organização do núcleo central, encontram-se outros elementos que ocupam funções teoricamente atribuídas aos esquemas periféricos, os quais fazem a interligação entre a representação e as práticas concretas e específicas implicadas pelo próprio objecto.

Neste momento, estão identificados os aspectos mais relevantes dos esquemas periféricos e do núcleo central. Para compreender as interligações e as relações dos conteúdos mencionados, procedemos à elaboração de um esquema que pretende ser revelador das relações.

**Figura 3: Mapa do núcleo central das representações sociais**



Fonte: autora

Ao procurar apreender os mecanismos dentro do contexto cultural, é possível perceber as representações sociais de saúde e doença no processo de auto-gestão da saúde, isto porque as representações sociais têm propriedades muito próprias, que são descobertas através do estudo das suas relações com os grupos sociais da comunidade onde os indivíduos se encontram inseridos. Através do conhecimento destas propriedades, podemos esclarecer o processo de auto-gestão da saúde.

Na procura de cuidados e no âmbito da relação entre o enfermeiro e o utente, devemos ter em consideração, não só os problemas de saúde, mas também outros aspectos inerentes aos modelos explicativos e às representações relacionadas com a saúde e a doença.

As múltiplas interpretações da saúde e da doença sintetizam-se em constantes experiências da doença sob a influência das culturas populares e das medicinas tradicionais, com tendência para o campo das medicinas paralelas. Se por um lado, os indivíduos da comunidade tendem a dar uma explicação mais popular, os enfermeiros tendem para explicações científicas.

Tendo em conta a Teoria do Núcleo Central Representações Sociais acerca da organização interna das representações sociais, as características dos núcleos periféricos fazem com que os mesmos se integrem melhor às experiências, às histórias dos grupos e ao contexto social da procura de cuidados. Deste modo, suportam melhor as heterogeneidades dos grupos.

Entre as diversas formas de representar a doença e que constituem construções colectivas inconscientes, os indivíduos procedem a uma objectivação e a uma representação da doença, com uma etiologia apreendida e segundo a gravidade dos seus problemas.

Os enfermeiros tendem para conceitos com a harmonia e desarmonia, equilíbrio e desequilíbrio entre o homem e si próprio, entre o doente e a comunidade em que se encontra inserido. Por outro lado, os utentes entendem a doença como um desregulamento, quer por excesso, quer por defeito, que a partir de então têm de se reequilibrar tanto a nível físico, como psicológico e cultural.

Na realidade, constatamos que a procura de cuidados de saúde é realizada com a finalidade de encontrar soluções para problemas de saúde, ou seja, na expectativa de encontrar um tratamento ou cura para a doença que os afecta. Mas será que se realiza no

âmbito da “auto-gestão da saúde” ou da “auto-gestão da doença”? O que é que mobiliza os indivíduos a recorrerem em simultâneo ou isoladamente à medicina oficial, às práticas paralelas e populares? Será que são mobilizados pelas representações sociais de saúde ou de doença?

Quer a saúde, quer a doença sofrem influência de uma cultura, que de acordo com o seu ambiente e estrutura social, contribuem para a construção de uma visão própria de saúde e de doença. Os indivíduos criam os seus próprios conceitos de saúde e doença, também os enfermeiros prestadores de cuidados transculturais na e para a comunidade, têm um olhar sobre a saúde e a doença, ou seja, uma representação social construída e partilhada ao longo da vida. Deste modo, têm uma concepção das medicinas paralelas que directa ou indirectamente, influencia os cuidados prestados, que são sobretudo a nível da prevenção, tratamento e saúde escolar.

De facto, o trabalho comunitário desenvolvido pelos enfermeiros é baseado na gestão das estratégias e recursos dos indivíduos da comunidade, visando a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento da doença. Também no âmbito da intervenção comunitária, constatamos com uma dualidade entre a saúde e a doença, porque surge a dúvida se os enfermeiros prestam cuidados comunitários para uma “auto-gestão da saúde” ou auto-gestão da doença”? Os cuidados prestados são influenciados pelas representações sociais de saúde ou de doença?

No sistema de categorias elaborado a partir da análise do conteúdo das entrevistas, observamos que relativamente à comunidade, as sub-categorias relacionadas com as representações sociais de saúde e doença apresentam unidades de registo mais direccionadas para a doença. Em relação à sub-categoria “concepção da saúde e doença”, as unidades de registo estão relacionadas com o questionamento acerca da doença.

No grupo dos enfermeiros, ao observarmos as unidades de registo das sub-categorias relativas à categoria “percepção da saúde e doença”, constatamos que os enfermeiros percebem tanto a saúde como a doença, colocando-se no papel do utente, cliente ou doente.

De facto, quando abordámos o processo de saúde e doença, referimo-nos a um conjunto de fenómenos que transformam o equilíbrio em desequilíbrio. Deste modo, tanto a procura, como a prestação de cuidados, independentemente de serem baseadas

na medicina convencional ou não, procuram restabelecer o equilíbrio do indivíduo, membro de uma família e comunidade.

Neste sentido, constatamos que quer para os enfermeiros, quer para os indivíduos da comunidade, a gestão dos cuidados de saúde, seja a nível da procura ou da prestação, visa tanto a prevenção e tratamento da doença, como a promoção e manutenção da saúde, no processo contínuo de saúde e doença. Portanto, saúde e doença são interpretadas numa perspectiva paradoxal.

A linguagem das verbalizações é portadora de significados simbólicos, tanto por parte dos que são cuidados, como dos que cuidam. Nesta perspectiva, o campo de representações dos enfermeiros poderá empobrecer, se estes não se esforçarem por decodificar as representações daqueles que cuidam e por esclarecer as suas próprias representações inerentes à própria profissão.

Embora a expressão “auto-gestão da saúde” possa ser considerada inadequada ou incorrecta, a gestão dos cuidados de saúde é uma forma híbrida que além de valorizar a rede formal, também valoriza a rede informal (familiares, vizinhos e amigos) e todas as práticas “não oficiais”. De facto, os indivíduos dispõem de cuidados do sistema oficial, mas são membros de uma família e comunidade, onde dispõem de cuidados informais.

Compreender a visão do sistema de cuidados aproxima o mundo dos utentes do mundo dos enfermeiros e fomenta uma diversidade de reflexões sobre a enfermagem comunitária, tornando a prática profissional mais crítica e criativa, como também, ética, libertadora, transformadora e sobretudo multicultural, capaz de organizar a experiência e a acção humana.

Tanto os indivíduos da comunidade, como os enfermeiros entrevistados, são seres humanos complexos revestidos de uma multidimensionalidade. Na evolução e crescimento está presente um conhecimento, que na maioria das vezes, é fragmentado por disciplinas e não é visível a sua recomposição.

Numa sociedade que pensa, ouve, sente e veste-se de forma diferente, é imperioso a articulação do saber, conhecimento, experiência, comunidade e meio-ambiente num trabalho comunitário colectivo, que traduz a interdisciplinaridade entre as ciências em geral, na sociologia e na saúde em particular.

O ênfase dado às experiências de saúde e de doença, quer na teoria ou na prática, na procura ou prestação de cuidados, na medicina convencional ou nas medicinas paralelas, na auto-gestão da saúde ou na gestão da doença, efectiva um saber e um conhecimento dual, que urge em redor das reflexões, verbalizações e conteúdo dos discursos.

Conscientes do que é para cada um a saúde e a doença, todos beneficiam de uma prática educativa e crítica da realidade, a qual é desafiadora. A resposta dos seres humanos a este desafio transforma a realidade.

A tomada de consciência e atitude crítica sobre a nossa existência permite criar, decidir e transformar, construindo cultura e história. A compreensão do que está no e com o mundo através de um processo “práxico”, ético e interdisciplinar, valoriza todo e qualquer indivíduo ou ser, sujeito histórico, temporal, criativo, cultural, autónomo e transformador.

Neste sentido, tanto os indivíduos têm “ganhos em saúde” através do trabalho comunitário, como os enfermeiros também ganham com a sua intervenção, desde que a prestação de cuidados seja efectuada como um acto holístico do cuidar, valorizando o doente, a família e comunidade.

Na realidade, o olhar da enfermagem é baseado numa prática libertadora, individual e única, que valoriza e confia na utilidade social do conhecimento e saber, capazes de mobilizar recursos num contexto multicultural com abertura à complexidade das diferentes realidades, para um enquadramento do trabalho comunitário através do planeamento e organização das estratégias de gestão da saúde.

Perante um determinado problema/tarefa, os utentes e enfermeiros conseguem identificá-lo (a) correctamente, equacioná-lo (a) e escolher os métodos e práticas que permitam dar uma resposta. Efectivas ou não, as decisões tomadas são fruto de um conhecimento multicultural apreendido ao longo a vida, transmitido e partilhado, que utiliza capacidades e competências para procurar e decidir o sistema mais adequado, seja convencional ou não.

A visão do mundo e o nível do sistema social que direcciona esta investigação, conduz ao estudo da natureza e do significado da saúde e doença, focalizando factores mais complexos e específicos de uma cultura.

A informação acerca dos sistemas popular e profissional permite que a enfermagem actue dentro dessa cultura, tendo em conta as características de cada sistema, bem como, os aspectos específicos do cuidado de cada um. Neste sentido, a informação acerca dos indivíduos, das famílias, dos grupos e das instituições do respectivo sistema social, assim como os significados culturalmente específicos relacionados com a saúde e a doença, permitem a identificação da diversidade e universalidade do trabalho comunitário.



---

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES







## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O facto de estudarmos as representações sociais estamos a contribuir não só para o aprofundamento do conhecimento dos modos de pensar e de agir dos actores sociais, mas também para o desenvolvimento das práticas a favor da qualidade na saúde.

Neste capítulo, apresentamos os resultados do nosso estudo relativamente à comunidade e aos enfermeiros. Posteriormente, descrevemos os traços gerais de uma proposta de plano de intervenção sócio-organizacional e comunitária elaborado com base nas evidências identificadas no estudo, de modo a criar condições para melhorar aspectos menos valorizados pelos entrevistados.

### 1. Os Resultados do Estudo

Um dos grandes desafios deste estudo é a análise e compreensão das relações entre os comportamentos de gestão da saúde e da doença, para a partir daí, desenvolver estratégias e métodos eficazes, que encorajem estilos de vida saudáveis eliminando alguns riscos das medicinas paralelas que por vezes são desconhecidos, mas que podem comprometer a promoção da saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade.

Os indivíduos entrevistados na comunidade não constituem um grupo homogéneo, porque embora partilhem o mesmo espaço social, as experiências de recurso às medicinas paralelas são distintas consoante os problemas de saúde. Como tal, os dados obtidos são reveladores de diversas experiências de auto-gestão da saúde. Os enfermeiros, embora sejam um grupo que presta cuidados na mesma comunidade, contactando com utentes diferentes consoante as áreas de intervenção, são também um grupo heterogéneo como verificamos nos dados colhidos, que reflectem experiências diferentes.

Entre 4 e 5 indivíduos da comunidade estar doente é ter doenças (29,4%), ter dores (23,5%) e é um mal-estar psicológico (23,5%). Na sub-categoria das principais doenças, as mais mencionadas por 3 indivíduos cada, foram as doenças cardiovasculares (15,8%), do foro psicológico (15,8%), do sistema génito-urinário (15,8%) e

ostearticulares (15,8%). Relativamente à causa dos problemas de saúde, 6 indivíduos consideram que a saúde depende do próprio (66,7%).

A responsabilização pela saúde e doença depende também das relações familiares e de vizinhança, ou seja, das redes de apoio informal, em que 5 indivíduos referem que são os responsáveis pela manutenção e promoção da saúde do próprio e dos familiares (71,4%). Talvez por este motivo, 5 casos referem que vão ao médico de família sozinhos (23,8%), em confronto com outros 2 que vão acompanhados (9,5%).

Apesar destes resultados, o apoio das redes informais mantém-se, sobretudo nos meios rurais, constituindo um forte contributo na prevenção da doença e manutenção da saúde. Deste modo, 4 indivíduos referem que costumam conversar e pedir ajuda ou conselhos a amigos e vizinhos (19%).

As convicções e atitudes que os indivíduos têm acerca da saúde e da doença são cultural e socialmente determinadas, interferindo nos comportamentos individuais com influência na saúde, nomeadamente nos procedimentos relacionados com a procura de cuidados de saúde tanto na medicina convencional como em outras, o que vai determinar o processo de autogestão da saúde. Na comunidade estudada, 6 indivíduos recorrem ao médico de família (31,6%), 4 referem que vão ao médico para passar receitas, análises e outros exames complementares de diagnóstico (28,6%) e outros 4 referem que recorreram nos últimos seis meses (28,6%).

Na procura de cuidados de saúde “oficiais”, constatamos que os indivíduos traduzem a doença ou mal-estar através de um apelo dirigido na maior parte das vezes, ao médico. Como este acto pode parecer insuficiente e não dar resposta ao indivíduo, procuram explicação em outros saberes das medicinas paralelas, como é referido por 4 indivíduos (21,1%). De salientar um caso particular que recorreu primeiro às medicinas paralelas.

A resposta encontrada no médico geralmente é baseada na prescrição de fármacos. Contudo, os indivíduos tendem a utilizar fármacos sem recorrer ao médico de família. No que se refere às questões de automedicação, verificamos que apesar da prescrição de fármacos ser uma das fontes de intervenção mais frequentes, os indivíduos tendem a automedicar-se até mesmo com medicamentos que necessitam de prescrição, como é referido por 7 indivíduos (18,9%), mas por outro lado, 6 indivíduos referem que

recorrem a fármacos sem prescrição de acordo com a gravidade do seu problema de saúde (16,2%).

De salientar que 5 indivíduos associam outras formas de tratamento, como o recurso a tratamentos não-convencionais (13,5%). Na verdade, como vimos anteriormente, entre muitas outras determinantes das práticas de saúde e estratégias de auto-gestão, as crenças e costumes da comunidade têm um papel muito relevante, merecendo também uma atenção especial por não serem tão acessíveis às mudanças. Em relação a este aspecto, 4 indivíduos referem que têm uma crença na fé (10,8%).

Silva e Pereira (2002) verificaram que quando os indivíduos acreditam fortemente que a sua saúde depende primariamente da actuação de terceiros vistos como influentes, desenvolvem atitudes mais favoráveis em relação aos prestadores de cuidados. Pelo contrário, quando acreditam que os seus comportamentos e acções também são importantes determinantes do seu estado de saúde, não atribuem uma responsabilidade tão grande à intervenção dos profissionais. Este aspecto vai determinar as estratégias de auto-gestão da saúde e condicionar a procura de cuidados de saúde.

O que é a doença e a sua representatividade para os utentes, constitui um aspecto que afecta não só a procura os cuidados de saúde, bem como a efectivação do processo de tratamento.

Devido à “relação de causa e efeito” que a comunidade estudada estabelece entre o ambiente e as doenças, embora persistam crenças relativamente à causalidade da doença de que são acometidos, constatamos que a causa é atribuída a um factor externo que pode estar relacionado com os comportamentos e estilos de vida. Neste sentido, como estratégias de auto-gestão da saúde, 4 indivíduos fazem referência à alimentação (10,8%) e 3 indivíduos mencionam os cuidados com o corpo (8,1%).

Como verificámos, o corpo raramente tem significado para o indivíduo, no sentido de que tem e é um corpo, um meio e um objectivo, algo que serve para qualquer coisa, como por exemplo, para trabalhar. Assim sendo, o corpo é percebido como um meio de subsistência e de trabalho a ser utilizado, mesmo em situações de doença. A partir desta ideia, as representações do corpo relacionadas com a ausência de aptidão física conduz à incapacidade para trabalhar e à existência de dores, que se manifestam no corpo.

De facto, o serviço de saúde é responsável pela manutenção da saúde e a procura de cuidados depende dos recursos disponíveis na comunidade. Contudo, mantêm-se saberes e crenças próprios da comunidade e partilhados entre gerações, o que vai determinar o recurso a diversas práticas paralelas.

Nas culturas populares características das comunidades rurais, a responsabilidade da doença pertence a uma vontade externa, pelo que muitas vezes, é atribuída a uma personalidade humana ou sobrenatural como o feiticeiro. Neste sentido, compreende-se que as práticas paralelas dos curandeiros, feiticeiros e espiritualistas têm como objectivo afastar ou destruir o mal. No nosso estudo, constatámos que 4 indivíduos acreditam nos saberes populares transmitidos de geração em geração (23,5%) e outros 7 recorrem a práticas paralelas pela crença existente nos saberes populares (31,8%). Além desta crença, 5 indivíduos referem que têm crença nos produtos naturais (22,7%) e outros 5, em feiticeiros (22,7%).

Esta concepção das medicinas paralelas leva a atribuir a causalidade da doença a outras causas, como por exemplo a Deus (22,2%), como foi referido por 2 indivíduos. Nestes casos, o indivíduo pode não considerar-se responsável pela sua doença, mas que de certa forma é influenciado por uma acção superior.

Na realidade, constatamos que 7 indivíduos acreditam em outras pessoas que podem curar (30,4%) e por este motivo, nas práticas paralelas existe um reconhecimento da comunidade pelas práticas paralelas (29,4%), o que é considerado por 5 indivíduos.

Algumas práticas paralelas reflectem saberes tradicionais de uma determinada comunidade e neste sentido, 4 indivíduos referem que as práticas paralelas baseiam-se em métodos e técnicas tradicionais (23,5%), o que pode legitimar as medicinas paralelas. Neste sentido, podemos considerar que o saber dos endireitas geralmente é baseado em conhecimentos e competências transmitidos de geração em geração. Neste sentido, 3 indivíduos referem que recorrem a endireitas (13,6%).

Relativamente aos produtos naturais e às suas propriedades curativas, 4 indivíduos referem que recorrem a xaropes e remédios caseiros (18,2%) e outros 4, utilizam os chás de acordo com a doença de que foram acometidos (18,2%).

De facto, as medicinas paralelas têm uma influência significativa no contexto social da medicina convencional ou “oficial” e podem ser utilizadas em simultâneo, como complemento ou em alternativa à medicina convencional ou “oficial”. Embora 4

dos indivíduos considerem que são práticas diferentes (17,4%), outros 4 referem que têm bons resultados (17,4%). Como complemento, foi referenciado por 2 dos indivíduos (8,7%).

Ao considerarmos o médico de família como um curador da medicina oficial, podemos deduzir que o cuidador das medicinas paralelas é “não oficial”, o que é mencionado por 3 indivíduos (25%). Por vezes, é considerado uma pessoa que pretende ganhar dinheiro e que não tem qualquer capacidade de curar, ou seja, um charlatão, como mencionam 4 indivíduos (33,3%). Contudo, 5 indivíduos referem que recorrem à “vidente” (22,7%) e 3 recorrem ao curandeiro (13,6%).

Face ao exposto, as terapias paralelas, como se observou no estudo, aparecem como receita para a solução de uma série de dificuldades de diferentes naturezas (física, religiosa, emocional e psicológica), mas que são representadas pelos indivíduos como se fossem uma única e mesma coisa, pelo que muitas vezes, são usadas em simultâneo com a medicina convencional.

É ainda de concluir, que além dos fármacos prescritos pela medicina “oficial”, os indivíduos gerem a sua saúde através de outros mecanismos de procura de ajuda, o que demonstra uma forte influência dos saberes populares e tradicionais da comunidade.

Em suma, relativamente às estratégias de auto-gestão da saúde na comunidade de “Clamores”, os resultados obtidos apelam para a necessidade dos indivíduos terem mais e melhor acesso a informação acerca dos fármacos que lhes são prescritos, no sentido de uma perspectiva mais correcta e realista acerca de cada medicamento. Desta forma, podemos ponderar acerca das vantagens e desvantagens, benefícios e riscos associados à ingestão de determinados fármacos, com base nas suas crenças e nos seus modelos pessoais, que por avaliações individuais e subjectivas, nem sempre são fidedignas, conduzindo à automedicação complexa sem prescrição.

Relativamente ao grupo dos enfermeiros, tal como os utentes, caracterizam a saúde em função da “doença” e do “bem-estar”, dando os enfermeiros maior ênfase ao bem-estar. Para além desta diferença, a concepção de saúde e doença distingue-se pela referência às experiências, tanto a nível profissional como é referido por 3 enfermeiros (37,5%), como a nível pessoal, também referido por 3 enfermeiros (37,5%).

Segundo os entrevistados, a razão de ser dos cuidados de saúde em enfermagem inscreve-se num quadro de promoção e manutenção da saúde ou prevenção da doença

das comunidades, através da adopção de práticas que encontram a sua ressonância em teorias e modelos de enfermagem caracterizados por uma visão mais abrangente dos aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos, sociológicos e holísticos. Nesta perspectiva, 3 enfermeiros apresentam uma visão holística relativamente à doença (33,3%) e 2 enfermeiros relativamente à saúde (28,6%). Os enfermeiros entrevistados consideram a saúde como um bem-estar e estado de equilíbrio, enquanto a doença é considerada um mal-estar e desequilíbrio.

Os resultados obtidos são fruto das implicações destas matrizes de pensamento e do condicionamento da acção humana, nem sempre claramente mencionadas no seu sucesso, mas permanecendo em aberto uma discussão relativa à teoria que deveria formatar as políticas concretas de promoção da saúde. Aliás, o carácter efémero de muitas dessas teorias permite considerar a promoção da saúde como algo transdisciplinar, resultado da contribuição multifacetada das diferentes áreas do saber.

A promoção da saúde consiste fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais, acções e condições de vida que influenciam os factores determinantes da saúde, com o objectivo de permitir que o indivíduo adquira maior domínio sobre a sua própria saúde.

Relativamente ao enquadramento das medicinas paralelas, 4 enfermeiros consideram que são usadas como complemento (15,4%) e igual percentagem caracteriza-as como um tratamento não-convencional. Para 3 enfermeiros, são consideradas medicinas paralelas (11,5%) e outros 3 referem que estão em fase de mudança, no sentido da expansão e crescimento (11,5%).

Mas para serem legitimadas, é fundamental a regulamentação de algumas práticas paralelas como referem 4 enfermeiros (20%), bem como a existência de cursos superiores nesta área, o que foi referido por 3 dos enfermeiros (15%). O reconhecimento pela medicina científica como aspecto que contribui para a legitimidade das medicinas paralelas, também é um factor considerado por 3 enfermeiros (15%).

Relativamente à procura dos cuidados de saúde, constatamos com uma complementaridade entre as várias práticas de saúde, o que é referido por 4 dos enfermeiros (26,7%). Na perspectiva de 3 enfermeiros, os indivíduos da comunidade procuram outros profissionais de saúde, como por exemplo, um médico especialista, um enfermeiro ou fisioterapeuta (20%).

Além destas práticas, 2 enfermeiros referem que os indivíduos recorrem a chás e outra percentagem igual refere que recorrem a remédios caseiros (13,3%).

Em relação à prestação de cuidados pelos enfermeiros entrevistados, constatámos que o pensamento social destes tende para avaliar o Sistema de Saúde Português, pelo que 3 enfermeiros referem que o Estado tem pouca intervenção na melhoria dos Serviços de Saúde disponíveis (30%) e segundo outros 2 enfermeiros, a tendência é de orientar para a medicina científica (20%).

No desenvolvimento do trabalho comunitário, as áreas de intervenção mais mencionadas foram a prevenção e tratamento referidas por 3 enfermeiros (18,8%) e a Saúde Escolar referida por outros 3 (18,8%). Além destas, 2 enfermeiros mencionaram a área dos Cuidados Continuados (12,5%), 2 referem a Saúde Infantil (12,5%) e outros 2 mencionam a Vacinação (12,5%). O papel do enfermeiro na prevenção e tratamento é primordial no sentido de educar a população na adopção de estratégias adequadas na gestão da saúde.

Relativamente ao impacto do trabalho comunitário, 4 enfermeiros consideram que o trabalho desenvolvido é reconhecido pelos utentes (57,1%). De salientar, que o reconhecimento pelos outros profissionais é mencionado por um caso particular.

Os enfermeiros verbalizam pouco as consequências dos cuidados de enfermagem ou os resultados esperados e quando o fazem, o que se verifica na utilização de expressões muito genéricas como “resultados positivos”, mencionado por 3 enfermeiros (75%).

Para realizar o trabalho na comunidade, são várias as estratégias de intervenção mencionadas pelos enfermeiros, entre as quais salientamos o envolvimento de outros técnicos de saúde mencionado por 2 enfermeiros (20%) e o envolvimento de pais e escolas referido com igual número. Além destas actividades, e enfermeiros destacam a organização de projectos de intervenção na gestão e estratégias de intervenção na comunidade (20%).

Cada vez mais, os cuidados de enfermagem na comunidade encontram-se virados para a ciência e para a técnica, pelo que são esquecidos alguns aspectos relacionais promotores da melhoria da qualidade de vida. Apesar do envolvimento de outros profissionais, um aspecto pouco evocado pelos enfermeiros entrevistados está relacionado com o apoio social, ou seja, com o grupo de cuidadores informais. Embora



valorizem o seu trabalho como uma fonte de saúde para a comunidade, fazem pouca referência às relações sociais familiares e de vizinhança, bem como o seu efeito na evolução da doença e manutenção da saúde. Um caso singular faz referência ao envolvimento da família.

É necessário ter em conta que uma pessoa pode conviver com a sua família mas também, sentir-se sozinha, sem apoio de familiares e vizinhos. A necessidade de um cuidar dirigido para uma comunidade rural, exige da parte dos enfermeiros de cuidados de saúde primários, uma valorização de todos os sistemas de suporte, sobretudo dos cuidadores informais.

Embora o envolvimento da família não seja muito referenciado pelos enfermeiros, é necessário compreender-se a filosofia que preside os cuidados centrados na família, a qual está baseada no princípio de que a unidade familiar afecta a prestação de cuidados, os tratamentos e a recuperação dos membros da família, quer se trate de doença física ou mental.

Os cuidados de enfermagem incidem mais sobre os indivíduos, mas é importante reconhecer que existe uma resposta da família e comunidade às necessidades de saúde dos indivíduos. O envolvimento de um familiar significativo no processo de cuidar é um valioso contributo na continuidade dos cuidados.

Os enfermeiros descrevem a sua actuação enfatizando o estabelecimento de relações, tanto com outros profissionais de saúde ou profissionais de outras áreas, assim como, com os familiares e comunidade, estabelecendo estratégias de cuidados e projectos de intervenção que pressupõem equipas multidisciplinares. No entanto, a existência destas equipas multidisciplinares é um aspecto que não foi mencionado.

Na nossa perspectiva, a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos não passa só pela promoção de práticas consideradas saudáveis, mas também, pela adequação das necessidades dos utentes às diversas práticas paralelas utilizadas. A adaptação social, o bem-estar e o facto de estar saudável dependem do ambiente social em que o indivíduo vive, ou seja, da comunidade onde se encontra inserido. Neste contexto, as respostas obtidas são fortemente influenciadas pela cultura e pelos indicadores de saúde da comunidade estudada.

Relativamente ao contexto cultural, 2 enfermeiros referem que existem utentes de diversas culturas (40%) e outros 2 referem que não existem utentes de outras etnias.

Constatamos que os enfermeiros consideram a multiculturalidade como a existência de múltiplas culturas e etnias. Sob este ponto de vista, a multiculturalidade é um fenómeno com pouco relevo nesta comunidade, mas se a multiculturalidade for considerada como a existência de diferentes tradições e saberes, tornar-se-á um fenómeno de importância e com impacto na comunidade estudada.

No entanto, é de destacar a existência de elementos cuidadores de outras culturas, o que é referido unicamente por um enfermeiro. Talvez por este motivo, as barreiras linguísticas como constrangimento da prática são referidas por 2 enfermeiros (20%), embora outros 2 considerem que não existem barreiras ou limitações culturais (20%).

É necessário ter em consideração que os pressupostos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários são diferentes dos pressupostos dos enfermeiros que prestam cuidados a nível hospitalar.

No geral, pensamos que este estudo pode oferecer um valioso contributo conceptual para a compreensão de algumas dimensões dos modelos ou representações de saúde e doença dos indivíduos, responsáveis pela determinação de muitos dos seus comportamentos.

Contudo, os resultados deste estudo devem ser interpretados com algumas reservas, uma vez que se trata de um estudo baseado em histórias de vida de uma determinada comunidade rural.

Tendo em conta todos os aspectos citados anteriormente, consideramos que estudos desta natureza têm implicações a nível da intervenção, da formação, da teoria e da investigação. Posteriormente, aprofundaremos o aspecto de intervenção.

Na prática, verificamos que há uma necessidade de ter em consideração os diversos factores de gestão da saúde que estão inerentes aos modelos ou representações pessoais de saúde e doença, permitindo uma abordagem mais centrada no utente que valoriza os aspectos comunicacionais e a partilha de informação acerca dos aspectos relacionados com a doença e o tratamento. À luz de uma abordagem desta natureza, o enfermeiro vai permitir que o utente exponha as suas ideias e percepções acerca da sua saúde e doença, capazes de influenciar os comportamentos de auto-gestão da saúde.

Neste sentido, o acesso às informações que consideram mais relevantes e que pretendem obter acerca de uma determinada situação, proporciona um meio de

construção do processo relacional muito mais bidireccional e capaz de permitir uma atitude mais activa e colaborativa dos utentes nas suas opções e tratamentos, diminuindo deste modo, alguns riscos inerentes às estratégias de auto-gestão da saúde.

Em termos práticos, estudos desta natureza podem ter implicações a nível da intervenção no domínio da saúde e contribuir para o planeamento de programas e projectos que além da promoção da saúde, valorizem o papel do trabalho comunitário desenvolvido pelos enfermeiros.

No desenvolvimento deste estudo ficou claro que a intenção era saber e compreender o que cada um pensa em relação à sua saúde, às suas doenças e como procura cuidados de saúde, tanto a medicina “oficial”, como nas medicinas paralelas. Por outro lado, procurámos analisar o que pensam os enfermeiros acerca de saúde, doença e medicinas paralelas, além da organização e gestão do trabalho comunitário na comunidade em estudo.

No que se refere às implicações de natureza teórica e conceptual, consideramos que estudos desta natureza contribuem para a compreensão de alguns factores de natureza cognitiva, envolvidos na adopção de determinados comportamentos de saúde e de doença na população.

Alguns factores cognitivos, como as atitudes face aos problemas de saúde baseadas em crenças, experiências vividas e partilhadas vão determinar o comportamento dos indivíduos na procura social de cuidados de saúde, bem como, as estratégias de auto-gestão da saúde. Este estudo permite compreender como estas estratégias se desenvolveram ao longo do tempo e algumas das suas consequências na adopção, manutenção e modificação dos comportamentos da comunidade.

Os resultados deste estudo permitem fazer uma rápida comparação com alguns estudos da representação social sobre a saúde e doença que Herzlich (1991) obteve na sua pesquisa executada há cerca de 30 anos atrás. Herzlich encontrou alguns conteúdos das representações sobre a origem da saúde como se a mesma fosse natural e não fosse necessário explicação. Neste estudo, salientamos o facto de na prevenção, através das estratégias de auto-gestão, o cuidado com o corpo e a alimentação não parecerem tão naturais e espontâneos, uma vez que dependem da pessoa. Na verdade, são recursos que devem ser aprendidos e que contribuem positivamente para a saúde.

Neste estudo, constatamos uma relação entre a experiência e os saberes de saúde e doença. Contudo, é de salientar que os saberes dos enfermeiros, para além de empíricos, ou seja, provenientes da experiência de vida, são também comunitários e comunicados. Reportando Collière (1990), por um lado são comunitários porque resultam da partilha de diferentes experiências, mas por outro lado são comunicados pela transmissão, uma vez que a partir da experiência são desenvolvidas diferentes formas de intervenção na comunidade. (Abdelmalek e Gérard:1995)

A compreensão da interacção enfermeiro/utente baseia-se na relação que estabelece entre si e o outro. Este modelo baseia-se em quatro eixos de análise (Basto e Coelho, 2000):

- ☼ A interacção enfermeiro /utente;
- ☼ O enfermeiro influenciado, em especial, pelo contexto organizacional em que se insere, pelos modelos profissionais que adopta para orientar a sua prática;
- ☼ O utente, influenciado sobretudo pelo ambiente sócio-económico a que pertence;
- ☼ O contexto organizacional do serviço de saúde onde o enfermeiro trabalha e ao qual o utente recorre.

A partir dos conhecimentos, ou seja, dos saberes construídos e partilhados, as representações são socializadas e as necessidades de saúde encontradas são naturalmente partilhadas e socializadas. O conhecimento dessas representações pode ser um dos pontos iniciais para reconhecer o desvio que existe entre os programas de saúde e as necessidades sentidas pela população.

Em suma, relativamente às representações sociais de saúde e doença, constatamos que em ambos os grupos entrevistados, tanto a comunidade, como a enfermagem partilham alguns aspectos. Determinadas dimensões cognitivas e funcionais influenciam o processo conceptual de saúde e doença, o que conduz a uma diversidade das concepções de saúde e doença, que por vezes coexistem e competem, quer entre os indivíduos “leigos” em Medicina e em Enfermagem, quer entre os profissionais de saúde, neste caso, os enfermeiros.

Na verdade, é de salientar que os aspectos mais funcionais e menos normativos são interpretados sob pontos de vista diferentes. Enquanto os utentes consideram a saúde como a capacidade física para poder trabalhar, os enfermeiros consideram a capacidade para o autocuidado referenciando actividades de intervenção sobretudo no

âmbito preventivo. Contudo, em ambos os grupos verificamos a necessidade de um cuidado preventivo, que representa os comportamentos necessários para estar saudável. Se por um lado, o indivíduo que é objecto de cuidados procura o auto-cuidado, o enfermeiro é responsável pelos cuidados de manutenção da vida.

A análise das representações sociais e das estratégias de auto-gestão da saúde e da doença na comunidade de “Clamores” permitiu-nos obter uma visão mais exacta que no contexto analisado, evidencia diferentes modos de pensar e diversas formas de procura de tratamento, não só interpretáveis à luz da teoria social, mas que também encontram a sua ressonância no quadro sócio-cultural caacterizado pelas transformações sociais, políticas e económicas ocorridas nas últimas décadas no nosso País. É caso para dizer que os resultados do presente estudo vieram colocar em evidência uma nova lente de grande angular sobre a vida mental dos actores sociais, fazendo relevar que para além das simples reacções dos nossos sentidos, tudo é forçosamente sócio-cultural por natureza.

Em síntese, a problemática estudada e descrita no presente relatório é apenas a ponta de um *iceberg* sócio-cultural, moldada por uma certa homogeneidade funcional em torno dos conteúdos em RS, entre os utentes e enfermeiros, razão pela qual se justifica o aprofundamento da investigação, não só sobre o tema dos modos de construção, de reelaboração e de reprodução do pensamento social, mas também, a necessidade de investir no aprofundamento do conhecimento sobre as melhores práticas, baseadas na evidência em enfermagem comunitária, em prol da qualidade da saúde da comunidade.

Neste contexto, à luz dos resultados alcançados, formulámos uma possível hipótese para nova investigação, tendo em conta o aprofundamento do estudo sobre as representações de saúde e de doença dos indivíduos que recorrem às medicinas paralelas em simultâneo com o recurso à medicina convencional, num contexto de auto-gestão da saúde, nos termos seguintes:

☼ Os conhecimentos populares, crenças, normas, valores culturais e sociais, bem como as representações sociais da saúde e doença, entram em conflito com a evolução científica e tecnológica da Medicina Convencional determinando as estratégias de auto-gestão da saúde.

## **2. Recomendações: Plano de intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária para a promoção da responsabilização da comunidade pela sua saúde e valorização da participação da comunidade**

### **I.- Considerações preliminares**

Os resultados obtidos no estudo podem funcionar como um ponto de partida para o desenvolvimento de estratégias ou programas de intervenção, quer a nível dos utentes, quer a nível dos enfermeiros.

Através dos resultados obtidos neste estudo, bem como da pesquisa bibliográfica realizada, permitiu-nos concluir que a melhoria de alguns aspectos dos cuidados de saúde, passa pela compreensão das representações sociais de saúde e doença construídas pelos indivíduos. Em função dos resultados do estudo, sugere-se a concepção de uma proposta de plano de intervenção sócio-organizacional e comunitária, tendo em vista o desenvolvimento de actividades que esclareçam os modelos explicativos de saúde e doença consoante a cultura da comunidade.

Na nossa opinião, um plano de intervenção para a promoção de linhas de intervenção e de formação com vista à responsabilização da comunidade pela sua saúde, permite compreender os problemas de saúde que atingem a população e contribuir para a satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos/família/comunidade.

Por vezes, os enfermeiros de cuidados de saúde primários não conhecem algumas teorias do senso comum que os indivíduos têm acerca da saúde e doença, que no fundo são características da cultura de determinadas comunidades. Assim sendo, a intervenção neste âmbito, contribui para a melhoria dos cuidados prestados, tendo em consideração as diferentes concepções de saúde e doença sob influência do ambiente cultural.

A presente proposta de plano visa os Enfermeiros e a Comunidade. Por um lado, a intervenção na Enfermagem procura a valorização e promoção do papel do enfermeiro em contextos profissionais e organizacionais, superando as possíveis lacunas apresentadas ao longo do estudo com o apoio de uma metodologia de acção específica que será descrita mais adiante. Por outro lado, tem o intuito de intervir na comunidade

na medida em que visa criar novas linhas para responsabilizar os indivíduos e famílias pela sua saúde.

As lacunas mais evidenciadas pelo estudo dizem respeito à necessidade de reconhecer o papel da família e comunidade como objecto de intervenção da enfermagem e de toda a equipa de saúde. Neste sentido, o plano pretende integrar os indivíduos, suas famílias e comunidade, para além de incidir sobre os enfermeiros e outros profissionais dos Serviços de Saúde, bem como outras entidades institucionais como a escola (professores), Junta de Freguesia (representante), farmácia (farmacêutico ou técnico de farmácia), associação cultural e recreativa (representante).

Elaborar um plano de intervenção sócio-organizacional e comunitária é um processo muito trabalhoso que requer a reinterpretação e a capacidade de pôr por escrito aspectos da criatividade pessoal. Este plano será de grande utilidade, podendo ser modificado no sentido de particularizá-lo para que se consiga aspectos essenciais da intervenção que o trabalhador comunitário elabora.

Consoante a área de intervenção, os objectivos do plano devem pertinentes, de modo a esclarecer diversos aspectos do projecto e a eliminar possíveis contradições. Não é necessário seguir uma ordem estabelecida, mas o ideal é conseguir responder ao maior número de objectivos estabelecidos através da realização das acções propostas.

O plano que de seguida apresentamos aborda aspectos relacionados com: a natureza ou características do estudo; características do contexto de intervenção; destinatários; objectivos; métodos e actividades; organização e gestão; participação; integração de acções e redes de interconexão; inovação; recursos; extensão das aprendizagens e difusão do conhecimento.

A investigação sistemática sobre a prestação de cuidados evidencia que em muitas áreas, os rituais, tradições e o conhecimento comum, prevalecem com bases para a prática, apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas.

Uma vez que se trata de um plano que provém do estudo das representações sociais de saúde e doença da comunidade e dos enfermeiros, tem de ser elaborado no sentido de influenciar as decisões no sentido da mudança de práticas e atitudes da enfermagem, de modo a beneficiar os indivíduos, famílias e comunidade. Deste modo, consiste em aplicar o conhecimento através da Prática Baseada na Evidência (PBE).

A PBE procura identificar, avaliar e integrar a melhor evidência disponível na prática, em benefício dos valores e preferências dos indivíduos, famílias e comunidades que são servidos. A melhor evidência é aquela que fornece informações acerca do benefício, risco e recursos necessários.

Segundo Stetler et al (1998), a PBE é definida como “*uma abordagem para a enfermagem que utiliza os resultados de pesquisa, o consenso entre especialistas conhecidos e a experiência clínica confirmada como bases para a prática clínica ao invés de experiências isoladas e não sistemáticas, rituais e opiniões sem fundamentação*”. (Caliri e Marziale, 2000: 103)

A enfermagem baseada na evidência requer habilidades que não são tradicionais na prática clínica, de modo a fazer uso da melhor evidência para a tomada de decisão na prática. (Cruz e Pimenta: 2005)

Com origem na medicina baseada na evidência, a enfermagem baseada na evidência enfatiza a necessidade de agregar a evidência científica actualizada aos factores que determinam a tomada de decisão consoante a experiência do enfermeiro, o conhecimento do processo de saúde e doença do indivíduo e a sua participação no tratamento, de modo a otimizar a qualidade e quantidade de vida com diminuição dos custos.

A tomada de decisão é estabelecida com base na melhor evidência, na relação com o indivíduo, família e comunidade, onde cada um possui valores pessoais e crenças culturais sob influência do sistema de saúde e dos padrões da comunidade. Através da tomada de decisão é produzido um conhecimento, uma ética e conduta padronizada.

## **II.- Metodologia**

A estratégia que proponho baseia-se numa metodologia participativa, cujo objectivo consiste em fomentar o trabalho em equipa, facilitando uma partilha de conhecimentos e uma maior colaboração entre os profissionais de saúde através da formação dos profissionais no decurso do trabalho comunitário desenvolvido, de modo a efectuarem pequenas intervenções destinadas à modificação de alguns aspectos que possam mudar algumas estratégias de auto-gestão da saúde dos utentes. A correcta utilização dos recursos disponíveis, é um factor a ter em consideração na elaboração de



um projecto de intervenção com a finalidade de criar mudanças para a melhoria dos cuidados.

Antes da implementação e avaliação de um plano de intervenção na saúde que procure modificar a prática, é necessário a adequação da realidade, pelo que deve ser analisado, não só em função dos profissionais de saúde, mas sobretudo, sobre o seu impacto na comunidade. Por vezes, um plano que parece o perfeito e o ideal, pode aos olhos dos destinatários, ser despido de significado, podendo até colidir com alguns dos seus valores prioritários, como o direito à liberdade de opção.

Os valores de vida estão relacionados com a vida como sobrevivência, saúde ou justiça, através de um código de ética. Para além dos valores científicos ou do saber/saber (actualizar-se, aperfeiçoar-se), os valores técnicos ou saber fazer (executar com consciência, não cometer erros) e os valores relacionais ou saber estar e saber ser (saber estar integrado na organização, saber estar na mudança, saber ser autónomo, dar o melhor de si) são aspectos a ter em conta na intervenção comunitária.

Os próprios utentes dos serviços de saúde podem beneficiar de acções que os sensibilizem para a necessidade de, no processo relacional com o enfermeiro ou outro profissional de saúde, procurarem acesso às informações que julguem necessárias ou pertinentes, não só para a compreensão do problema, bem como para uma boa prossecução do seu tratamento.

A mobilização da comunidade com vista à promoção da saúde exige o conhecimento das representações sociais de saúde e doença da população, de forma a minimizar a distância entre os saberes populares e científicos sobre a saúde.

Por outro lado, ao analisarmos as representações sociais de saúde e doença sob o ponto de vista dos enfermeiros, permite-nos compreender as atitudes face à diversidade e à pluralidade terapêutica, porque os enfermeiros enquanto profissionais de saúde autónomos e interdependentes numa equipa de saúde, devem contribuir para que haja um maior grau de concordância entre as várias práticas de saúde.

A elaboração de um plano para a melhoria das condições de vida e de saúde da comunidade, que será implementado no quotidiano e mais concretamente, na organização dos sectores populares, implica uma relação participativa da comunidade com o serviço de saúde.

A importância de implementar intervenções no sentido de integrar e responsabilizar os indivíduos pela sua própria saúde, conduz à modificação de crenças que influenciam as estratégias de auto-gestão da saúde que são, de entre as várias determinantes, as mais susceptíveis de ser modificadas. Pensamos que desta forma, é possível contribuir para melhorar a eficácia dos cuidados de saúde primários, promover a saúde através de práticas de saúde mais adequadas e contribuir para aumentar a eficácia das intervenções de enfermagem, com conseqüente satisfação dos cuidados prestados.

Os profissionais que visam aumentar as oportunidades necessitam de sentir-se capacitados e de trabalhar num ambiente em que a experiência seja legítima. Além disto, a formação necessita de ir para além do conhecimento técnico e incluir competências básicas.

A oportunidade de formar rede e de se encontrar com outros que eventualmente estejam a experimentar-se em caminhos semelhantes é uma ferramenta poderosa para a obtenção de apoio, isto porque a aprendizagem de pares é muito eficaz.

As intervenções planeadas têm como objectivo incrementar os níveis de adesão terapêutica evitando a automedicação e em última instância, melhorar as relações entre todos os intervenientes nos cuidados de saúde prestados nos mais diversos serviços e contextos sociais e desta forma, contribuir para aumentar a satisfação dos utentes dos serviços de saúde e até mesmo, dos próprios profissionais de saúde. Este tipo de intervenções deverá passar, sobretudo pela mudança de crenças a nível dos utentes e pela sensibilização dos profissionais de saúde acerca da necessidade de elucidarem os modelos explicativos de saúde e doença.

Assim sendo, é um projecto que se enquadra no âmbito da promoção da saúde, já que o seu objectivo final é a melhoria da saúde dos indivíduos, a prevenção da doença e a melhoria dos cuidados de saúde prestados. Esta promoção da saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que os indivíduos se envolvem e as circunstâncias em que vivem, têm um impacto sobre a sua saúde, com melhoria do seu estado de saúde. Finalmente, pensamos que este estudo poderá fornecer algumas pistas para investigações futuras e implicações concretas a nível das intervenções dos enfermeiros.

Para o sucesso do plano a seguir apresentado, é fundamental que ele respeite as seguintes características:

- ☼ Ser bem definido e delimitado;
- ☼ Ter relevância e causar impacto significativo na saúde;
- ☼ Ser variável de acordo os resultados das intervenções realizadas;
- ☼ As intervenções devem ser bem definidas consoante o processo de saúde-doença: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Para facilitar a observação do plano de acção, foi criada uma matriz que especifica todas as suas particularidades em cada área de intervenção conforme está referido e desenvolvido abaixo:

- A – Dinamizar o trabalho da equipa de comunidade.
- B – Promover a formação contínua.
- C – Reforçar a intervenção baseada na participação da comunidade.
- D – Desenvolver a cultura de investigação.

#### A – Dinamizar o trabalho da equipa de comunidade.

Esta intervenção tem como principal objectivo, sensibilizar os profissionais de saúde para os vários recursos da comunidade (junta de freguesia, escolas, associações) que podem ser envolvidos no trabalho de equipa através de acções intersectoriais.

Esta acção tem como objectivos específicos:

- ☼ Fomentar a partilha de conhecimentos e experiências no seio da equipa.
- ☼ Promover a melhoria da qualidade e das condições de vida e saúde da comunidade.

As actividades previstas nesta intervenção são:

- ☼ Promoção da colaboração do Centro de Saúde, Escola, Junta de Freguesia, Associação Cultural e Recreativa, Farmácia e Hospital da área;
- ☼ Reuniões periódicas entre os representantes de cada instituição;
- ☼ Secções de divulgação e debate de conhecimentos e experiências.

A garantia da integralidade dos cuidados, pressupõe um trabalho de equipa com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das acções intersectoriais, estimulando a participação da comunidade num sistema único de saúde.

A equipa de saúde deve ser constituída pelos vários profissionais de saúde do Centro de Saúde e a cada profissional devem ser atribuídas acções específicas para uma participação efectiva no trabalho de equipa. Neste sentido, a equipa deve ser multiprofissional, facilitando a interacção indivíduo/família/comunidade, através de actividades desenvolvidas na comunidade.

Um plano com o objectivo de responsabilizar a comunidade pela sua saúde é um plano comum em que o trabalho de cada profissional da equipa se complementa de modo a construir uma interacção entre os vários elementos e a comunidade.

A promoção de um espaço de articulação entre os profissionais da equipa de saúde, no qual cada um cumpre o seu papel com um objectivo comum, pressupõe uma atenção integral à saúde que deve ser ampla e completa, não podendo ser prerrogativa de um único profissional, pois não há uma profissão que trabalhe sozinha todos os aspectos da saúde dos indivíduos.

A articulação e colaboração entre os profissionais visa um modo efectivo e sustentável de promoção da melhoria das condições de vida e saúde, pelo que esta colaboração multiprofissional requer a identificação e co-responsabilização de todos através de instrumentos epidemiológicos e narrativos, de modo a construir uma estratégia para alcançar a equidade em saúde.

A interdisciplinaridade refere-se à produção do conhecimento e como tal, tem um carácter epistemológico que se verifica na integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento.

A multidisciplinaridade consiste na actuação conjunta de várias categorias profissionais, pelo que o trabalho da equipa na comunidade requer a compreensão das várias vertentes para lidar com a complexidade que a saúde toma no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como na promoção da saúde, prevenção e reabilitação.

Um trabalho em saúde que seja compartilhado e humanizado com a responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhece a saúde como um direito.

A promoção da saúde como uma estratégia mais ampla de intervenção para enfrentar os problemas sociais, é um desafio para os diferentes elementos da equipa de saúde, que através de uma acção compartilhada, visam a construção colectiva de acções que permitam compreender e abordar a saúde da comunidade.

O foco central deste trabalho colectivo e complexo não é o indivíduo exclusivamente, mas toda a família, pelo que as intervenções para proporcionar o cuidado são baseadas no conhecimento que engloba as dimensões bio-psico-sociais da saúde e doença, responsabilizando os profissionais, os indivíduos receptores de cuidados, famílias e comunidade. Como tal, tanto a interdisciplinaridade como multidisciplinaridade são necessárias para a produção de saberes e responsabilidades comuns na intervenção e interacção social.

A competência e responsabilidade de cada elemento da equipa diz respeito aos saberes específicos de cada um e que está presente em diferentes situações, através do desenvolvimento de intervenções específicas que remetem à autonomia de cada um, bem como à interdependência destas autonomias.

A família como parte da comunidade, constrói contactos e relações conscientes que se transformam em estratégias de relação de ajuda mútua. Assim sendo, a equipa de saúde deve proporcionar momentos de troca de experiências dos vários elementos da família, proporcionando a aprendizagem mútua. A participação da família como agente socializador primário do ser humano é um modo de reduzir a necessidade de cuidados de saúde directos, o que se reflecte em meio hospitalar, com a redução dos períodos de internamento.

A abordagem multiprofissional na definição conjunta do problema de saúde, deve ser realizada no ambiente familiar através de visitas ao domicílio, atendimento individual e familiar, bem como reuniões de grupo na própria comunidade assistida.

O enfermeiro que trabalha na comunidade é um membro da equipa de saúde que actua sob a responsabilidade de uma área de intervenção previamente delimitada e deve estar preparado para orientar os indivíduos e toda a comunidade sobre a sua saúde, de modo a proporcionar cuidados de saúde eficazes. Sugerimos assim, que este seja considerado o elemento responsável da equipa e que na sua intervenção seja capaz da tomada de responsabilidade da comunidade, através de acções que responsabilizem os indivíduos pela sua própria condição. O técnico de referência deve ser um elemento produtor de implicação, comprometimento e participação entre os profissionais envolvidos na equipa, mas também os outros actores sociais como a família, a vizinhança e outros membros da comunidade.

Neste sentido, o elemento responsável deve articular todos os meios para que as práticas de responsabilização dos actores sociais pelo cuidado, sejam mediadas, seleccionadas e negociadas com a família e vizinhança do indivíduo.

Para além do atendimento em programas de saúde já estabelecidos, como o controlo da hipertensão, da diabetes, pré-natal, entre outros, esta estratégia pressupõe um atendimento universal, abrangente e integral, para a comunidade visando a realidade social e as suas necessidades de saúde dentro da família.

## **B – Promover a formação contínua**

A promoção da formação contínua no contexto do trabalho comunitário tem como principal objectivo promover a aquisição de conhecimentos e competências sobre linhas de intervenção baseadas na formação e participação da comunidade na área da saúde.

Uma vez que o presente Plano de Acção propõe um trabalho em equipa multi e interdisciplinar com envolvimento de vários profissionais para a responsabilização da comunidade pela sua saúde, os objectivos específicos desta área de intervenção são:

- ☀ Desenvolver acções de formação para actualização dos conhecimentos acerca da participação da comunidade na gestão da própria saúde;
- ☀ Promover a igualdade, universalidade e equidade nos cuidados de saúde;
- ☀ Promover a transmissão e actualização de conhecimentos e aprendizagem contínua;
- ☀ Proporcionar um estreitamento nas relações entre os actores envolvidos.

As actividades propostas para esta acção são:

- ☀ Acções de Formação dirigidas à equipa para planear e avaliar as acções desenvolvidas;
- ☀ Acção de Formação dirigidas aos indivíduos e famílias a realizar na comunidade para sensibilização da responsabilidade pela saúde.

O processo de formação contínua permite a capacitação permanente de todos os profissionais de modo que a actuação multiprofissional esteja sustentada por uma construção interdisciplinar com responsabilidade integral sobre a comunidade, sendo esta compreendida como parceira da equipa de saúde.

Nesta complementaridade e interdependência, coloca-se o desafio de (re) construir espaços de formação e de capacitação contínua, para que se possa pensar na responsabilização da comunidade pela saúde, mais do que um acto, uma atitude.

O ideal seria que, ao longo da sua formação, existissem formações no domínio dos aspectos sociais e culturais que influenciam o processo de gestão da própria saúde. A implementação de acções de formação complementares dirigidas aos enfermeiros, tanto a nível comunitário como hospitalar, pode também ser uma forma de alcançar esse objectivo.

Assim, a formação dos profissionais de saúde neste domínio, deveria ter como objectivo final a sua sensibilização acerca da necessidade de implementarem na prática e em todos os domínios da intervenção, os princípios e fundamentos do modelo biopsicossocial, no qual, todas as dimensões são levadas em consideração.

O acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem é feito através de formação aos diversos profissionais de saúde, como forma de apelar para a importância da criação efectiva de equipas multidisciplinares no domínio da saúde. Estas equipas devem apresentar-se de forma interdisciplinar, com um olhar amplo sobre a saúde da comunidade e envolvimento de profissionais de outras áreas como por exemplo, os professores, de forma a ampliar o conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, no seu contexto social, económico e cultural.

Mas esta acção não pretende apenas a formação dos profissionais da equipa, como também, a formação da comunidade, famílias e indivíduos, no sentido da responsabilização pela própria saúde, de modo a adoptar estratégias de promoção e manutenção da saúde ou prevenção da doença.

### C – Reorientar as práticas baseadas na participação da comunidade

O objectivo principal desta acção é o de coadjuvar responsabilidades dentro do contexto sócio-cultural, impondo a participação das famílias e seus elementos nos cuidados de saúde dos seus familiares próximos e da comunidade em geral.

Os objectivos específicos são:

- ☼ Aumentar o poder de decisão do indivíduo/família/comunidade;
- ☼ Promover a interacção comunitária individual e colectiva;

☼ Promover a mobilização e participação da comunidade.

Para alcançar os objectivos propostos nesta intervenção, as actividades propostas são as seguintes:

- ☼ Educação e promoção para a participação dos indivíduos e famílias na maternidade, infância, adolescência e velhice;
- ☼ Socialização das informações;
- ☼ Envolvimento os indivíduos/famílias/comunidade nas tomadas de decisão no diagnóstico, planeamento e execução de projectos e/ou acções sociais;
- ☼ Desenvolvimento de acções colectivas sobre: hipertensão, diabetes, alimentação e obesidade, ansiedade;
- ☼ Educação em saúde a grupos específicos e famílias em situação de risco.

O cuidado de saúde implica uma compreensão do indivíduo nos seus direitos, na sua especificidade e integralidade, pelo que o acto de cuidar exige uma postura que mobilize e envolva a comunidade, com maior responsabilização dos indivíduos e famílias. Assim sendo, este será um forte contributo para a melhoria da qualidade de vida, reconhecendo a autonomia do indivíduo e comunidade, bem como a capacidade de participar nas tomadas de decisão relativas à saúde.

A promoção da saúde visa acções comunitárias no sentido de desenvolver prioridades na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, com vista à melhoria das condições de saúde.

Os profissionais, familiares, vizinhos e todos aqueles que fazem parte da comunidade, compartilham responsabilidades pela assistência na saúde e doença. Esta atribuição de responsabilidades é uma estratégia para atingir os objectivos, adquirir capacidades e poder, de modo a enfrentar e resolver problemas de saúde.

O processo de participação e responsabilização das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais existentes, sensibilizando a auto-ajuda e o apoio social, de modo a desenvolver sistemas flexíveis para reforço da participação popular nos assuntos de saúde.

As estratégias para uma gestão da participação social da comunidade em questões relativas à saúde e ao seu desenvolvimento, pressupõe a interdisciplinaridade dos vários actores potencialmente promotores do estado completo de bem-estar físico, psíquico e social.



A responsabilização social e individual pela saúde física, social e comunitária, aumenta o potencial de escolha e o poder na tomada de decisões. Dividir, negociar e delegar funções pelo cuidado entre os profissionais, familiares, vizinhos e próprios indivíduos é uma necessidade imperiosa nos nossos serviços de saúde. As redes sociais de apoio têm o desafio de produzir autonomia ao fornecer um atendimento com a finalidade de criar linhas estratégicas para a responsabilização pela saúde. Neste sentido, os indivíduos são sujeitos da sua existência, o que os torna responsáveis pela sua saúde e a dos que o rodeiam.

A intervenção pontual no tempo e no espaço não aparece de forma paralela às actividades rotineiras do Centro de Saúde, o que pressupõe uma integração e organização das actividades através de práticas mais abrangentes, integrando os indivíduos/famílias e comunidade no processo de saúde e doença. A prestação de cuidados com o envolvimento dos indivíduos, proporciona mudanças positivas na relação entre os enfermeiros e a população, mas pode ser necessário a (re) estruturação dos serviços de saúde, bem como a relação com a comunidade a diversos níveis.

Por vezes, a identificação de uma necessidade de cuidados, implica o acompanhamento, inclusivé medicamentoso, de modo a promover a discussão com a família e comunidade sobre o problema, minimizando assim, alguns estigmas existentes. O acompanhamento durante a evolução natural dos problemas de saúde é feito através da monitorização contínua dos riscos individuais e colectivos, bem como, das necessidades de saúde.

Uma das formas de intervir com sucesso na responsabilização pela saúde é através de acções de educação para a saúde relacionadas com os principais problemas de saúde da comunidade. Deste modo, procura-se também a promoção, manutenção e recuperação da saúde.

A proposta de organização das práticas de saúde dirigidas e realizadas com e para a família e comunidade, pressupõe a restituição, valorizando os seus vínculos culturais e sociais, num movimento dialéctico que, enquanto os reafirma como indivíduos do processo saúde-doença, valoriza os seus vínculos como membros de grupos que vão da família à sociedade. Além disso, o elemento responsável deve ser situado numa posição diferente no seio da equipa interdisciplinar.

As práticas baseadas na responsabilização da família pressupõem que o elemento responsável pela tomada de responsabilidade da comunidade, na impossibilidade de prestar assistência à comunidade, delegue a um outro elemento ou estrutura social, a assistência à população.

A participação popular é uma componente estratégica para aumentar a base social e política, visando fortalecer as interações e integrar a população no processo de responsabilização social pela saúde.

#### D – Desenvolver a cultura de investigação

Esta área tem como objectivos específicos:

- ☼ Promover a cultura de investigação na Enfermagem;
- ☼ Adquirir novos conhecimentos;
- ☼ Promover a Prática Baseada na Evidência em Enfermagem.

Neste sentido, as actividades propostas são:

- ☼ Realização de reuniões periódicas para avaliar o desenvolvimento dos trabalhos e fomentar o debate de ideias novas que possam surgir;
- ☼ Realização de Jornadas e Workshops acerca das várias temáticas desenvolvidas;
- ☼ Participação em eventos/publicações para apresentar estudos de investigação em Enfermagem.

Para o desenvolvimento de uma cultura de investigação, é fundamental a realização de reuniões para o debate de ideias, de modo a consolidar o trabalho comunitário dos vários profissionais. A realização de Jornadas e Workshops, enquanto estratégia de acção para potenciar o debate de ideias, garante a continuidade do trabalho e divulgação dos resultados.

A formação profissional e educação continuada dos diversos profissionais permitem uma interacção social entre os trabalhadores e consequente fortalecimento das equipas multiprofissionais, de modo a promover uma maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, que possibilite maior autonomia e integração dos elementos na equipa. A formação é um aspecto fulcral para a possibilidade de humanização e responsabilização da comunidade nos seus direitos e deveres pela saúde.

As políticas sociais locais têm grande impacto na participação popular pela gestão da responsabilidade articulada, pelo que é fundamental abrir novos espaços de participação sócio-política. Neste sentido, há uma crescente necessidade de partilhar os saberes relacionados com as práticas e atitudes dos diversos actores envolvidos, tanto nas experiências inovadoras, como nas práticas tradicionalmente desenvolvidas.

A divulgação dos resultados garante a eficácia e continuidade das acções desenvolvidas, mesmo que sejam encontradas dificuldades nos critérios de escolha e tomada de decisão.

Além do que foi referido anteriormente, é de salientar que a utilização dos resultados de trabalhos de investigação na prática, constitui um dos pilares para a prática baseada em evidências, em qualquer área de actuação do enfermeiro, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O processo de implementação dos resultados da investigação envolve a produção do conhecimento, sua transmissão e utilização, de modo a mudar atitudes da prática de cuidados.

A utilização da investigação na prática é um processo organizacional em que é fundamental um ambiente institucional que estimule e reforce os esforços dos enfermeiros e outros profissionais, no intuito de induzir a mudança. A utilização dos resultados da investigação, deve ser considerado como um processo, tanto organizacional, como individual, pelo que é imperativo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e valores essenciais para um pensamento crítico, reflexivo e orientador da prática. (Caliri e Marziale, 2000)

### **III. – Recursos**

Para a implementação e desenvolvimento das actividades previstas na proposta do plano de acção, é necessário o conhecimento da comunidade em causa, desde as infra-estruturas até aos valores culturais. O êxito do plano também depende dos parceiros e dos recursos humanos e materiais disponíveis na comunidade, que possam potencializar as acções propostas.

Relativamente aos recursos humanos, é necessário garantir o apoio e envolvimento dos vários profissionais de saúde do Centro de Saúde, de professores,

elementos da Junta de Freguesia, de um representante da Associação Cultural e Recreativa, do farmacêutico ou técnico de farmácia e de pelo menos um elemento do Hospital da área. Todos estes elementos são fundamentais para o diagnóstico das necessidades de saúde, planeamento e implementação das acções do plano de acção.

## **Notas Finais**

O presente Plano de Acção tem a finalidade de implementar uma estratégia com vista à promoção da responsabilização da comunidade pela sua saúde. Para tal, foram previstas actividades que serão avaliadas por instrumentos que permitam um feedback relativamente à eficácia da estratégia adoptada. Para cada actividade foram definidos objectivos que visam o desenvolvimento do trabalho em equipa com envolvimento da comunidade, de modo a criar conhecimentos e informações que conduzam à reflexão.

A responsabilização da comunidade pela saúde deve fazer parte dos programas de saúde. Esta é uma actividade de grande relevância no nosso país, tanto em meio rural como urbano, independentemente da região, uma vez que as acções desenvolvidas procuram a responsabilização não só dos profissionais de saúde e utentes, como também e sobretudo, de toda a comunidade, através de parcerias e co-responsabilidades.

Segundo Galvão et al (2003), a abordagem qualitativa constitui um caminho para o desenvolvimento progressivo do conhecimento da enfermagem baseada em evidências. Nesta perspectiva, estudos desta natureza contribuem para aumentar a compreensão da experiência de saúde e doença, além de contribuírem com resultados para a prática baseada em evidências.

A implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados contribui para o desenvolvimento de indicadores de qualidade e programas de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Deste modo, a implementação do plano de intervenção sócio-organizacional contribui para uma melhor compreensão do processo de saúde e doença, no sentido da mudança e melhoria dos cuidados de saúde.

De seguida, será apresentada a matriz de enquadramento lógico da proposta de acção que dispõe os objectivos propostos para cada área de intervenção, as actividades previstas e os recursos necessários para a implementação, avaliação e divulgação das informações obtidas.

**Quadro 33: Matriz de Enquadramento Lógico da Proposta do Plano de intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária para a promoção da responsabilização da comunidade pela sua saúde e valorização da participação da comunidade**

Objectivo Geral	Objectivos Específicos	Indicadores	Actividades	Avaliação	Resultados Esperados	Recursos
<b>Dinamizar o trabalho da equipa de comunidade.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar a partilha de conhecimentos e experiências no seio da equipa.</li> <li>- Promover a melhoria da qualidade e das condições de vida e saúde da comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de elementos da equipa.</li> <li>- Periodicidade das reuniões multidisciplinares.</li> <li>- Número de reuniões e sessões de divulgação efectuadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da colaboração do Centro de Saúde, Escola, Junta de Freguesia, Associação Cultural e Recreativa, Farmácia e Hospital da área.</li> <li>- Reuniões periódicas entre os representantes de cada instituição.</li> <li>- Secções de divulgação e debate de conhecimentos e experiências.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relatórios das reuniões e secções de divulgação efectuadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer as acções intersectoriais.</li> <li>- Articular os meios para promover as práticas de responsabilização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posters e folhetos de divulgação e promoção sobre a equipa de saúde de comunidade.</li> </ul>
<b>Promover a formação contínua.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver acções de formação para actualização dos conhecimentos acerca da participação da comunidade na gestão da própria saúde.</li> <li>- Promover a igualdade, universalidade e equidade nos cuidados de saúde.</li> <li>- Promover a transmissão e actualização de conhecimentos e aprendizagem contínua.</li> <li>- Proporcionar um estreitamento nas relações entre os actores envolvidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de acções de formação efectuadas à equipa de saúde da comunidade.</li> <li>- Número de acções de formação efectuadas aos profissionais de saúde.</li> <li>- Número de acções de formação efectuadas na comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acções de Formação dirigidas à equipa para planear e avaliar as acções desenvolvidas.</li> <li>- Acções de Formação dirigidas aos indivíduos e famílias, a realizar na comunidade para sensibilização da responsabilização pela saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de momentos de avaliação.</li> <li>- Relatórios das acções de formação efectuadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuação multiprofissional sustentada por uma construção interdisciplinar com responsabilização integral sobre a comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material didáctico de suporte às acções de formação.</li> <li>- Outros materiais de apoio adquiridos através da colaboração das várias entidades envolvidas.</li> </ul>

<p><b>Reforçar a intervenção baseada na participação da comunidade.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o poder de decisão do indivíduo/família/comunidade.</li> <li>- Promover a interacção comunitária individual e colectiva.</li> <li>- Promover a mobilização e participação da comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de reuniões realizadas com os indivíduos/famílias/comunidade.</li> <li>- Número de reuniões com grupos de risco específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação e promoção para a participação dos indivíduos e famílias na maternidade, infância, adolescência e velhice.</li> <li>- Socialização das informações.</li> <li>- Envolvimento os indivíduos/famílias/comunidade nas tomadas de decisão no diagnóstico, planeamento e execução de projectos e/ou acções sociais.</li> <li>- Desenvolvimento de acções colectivas sobre: hipertensão, diabetes, alimentação e obesidade, ansiedade.</li> <li>- Educação em saúde a grupos específicos e famílias em situação de risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relatório das reuniões efectuadas.</li> <li>- Reuniões periódicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento das interacções e integração da comunidade no processo de responsabilização social pela saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material para promover a educação da comunidade.</li> <li>- Material para promover a divulgação dos resultados.</li> </ul>
<p><b>Desenvolver a cultura de investigação.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a cultura de investigação na Enfermagem.</li> <li>- Adquirir novos conhecimentos.</li> <li>- Promover a Prática Baseada na Evidência em Enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de reuniões, jornadas e workshops realizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de reuniões periódicas para avaliar o desenvolvimento dos trabalhos e fomentar o debate de ideias novas que possam surgir.</li> <li>- Realização de Jornadas e Workshops acerca das várias temáticas desenvolvidas.</li> <li>- Participação em eventos/publicações para apresentar estudos de investigação em Enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação dos trabalhos desenvolvidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de um núcleo de investigação.</li> <li>- Reconhecimento das contribuições da investigação com novas propostas de investigação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar os recursos da Prática Baseada na Evidência.</li> </ul>



---

**BIBLIOGRAFIA**







## **BIBLIOGRAFIA**

### **1. Bibliografia citada e consultada**

ABDELMALEK, Ali Aït e GÉRARD, Jean-Louis (1995), **Ciências Humanas e Cuidados de Saúde, Manual para Profissionais de Saúde**, Lisboa: Instituto Piaget, Coleção Medicina e Saúde.

ABREU, Wilson Correia de (2002), **Identidade, Formação e Trabalho: das Culturais Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros**, Coimbra: Formasau/Educa, 133-134.

ABREU, Wilson Correia de (2003), **Saúde, Doença e Diversidade Cultural**, Lisboa: Edições Piaget (Medicina e Saúde).

ALBARELLO, Luc et al (2005), **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**, 2.<sup>a</sup> edição, Lisboa: Gradiva.

ALFERES, Valentim Rodrigues (1987), “O Corpo: Regularidades Discursivas, Representações e Patologias”, Coimbra: **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n.º 23 (Set.), pp. 211-219.

ALMEIDA, João Ferreira (1994), **Introdução à Sociologia**, Lisboa: Universidade Aberta.

ALMEIDA, Cristiana et al (1997), “Opinião dos familiares face ao acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento”, Lisboa: **Enfermagem Em Foco**, Sindicato dos enfermeiros Portugueses, Ano VII, n.º 28, pp. 36-42.

ALMEIDA, João Ferreira e PINTO, José Madureira (s.d.), **A Investigação nas Ciências Sociais**, Évora: Biblioteca de Textos Universitários (Escola Superior de Estudos Sociais e Económicos “Bento de Jesus Caraça”).

AMADO, J. S. (1998), **Análise de Conteúdo**, Textos de Apoio da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, pp.32-50.

ATLAS DAS CIDADES DE PORTUGAL (2002), **Estatísticas Gerais**, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

BARBIERI, Maria do Céu (2004), “A Avaliação Familiar pelo Enfermeiro de Família: proposta de um instrumento de recolha de dados baseado em Wright E. Leahey (2002)”, **Revista Sinais Vitais**, n.º 55, pp. 23-30.

BARDIN, Laurence (1994), **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70.

BASTOS, Cristiana e LEVY, Teresa (1987), “Aspirinas, Palavras e Cruzes: Práticas Médicas Vistas pela Antropologia”, Coimbra: **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n.º 23 (Set.), pp. 221-232.

BASTO, Marta Lima e COELHO, M. (2000), “Interacção enfermeiro/utilizador em cuidados de saúde primários”, **Revista Investigação em Enfermagem**, n.º 2, pp. 3-10.

BASTO, Marta Lima e PORTILHEIRO, Catarina (2003), “Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros”, **Revista Investigação em Enfermagem**, n.º 7, pp. 42-51.

BENJUMES, Cármen de la Cuesta (1999), “Contribucio de la Investigacion Cualitativa al Campo de la Salud”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 27, pp.33-35.

BOGDAN, Robert, e BIKLEN, Sari (1994), **Investigação Qualitativa em Investigação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**, Porto: Porto Editora.

- BOLANDER, Verolyn Rae (1998), **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**, Lisboa: Lusodidacta.
- BRAGA, C. F. S. M. (2000), **A Saúde e a Doença na Peneda. Comportamentos e Práticas**, Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Porto, Universidade Aberta.
- BRAGA, Cristiane Giffoni (1997), “Enfermagem Transcultural e as Crenças, Valores e Práticas do Povo Cigano”, São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Vol. 31, n.º 3, pp. 498-516.
- BRAVO, Sierra (1994), **Técnicas de Investigación Social**, 9.ª edição, Madrid: Editorial Parainfo S.A.
- BULBENA, A. (1998), “Psicopatología de la Afectividad”, in RUILOBA, J.V. (coord.), **Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**, 4.ª edição, Barcelona : Masson, pp.221-236.
- BULE, Maria José Abrantes (2002), **Métodos de Investigação para as Ciências Sociais: Representações Sociais da Saúde e Doença**, Évora: Universidade de Évora, VII Curso de Mestrado em Sociologia.
- CABRAL, Manuel Villaverde (coord.); SIVA, Pedro Alcântara de; MENDES, Hugo (2002), **Saúde e Doença em Portugal**, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais/Instituto de Ciências Sociais.
- CALIRI, Maria Helena Larcher e MARZIALE, Maria Helena Palucci (2000), “A Prática de Enfermagem Baseada m Evidências. Conceitos e Informações Disponíveis Online”, São Paulo: **Revista latino-am. Enfermagem**, volume 8, n.º 4, pp. 103-104.

CAMILO, João (2000), “S. Domingos de Carmões – Freguesia desde o século XVI (?)”, Torres Vedras: Jornal “**Badaladas**” (Suplemento número 14: Freguesias), n.º 2298, pp.1-8.

CARAPINHEIRO, Graça (1993), **Saberes e Poderes no Hospital**, Porto: Afrontamento.

CARRAÇA, I. R., (1991), **Evolução das Doenças Crónicas com Elevado Consumo de Consultas/Ano. Tipo de Atendimento e Relação Médico-Doente**, Porto: Bial.

COLLIÈRE, Marie Françoise (1989), **Promover a Vida**, Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CONCEIÇÃO, Maria de Fátima e RAMOS, Paula Cristina Alvim (2004), “Visita de Referência: Cuidados em Parceria”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 56, pp. 56-59.

COSTA, Alexandra; MADEIRA, Alexandra e MATIAS, Elisabete (2004), “Autonomia em Enfermagem”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 56, pp. 63-64.

COSTA, J. A. e MELO, A. S. (1998), **Dicionário da Língua Portuguesa**, 8.<sup>a</sup> edição, Porto: Porto Editora.

CRESSON, Geniève (1995), **Le Travail Domestique de Santé: analyse sociologique**, Paris: Éditions L’Harmattan, Logiques Sociales.

CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro e PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos (2005), Prática baseada em evidências, aplicadas ao diagnóstico raciocínio, São Paulo: **Revista Latino-am Enfermagem**, n.º 13 (3), pp. 415-422.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA (1999), Porto: Porto Editora.

DRULHE, Marcel (1996), **Santé et Société: Le façonnement sociétal de la santé**, Paris: Presses Universitaires de Francês, Sociologie d'aujourd'hui.

DUARTE, Susana (2002), **Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as Pessoas ao Médico?**, Coimbra: Quarteto Editora (Colecção Educação e Saúde nº3).

FERGUSON-MARSHALLECK, Eleanor G. e MILLER, J. Kim (2005), “Influências Socioculturais na Saúde da Família” in Shirley May Harmon Hanson, **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**, Loures: Lusociência, pp.109-129.

FERNANDES, Otilia M. T. e LOPES, Maria A. P. (2002), “Corpo, Saúde e doença: Que representações dos enfemeiros?”, Coimbra: **Revista Investigação em Enfermagem**, Edições Sinais Vitais, nº6 Ago, . 4-6, 16.

FERNANDES, Nelson César dos Santos (1998), “O Futuro Produz-se”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 20, pp. 10-11.

FERREIRA, Maria Paula M. R. (2002), **O Utente Idoso: Conhecer para Melhor Comunicar e Intervir**, Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde (Universidade Aberta).

FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar Barbieri de (1998), “Enfermagem: que Futuro”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 20, pp. 8-9.

FIGUEIREDO, Elisabete (1994), O Espaço Rural em Questão – Contributos para uma Reflexão em Torno do Conceito de Ruralidade, **Rurália** (3), pp. 23-31.

FOLFEY, Regina e WURMSER, Theresa (2004), “Culture Diversity/A Mobile Workforce Command Creative Leadership, New Partnerships, and Innovative Approaches to Integration”, **Nursing Administration Quarterly**, vol. 28, n.º 2, Apr-Jun, Academic Research Library, pp. 122-128.

FONTES, António Lourenço e SANCHES, João Domingos Gomes (1995), **Medicina Popular Barrosã: Ensaio de Antropologia Médica**, Lisboa: Editorial Notícias, (Colecção coisas nossas).

FOUCAULT, Michel (2004), **O Nascimento da Clínica**, 6.<sup>a</sup> edição, São Paulo: Forense Universiária.

GAMITO, L. (1980), “A variável cultural na relação médico-doente”, **Psiquitria Clínica** (1), Suplemento, pp.51-54.

GÂNDARA, Maria Manuela (1998), “Predizer o Futuro da Profissão”, **Revista Sinais Vitais**, n.º 20, pp. 12-14.

GAUTHIER, Benôit (2003), **Investigação Social: da Problemática à Colheita de Dados**, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 3.<sup>a</sup> Edição.

GEORGE, Julia B. (1993), **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**, Porto Alegre: Artes Médicas, p.338.

GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin (1992), **O Inquérito – Teoria e Prática**, Lisboa: Editora Celta.

GIL, António Carlos (1989), **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, 2<sup>a</sup> ed., São Paulo: Editora Atlas S.A.

GIL, José (1997), **Metamorfoses do corpo**, Lisboa: Relógios D’ Água editores.

GONÇALVES, Amadeu Matos (s/ data), **A Doença Mental e a Cura: um Olhar Antropológico**, Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu, pp. 159-171.

GONÇALVES, Pedro Coelho (2004), “Ser um Bom Enfermeiro...”, **Revista Sinais Vitais**, n.º 56, pp.61-62.

GONÇALVES, Águeda (1999), “Satisfação Profissional em Enfermagem: Resultados Empíricos”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 23, pp. 19-22.

HANSON, Shirley May Harmon (2005), **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**, Loures: Lusociência, pp.109-129.

HARRÉ, R. (1984), “Some Reflections on the Concept of «Social Representation», **Social Research**, 51(4), pp. 16-24.

HELMAN, Cecil G. (2003), **Cultura, Saúde e Doença**, 4ª edição, Porto Alegre: Artmed Editora.

HERZLICH, Claudine (1969), **Santé et Maladie, Analyse d'une Representation Sociale**, Paris: Ed. Mouton.

HERZLICH, Claudine (1973), **Health and Illness: a social psychological analysis**, Londres: Academic Press.

HERZLICH, Claudine (1996), **Santé et Maladie, Analyse d'une Representation Sociale**, Paris: Éditions de L'École de haute etudes en sciences sociales.

HERZLICH, Claudine (2004), “Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública”, Rio de Janeiro: **PHYSIS – Revista de Saúde Colectiva**, 14 (2), pp. 383-394.

HERZLICH, Claudine e PIERRET, Janine (1984), “The social construction of the patient”, **Social Science and Medecine**, 20 (2), pp. 145-151.

HERZLICH, Claudine e PIERRET, Janine (1991), **Maladies d'hiers, Maladies d'aujourd'hui**, Paris: Ed. Payot.



HERZLICH, Claudine e ADAM, Philippe (1994), **Sociologie de la Maladie et de Médecine**, Paris: Nathan Université.

HESBEEN, Walter (1997), **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do Cuidar**, Loures: Lusociência.

HESPANHA, Maria José Ferros (1987), “O Corpo, a Doença e o Médico – Representações e Práticas Sociais numa Aldeia”, Coimbra: **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n.º 23 (Set.), pp. 195-210.

HONORÉ, Bernard (2002), **A Saúde em Projecto**, Loures: Lusodidacta.

HOUAISS et al. (2003), **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**, Lisboa: Instituto António Houaiss de Lexicografia Portuguesa (Temas e Debates).

IMPERATORI, E. ; GIRALDES, M. R. (1993); **Metodologia do Planeamento da Saúde**, 3.ª edição, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

IMPERATORI E. (1999), **Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos serviços de Saúde. Glossário**, Lisboa: Edinova.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001a), **Anuário Estatístico da Região de Lisboa e Vale do Tejo, Estatísticas gerais**, Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001b), **Censos 2001 – Resultados Definitivos**, Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002), **Atlas das Cidas de Portugal, Estatísticas gerais**, Lisboa.

ITURRA, R. (1991), **A religião como teoria da reprodução social**, Lisboa: Escher.

JODELET, Denise (1981), **Représentation Sociale du corps**, Paris: Presses Universitaires de France.

JODELET, Denise (1984), **Représentation Sociale**, in *Psychologie Sociale*, Paris: Presses Universitaires de France.

JODELET, Denise (1989), **Les Représentations Sociales**, Paris: Presses Universitaires de France.

JODELET, Denise (1994), **Représentations Sociales: un domaine en expansion**, in: *Les Représentations Sociales*, 4.<sup>a</sup> ed., Paris: Presses Universitaires de France.

KLEINMAM, Arthur; M. D. (1988), “Suffering, healing and the human condition”, in *the Illness Narratives Basics Books, Inc.*, New York, 3-29, pp.251-567.

LAKATOS, E. e MARCONI, M. (1992), **Metodologia no Trabalho Científico**, 4<sup>a</sup> ed., São Paulo: Atlas S.A.

LEA, Amandah (1994), “Nursing in today’s multicultural society: a transcultural perspective”, *Journal of advanced Nursing*, vol. 20, n. ° 2 Agosto, pp. 307-312.

LEANDRO, Maria Engrácia (2001), “A saúde no prisma dos valores da modernidade”, Porto: Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia, **Separata dos Trabalhos de Antropologia e Etnologia**, Volume XLI (3-4), pp. 67-93 (polic.).

LE BRETON, David (1990), **Anthropologie du Corps et Modernité, Sociologie d’aujourd’hui**, Paris : Presses Universitaires de France.

LEININGER, Madeleine (1997), “Conferência – Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial, (II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa, 8-10 Outubro, 1997, Lisboa, Portugal)”, Lisboa: **Revista in Enfermagem**, n.º 10, 2.<sup>a</sup> Série, pp.32-36.

LEISER, David (s/ data), **Logique e Sources de l'adhésion aux médecines parallèles**, Université Ben-Gourion.

LOPES, Isabel Pereira (1998), “Macau: Vivências Multiculturais”, **Revista Sinais Vitais**, n.º 20, pp. 49-50.

LUZ, António Luís da Conceição (1991), “Medicina caseira, escolaridade e auto-responsabilização – contributo para a definição do papel dos serviços”, Lisboa: **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, vol.9, n.º 1, pp.49-71.

MAGÃO, M. (1992), **Cuidar, Significado e Expressão na Formação em Enfermagem**, Lisboa: Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, no âmbito do 3.º Curso de Pedagogia Aplicada no Ensino de Enfermagem.

MAROTE, Ana et al (2005), “Realidade dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes na Região Autónoma da Madeira”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 61, pp. 19-24.

MARRUCHO, Maria do Céu Antunes Martins (1998), **Modos de Vida e Situação de Saúde de uma Pequena Comunidade Rural**, Évora: Tese de Mestrado em Sociologia (Universidade de Évora).

MARTINS, Paulo Henrique (1998), **As terapias alternativas e a libertação dos corpos**, São Paulo: Trabalho apresentado no seminário temático STO2 “Nova Era e o complexo alternativo”, VII Jornadas sobre Alternativas Religiosas na América Latina (policop.).

MEINES, Marion (1999), “Devem as Terapias Alternativas ser Integradas na Medicina Convencional?”, Lisboa: **Revista Servir**, Vol. 47, n.º 2, pp.79-85.

MILLER, D. (2001), “Tendências nos Auto-cuidados”, Lisboa: **Revista Patient Care – Edição Portuguesa** (6, 56), Janeiro, pp.39-51.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997), **Estatísticas de Saúde 1995/96 - Inquérito Nacional de Saúde**, Região de Lisboa e Vale do Tejo: dados gerais/Editor Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

MORAIS, J. A. David de (2005), “Breves nótulas médico-antropológicas sobre o tratamento vernáculo do “cobro” (herpes zóster) no Alentejo”, **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, Vol. 12, n.º 2, pp.56 – 62.

MOREIRA, Carlos Diogo (1994), **Planeamento e Estratégias de Investigação Social**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais.

MOSCOVICI, Serge (1961), **La psychanalyse, son image et son public**, Paris: Presses Universitaires de France.

MOSCOVICI, Serge (1979), **Communication présentée au colloque sur les Représentations Sociales**, Paris, Jan.

MOSCOVICI, Serge (1981), “On Social Representation”, in: FORGAS, Joseph **Social cognition: perspectives on everyday understanding**, Londres: Academic Press.

MOSCOVICI, Serge (1984), **Psychologie Sociale**, Paris: Presses Universitaires de France.

MOSCOVICI, Serge (1989), Des représentations collectives aux représentations sociales, in JODELET, D. (ed.), **Les Représentations Sociales**, Paris: Presses Universitaires de France.

MUÑOZ, Juan José Pugadas (1992), **El Método Biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales**, Colección Cuadernos Metodológicos, n.º5, Madrid: CIS.

NUNES, Berta (1997), **O Saber Médico do Povo**, Lisboa: Fim de Século (margens).

NUNES, Luís Ângelo Saboga (s/ data), **O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico**, IV Congresso Português de Sociologia.

PATITA, Maria da Luz Almeida e FARINHA, Fernanda Cavalheiro (1999), “Trabalhar em Equipa. Desafio para Trabalhar Melhor”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 23, pp. 33-34.

PATROCÍNIO, Maria Isabel Marreiros (2004), “Narrativa e Enfermagem – A intervenção cognitiva narrativa em enfermagem: uma forma de lidar com a ansiedade e prevenir depressão em doentes com acidente vascular cerebral”, **Revista Investigação em Enfermagem**, n.º 10, pp. 3-17.

PEREIRA, José Morgado (1987), “Será Possível uma Nova Medicina?”, Coimbra: **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n.º 23 (Set.), pp. 185-193.

PEREIRA, Luís Silva (1993), **Medicinas Paralelas e Prática Social**, Sociologia - Problemas e Práticas, nº14, pp. 159-175.

PESTANA, Maria Teresa (1996), “A Formação dos Enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural”, **Revista Portuguesa de Enfermagem**, n.º 1 – 3.º Trimestre, pp. 183-297.

PINTO, Miguel Correia e GODINHO, Manuel Mira (2003), “Conhecimentos Tradicionais e Propriedade Intelectual”, **Sociologia, Problemas e Práticas**, n.º 42, pp. 99-111.

POLIT, D. e HUNGLER, B. (1995), **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, 3ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas.

PONTES, Fátima (2002), “Enfermagem Transcultural: Um Subcampo a Explorar”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 44, pp. 59-66.

PORTUGAL, Helena Jesus Marques Tavares (1999), “Modelo Teórico de Enfermagem: Contribuição para a Autonomia Profissional”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 26, pp.13-14.

PURNELL, Larry (2005), “The Purnell Model for Cultural Competence”, **Journal of Multicultural Nursing & Health: Proquest Nursing Journals**, Summer, Vol. 11, n.º 2.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van (1997), **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, 2ª edição, Lisboa: Gradiva.

RAMINHOS, M. E. (1999), **Mezinhas Populares do Algarve**, 4.ª edição, Portimão: Contramargem.

RAMOS, Natália (2001), “Comunicação, Cultura e Interculturalidade: para uma Comunicação Intercultural”, Coimbra: **Revista Portuguesa de Pedagogia**, Ano 35 – 2, pp. 162-169.

REIS, Joaquim e FRADIQUE, Fernando (2004), “Significações Leigas de Saúde e de Doença em Adultos”, **Análise Psicológica**, 3 (XXII), pp. 475-485.

RIBEIRO, J. L. P. (1996), “Saúde e Desenvolvimento”, Lisboa: **Revista Análise Psicológica** (XIV), Abril-Setembro, pp. 177-190.

RIBEIRO, J. L. P. (1998), **Psicologia e Saúde**, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

SÁ, Celso Pereira de (1996), **Núcleo Central das Representações Sociais**, Petrópolis: Editora Vozes.

- SALVADO, Maria Manuela G. Gândara J. (1994), **O Poder na Relação Enfermeiro/Doente**, Lisboa: Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.
- SANTOS, Maria Lourdes Lima dos (1988), “Questionamento à volta de três noções (a grande cultura, a cultura popular, a cultura de massas)”, **Revista Análise Social**, vol. XXIV (101-102), pp. 689-702.
- SEGALEN, Martine (1999), **Sociologia da Família**, Lisboa: Terramar.
- SEVALHO, Gil (1993), “Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença”, Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 9 (3), pp. 349-363.
- SILVA, Sérgio Luís P. (1991), **Pensamento Político e Representação Ambiental: elementos de compreensão do habitus sócio-ambiental da sociedade contemporânea**, Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, n.º 19. (policop.)
- SILVA, J. A. Aranda da et al (1997), **Medicamentos Farmacoterapia**, Lisboa.
- SILVA, Rita Susana e OLIVEIRA, Rotanda Meneses (1998), “A enfermagem aos Olhos da Sociedade”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 16, pp. 27-31.
- SILVA, Ana C. Martins (1999), **Representações Sociais dos Maus Tratos Infantis**, Relatório de Seminário Temático da licenciatura em Sociologia, Évora: Universidade de Évora.
- SILVA, Maria Júlia Pães da e BENKO, Maria Antonieta (1998), “O Uso de Terapias Alternativas por Enfermeiros Docentes”, Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 51, n.º 3, pp. 457-468.

SILVA, Natália Sofia e PEREIRA, Maria da Graça (2002), “Representações de Saúde e Comportamentos em Utentes de Centros de Saúde da Zona Norte”, Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho: **Revista Psicologia – Teoria, Investigação e Prática**, 2, pp. 289-303.

SILVA, Cristina Maria Soares da (2003), **Saúde e Envelhecimento – A Autogestão da Saúde no Ocaso da Vida**, Braga: Tese de Mestrado em Sociologia/Especialização em Sociologia da Saúde (Universidade do Minho).

SILVA, Cristina Maria Soares da; LEANDRO, Maria Engrácia (s/ data), **Saúde e Envelhecimento: Estratégias de Autogestão da Saúde**, Vº Congresso Português de Sociologia – Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção (polic.).

SILVA, Luís Ferreira da (2004), **Sócio-Antropologia da Saúde: Sociedade, Cultura e Saúde/Doença**, Lisboa: Universidade Aberta.

SOBREIRA et al (2004), “Desenvolvimento Pessoal do Enfermeiro: Contextos da Prática e da Formação”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 56, pp. 14 a 18.

SPINK, Mary Jane P. (1995), **O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**, São Paulo: Editora Brasiliense.

STAHOPÉ, Márcia; LANCASTER, Jeanette (1999), “A Diversidade Cultural e a Prática de Enfermagem Comunitária”, **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**, 1.ª Edição Portuguesa (4.ª Edição em Inglês), Lisboa: Lusociência, pp. 127-145.

STROEBE, Wolfganga e STROEBE, Margaret S. (1995), **Psicologia Social e Saúde**, Lisboa: Instituto Piaget.

SUBTIL, Carlos Lousada (1997), “Famílias Monoparentais e Saúde”, Coimbra: **Revista Sinais Vitais**, n.º 15, pp.35-38.



TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz (2002), “Representações Sociais Sobre a Saúde na Velhice: um Diagnóstico Psicossocial na Rede Básica de Saúde”, Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho: **Revista Psicologia – Teoria, Investigação e Prática**, 1, pp.125-142.

VALA, J. (1986), A Análise de Conteúdo, in SILVA, A.S.; PINTO, J. M. (coord.), **Metodologia das Ciências Sociais**, 8.<sup>a</sup> ed., Porto, Afrontamento, pp. 101-128.

VALA, Jorge (1993), “As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social”, **Revista Análise Social**, vol. XXVIII (123-124), pp. 887-919.

VALA, Jorge (1993), “Representações Sociais – para uma psicologia social do pensamento social” in ALA, J. e MONTEIRO, M. B. (org.), **Psicologia Social**, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

VICENTE, Paula et al (1996), **Sondagens – A Amostragem como Factor Decisivo de Qualidade**, Lisboa: Edições Silabo.

WALL, Karin, (2003), “Famílias no Censo 2001 – Estruturas domésticas em Portugal”, **Sociologia, Problemas e Práticas**, n.º 43, p. 9-11.

## 2. Outros documentos

### Internet:

BOEHS, Astrid Eggert (2002), “Análise dos conceitos de Negociação/Acomodação da Teoria de M. Leininger”, **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Volume 10, n.º 1, Ribeirão Preto) pp. 1-12. Acedido a 11/09/2006 em <http://www.scielo.br.br/scielo.php?pid=S0104->

**CÂMARA MUNICIPAL DE TORRES VEDRAS (2006), Concelho de Torres Vedras, <http://www.cm-tvedras.pt>.**

MIRANDA, Karla Corrêa Lima e BARROSO, Maria Grasiela Teixeira (2004), “A Contribuição de Paulo Freire à Prática e educação Crítica em Enfermagem”, **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Volume 12, n.º 4, Ribeirão Preto) pp. 1-7. Acedido a 11/09/2006 em <http://www.scielo.br.br/scielo.php?pid=S0104->.

PINTO, Elísio Augusto Gomes (2004), **Perfil de Saúde – Um recurso a Gerir**. Acedido a 11 de Outubro de 2005 em <http://www.ipleiria.pt/index.php?id=5404>.

**Outros:**

Decreto-Lei n.º 161/96, do Ministério da Saúde, **Diário da República I Série n.º 205** de 4 de Setembro (Aprova o regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros).



---

**ANEXOS**





## **ANEXO I**

### **Guiões das Entrevistas: Comunidade e Enfermeiros**

### Guião da Entrevista (Comunidade)

Objectivos da Investigação	Questão Principal	Questões Secundárias
<p>⇒ Analisar as representações de saúde e doença.</p>	<p>* O que é para si estar doente?</p>	<p>* Como vai a sua saúde? (Costuma sentir-se bem?) * Quando está doente, qual a origem dos seus problemas de saúde? * Acha que ter uma boa saúde depende essencialmente de quem?</p>
<p>⇒ Caracterizar o acto de procura de cuidados de saúde.</p>	<p>* Quando sente que está a ficar doente o que é que costuma fazer? * Quando está doente vai normalmente a que local?</p>	<p>* O que costuma fazer para evitar certos problemas de saúde? * Quando está doente ou sente alguma coisa, com quem costuma conversar, pedir conselhos ou ajuda? * Onde ou com quem costuma informar-se sobre os cuidados que deve ter com a sua saúde? * Costuma ir ao médico de família? Se sim, em que situações? * Quando foi a última consulta ao seu médico de família? Qual o motivo?</p>
<p>⇒ Caracterizar as estratégias de autogestão da saúde.</p>	<p>* Quando tem de resolver um problema de saúde sozinho, o que costuma fazer?</p>	<p>* Onde adquire os medicamentos? Como faz para adquirir os seus medicamentos? * Acha que se encontra isolado(a) em relação, à família, vizinhos e amigos? Porquê?</p>
<p>⇒ Caracterizar o papel da família na gestão da saúde dos seus membros.</p>	<p>* Na sua família, quem é o principal responsável pela saúde dos restantes elementos?</p>	<p>* Perante um problema de saúde, qual a reacção e atitude dos restantes elementos da sua família? * Quando tem de ir ao médico, alguém o(a) acompanha? Quem?</p>
<p>⇒ Identificar as terapêuticas paralelas a que recorrem os indivíduos.</p>	<p>* Além dos tratamentos recomendados pelo médico o que é que costuma fazer?</p>	<p>* Acha que os médicos são os únicos com a capacidade de decidir sobre o tratamento e a cura? Porquê?</p>

⇒ Identificar os factores que motivam a procura de cuidados na medicina paralela.

\* O que o leva a procurar ajuda em outros tipos de tratamentos?

\* Acredita que outras pessoas para além dos médicos e enfermeiros são capazes de “tratar” doenças? Se sim, quais?

\* Que tratamentos caseiros costuma fazer para resolver alguns problemas de saúde?

\* Que tipo de práticas “paralelas” recorre isoladamente ou como complemento aos tratamentos recomendados pelo seu médico? (Se não foi respondido antes)

\* Costuma recorrer a algumas dessas práticas? Como costuma fazer?

\* Em que situações procura/procuraria tratamentos em cuidadores das práticas paralelas (curandeiro, endireita, bruxo, vidente, padre, homeopata, osteopata, acunpuctura...)?

\* Considera que existem algumas diferenças ou são apenas práticas complementares? Que diferenças considera?

\* Pode descrever-me uma situação em que tenha recorrido a práticas paralelas com sucesso? (Se não respondeu antes)



### Guião da Entrevista (Enfermeiros)

<b>Objectivos da Investigação</b>	<b>Questão Principal</b>	<b>Questões Secundárias</b>
☛ Analisar as representações de saúde e doença.	* O que é para si estar doente?	* A sua concepção de saúde e de doença modificou-se ao longo da vida? Justifique. * Ao que se refere quando fala de saúde e doença? * Quando está doente, qual a origem dos seus problemas de saúde?
☛ Caracterizar a medicina paralela.	* O que entende por medicina paralela?	* Considera o termo "paralelas" correcto, para caracterizar as alternativas? Justifique. * Considera que existem algumas diferenças ou que são apenas práticas complementares ou alternativas em relação à medicina convencional?
☛ Caracterizar o estatuto da medicina paralela.	* Como vê o futuro das medicinas paralelas em Portugal?	* Como caracteriza o sistema de saúde português? * Considera que os médicos são os únicos que devem tomar a decisão relativamente ao tratamento? Justifique. * Considera que as medicinas paralelas deverão ser um desafio ou complemento à medicina convencional?
☛ Legitimidade das medicinas paralelas.	* Acha que é possível as medicinas paralelas adquirem o mesmo estatuto que a medicina convencional?	* Considera importante a regulamentação de algumas medicinas paralelas? * No caso de regulamentação das práticas paralelas, quais as práticas que considera mais importantes para serem regulamentadas? * Não acha que as receitas do chá e os produtos naturais devam ter

desconto?

⇒ Contribuir para um modelo de investigação-formação-acção.

\* No caso de regulamentação das práticas paralelas, qual o impacto que poderá ter sobre a medicina convencional? E quais as implicações para a sociedade?

\* Em termos de profissionalismo e profissionalização, o que é falta às medicinas paralelas para atingir ou concretizar uma maior visibilidade social e prestígio?

\* Considera importante a existência de cursos superiores na área das medicinas paralelas? Porquê?

\* Reconhece a necessidade de intervenção do Estado para regulamentar as medicinas paralelas?

⇒ Caracterizar a intervenção de Enfermagem na comunidade.

\* Que actividades desenvolve em intervenção comunitária?

\* Descreva uma actividade de intervenção comunitária que desenvolva. Quais os parceiros? Como desenvolve? Quais os resultados obtidos?

\* Os cuidados que presta na comunidade são baseados na intervenção de uma equipa multidisciplinar? Se sim, como são efectuados?

\* Na sua prática, confronta-se com utentes provenientes de diferentes culturas (etnias por exemplo)? Quais?

\* Que dificuldades encontra na prestação de cuidados multiculturais?

\* Considera que o trabalho de Enfermagem na comunidade é reconhecido pelos utentes? E pelos outros profissionais de saúde? Especifique.

\* Na sua prática, os utentes pedem-lhe conselhos ou ajuda para resolver um

problema de saúde, antes de recorrerem a outros profissionais de saúde?

\* Na região onde trabalha, conhece pessoas que recorrem a práticas paralelas como alternativa, complemento ou em simultâneo à medicina convencional?

## **ANEXO II**

### **Grelha Síntese das Entrevistas: Comunidade**

Resumo da Entrevista A	
Dimensão	Categorias
<p><b>Experiências de Saúde e Doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Estar doente é não me sentir bem (...), fisicamente, mas às vezes também (...), psicologicamente não estou muito bem (...), coisas que se passaram e se passam e ficam sempre (...).!"</li> <li>- "Bem, não me sinto (...) as dores reumáticas são todos os dias (...) dores nos ossos e nas articulações, nos músculos, tudo se inflama (...), vai até quando (...) quando não posso mais."</li> <li>- "E tenho também problemas de intestinos, também colite (...)."</li> <li>- "Mas também sofro da bexiga, de vez em quando estou com infeções urinárias."</li> <li>- "Depende de mim, e de quem me ajuda também."</li> </ul>	<p><b>Redes de Apoio Informal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Às vezes desabafo ou com uma prima minha, que é uma amiga."</li> <li>- "Às vezes com o meu marido, ele já tem tantas coisas que já não vale a pena estar a dizer a ele (...) não o posso estar a sobrecarregar (...) ainda está pior do que eu em certas coisas."</li> <li>- "Na minha família, eu só tenho uma filha que já, também fez família (...) é casada e tem dois filhos."</li> <li>- "Na minha casa sou só eu e o meu marido e uma pessoa que vive comigo que é tia do meu marido, já em segundo grau e tem 93 anos."</li> <li>- "Eu é que cuido, e cuido também do meu marido e dos medicamentos (...) vou ajudando no que eu posso, ele já foi operado várias vezes."</li> <li>- "Vou sozinho (...) ao Hospital o meu marido acompanha-me, pronto no transporte e assim foi comigo, entrou no consultório e assim. Ao médico de família ele não vai. Eu às vezes também não vou com ele ao médico."</li> <li>- "O meu marido, converso mas depois, pois eu não sou médico e devias ir à médica, se fosse eu já me tinha queixado, pois tu sofres mais porque queres!"</li> <li>- "(...) Telefonei à minha filha (...)."</li> </ul>
	<p><b>Autogestão da saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "(...) Eu cuido de mim, (...) evitar certas coisas (...) às vezes é a boca."</li> <li>- "Eu gosto muito e sei que abuso."</li> <li>- "E faço uma alimentação variada (...) mas não sei o que hei-de comer."</li> <li>- "Se for a ver tudo faz mal, quando estou melhor abuso, quando estou pior, fica de parte."</li> <li>- "Eu, muitas coisas também já sei porque também as coisas funcionam mal."</li> <li>- "Vou ter com a Sr.ª Dr.ª (...) quando já não aguento mais."</li> <li>- "Eu normalmente, não vou assim a lados nenhuns informar-me (...) com a Dr.ª, (...) manda-me para outro lado se for preciso, como eu fui ao ortopedista para fazer o tratamento também, tomar viartril, que foi ele que mandou, (...) ele disse que isto naturalmente teria de se fazer uma espécie de operação, não era já a prótese (...)."</li> <li>- "Quando estou pior, não é? Deixo-me aguentar muito."</li> <li>- "Há dois meses (...) foi as dores, uma data de injeções outra vez, diprofos."</li> <li>- "(...) Uso é spray que é da farmácia, pomada também é da farmácia"</li> <li>- "Na farmácia com receita médica, alguns que já não é preciso receita médica, vou lá e compro (...) alguns não têm desconto."</li> </ul>

Auto-gestão da saúde numa comunidade rural do concelho de Torres Vedras:  
um olhar da Enfermagem

Enquadramento das Medicinas Paralelas	Representações Sociais das Medicinas Paralelas	Medicinas Paralelas versus medicina "oficial"	Organização das Práticas em medicinas Paralelas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Não, não faço nada! Pomadas caseiras também não!"</li> <li>- "(...) chá, o que eu bebo é o chá verde, erva cidreira. Essas coisas eu faço."</li> <li>- "Ensinaram-me e eu experimentei, achei que fazia bem e cheguei até a dar, a receitar a várias pessoas."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Eu acho que são mais complementares, mas têm diferenças."</li> <li>- "Há mais pessoas que têm estudos e capacidades para isso, mas eu nunca fui."</li> <li>- "Começou assim a revirar os olhos e a dizer assim as coisas e disse que eu tinha muito reumático e eu assim, ela olhou-me para os pés, e logo ali já eu tinha isto tudo espetado e assim coiso, ela não há-de ver que eu tenho reumático, vê-se logo, não é preciso adivinhar ninguém! Não acredito!"</li> <li>- "Eu até acredito em certas pessoas que vão a sítios para se fazer mal e que haja pessoas que ajudem a fazer mal (...). Mas adivinhar e coisas, não acredito!"</li> <li>- "Quando foi essa minha colega (...) trazia um ramo lindo e uma carta, uma coisa escrita e disse que o meu filho tinha feito mal, que eu fosse a um sítio (...) que o meu filho teve um acidente porque foi uma pessoa que lhe fez mal. (...) Mas o meu filho era uma pessoa que não fazia mal a ninguém, um jovem que mesmo não gostava de fazer pouco de ninguém, (...) Até era parvo demais, (...) ele não era assim de fazer mal a ninguém. Era amigo de todos, tinha pena e eu acho que ninguém ia fazer mal ao meu filho. Mas aquilo perturbou-me muito porque fiquei muito magoada e depois ainda tinha sido há poucos meses (...) entrei em desespero e (...) há muitas coisas, há muita gente (...) está já com Deus (...) também não fui, o que é que eu ia fazer ou, não acreditava muito que lhe fizessem mal assim ao meu filho. Inveja, eu sei que há certa gente que tenha disto ou daquilo, mas a pontos de lhe fazer mal para ele perder a vida, acho que não!"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Para tosse, laranja, cerveja e açúcar louro (...) beber como um xarope (...) fazia várias vezes para o meu filho, achava que fazia mesmo bem."</li> <li>- "O chá de cebola, o chá de cenoura (...) aquilo acalma a tosse."</li> <li>- "Já tenho comprado chás, já comprei chá para o colesterol, já comprei também para a pedra do rim para o meu marido, numa ervanária."</li> <li>- "Também tenho uma cadeira de massagem e comprei essa cadeira para ver se melhorava."</li> <li>- "O meu marido sofria muito de cancro e também para ele tem sido uma maravilha. Eu tenho a cadeira há quase dois anos, e ele chegava a levantar-se da cama, não conseguia fazer certas coisas, ficava cheio de cábricas, dores nos músculos e todo enrolado e isso melhorou muito."</li> <li>- "Também já fui ao endireita mas foi com o meu filho, e resultou! Ele caiu, o pé ficou torcido (...) e endireitou o tornozelo. Pôs uma pomada muito mal cheirosa, e ele ficou ali desmaiadinho com uma dor que depois não voltou mais."</li> </ul>	

Resumo da Entrevista B			
Categorias			
Dimensão	Representações Sociais de Saúde e Doença	Redes de Apoio Informal	Autogestão da saúde
<b>Experiências de Saúde e Doença</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “É quando a gente temos dores, tem uma coisa qualquer.”</li> <li>- “A minha saúde vai também cheia de reumático (...) tenho muito muitas dores (...) E tenho diabetes (...) a tensão alta (...) colesterol!”</li> <li>- “ (...) Tive a zona bastante má!”</li> <li>- “Só Deus é que manda, não assim, só Deus é que manda!”</li> <li>- “Depende de Deus! Deus é que dá.”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Sou eu e o meu marido. O meu filho está lá fora.”</li> <li>- “Tenho amigos. Tenho a Milu que (...) está lá sempre. Tenho uma mulher que tem muito medo da trovoada e vai para a minha casa (...) desde que o meu marido está no Hospital, tem lá ficado todos os dias.</li> <li>- “Eu nunca estou sozinha.”</li> <li>- “A Maria Emília que é essa que aí tratar do meu marido se ele vier!”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Tomou uns comprimidos, vou ao médico.”</li> <li>- “Como pouco sal, (...) não como gorduras (...)</li> <li>- “Há bem dois meses, talvez. Marquei para agora. Nessa altura é quase três meses que a gente está à espera para ir (...) Só se for de manhãzinha muito cedo mas eu também não posso ir, não tenho transporte, não posso ir.”</li> <li>- “Chamo a ambulância, pago e vou na ambulância.”</li> <li>- “Tenho é cuidado com a boca.”</li> <li>- “Não sei a que dia foi, pesei a tensão, pesei os diabetes e o colesterol. Até tenho o livrinho!”</li> <li>- “Do médico, tenho comprido para a tensão, duas qualidades, tenho para os diabetes, tenho para o colesterol (...) também tenho uns comprimidos para dormir.”</li> <li>- “ (...) Tomei uns comprimidos e esfreguei com óleo de amêndoas doces.”</li> <li>- “Na farmácia (...) mas vou sempre com a receita.”</li> </ul>
<b>Enquadramento das Medicinas Paralelas</b>	<p><b>Representações Sociais das Medicinas Paralelas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Não é nada de bruxedos (...) Dizem que aparece coisas às pessoas (...) já sei que tem aparecido.”</li> <li>- “Eu já fui ali por causa do meu marido, e a outra rapariga que está ali assim também (...) essa não é preciso marcar as consultas. É a mesma coisa (...) Já fui aquela e já fui aquele.”</li> <li>- “Fui para o meu marido (...) receitou umas injeções, até lhas deu, umas injeções de beber por causa da cabeça.”</li> </ul>	<p><b>Medicinas Paralelas versus Medicina “Oficial”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Não sou capaz de ver as diferenças. Os dois ajudam, pronto. Tanto aquela como aquele ajudam, uns para uma coisa, outros para outra. Se a gente contar a nossa vida, as nossas coisas, eles ajudam. Nisso, o médico de família não ajuda. Não acredita nisso também (...) há alguns que até já mandam ir!”</li> </ul>	<p><b>Organização das Práticas em Medicinas Paralelas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Não são bruxos. São curadores da terra!”</li> <li>- “Para ir lá a ele tem-se de marcar uma consulta.”</li> <li>- “Ele ganha aí dinheiro (...). Ele está cheio de dinheiro. Tem comprado muita coisa com essas coisas. Há gente não leva nada, aos vizinhos não pode levar nada, senão depois tira-lhe o poder.”</li> </ul>

	<p>- "Parece que leva sete, seis ou sete contos, uma coisa assim. Já esta aqui em cima, é o que a gente quiser dar."</p> <p>- "São parecidos, é as mesmas coisas. O que diz um, diz o outro. E esta aqui em cima não é preciso marcar consulta."</p> <p>- "Aquele ali em cima disse-me (...) que tinham feito mal à minha casa (...) E ao meu marido, disse que a doença dele que era assim, não tinha cura. Que tem o cancro na próstata e essas doenças não têm cura! (...) Não sabe se dura muito tempo, se dura pouco."</p> <p>- "Já tenho tomado o xarope para a tosse (...) Nunca fiz outros porque é muito doce e por causa dos diabetes. E compro daquele que não faz mal aos diabetes."</p> <p>- "Não sou nada amiga de ervas. Não sou nada amiga de chá, já sou como a minha mãe, coitadinha!"</p> <p>- "A gente vai lá a ele para ele ajudar a gente, com o dom que ele tem ajuda (...) gente coxa (...) com dores."</p> <p>- "Fui lá porque eu tremia muito, e não tinha acção para fazer nada (...) e ao fim de dias fiquei melhorzinha. Já não tinha aqueles tremores."</p> <p>- "Ela não fez nada, fui lá com as rezas dela, as coisas que ela faz. Em casa tive de fazer fumos (...) e pôr um óleo aos cantos das casas para desaparecer isso. O óleo foi ela que me deu. Os fumos foi com arruda (...) várias coisas (...) Comprei na drogaria essas coisas todas. Arrudo, apanhei que ali havia, (...) uns dentes de alho, (...) para fazer os fumos. Depois fiz uma «machinha» de brasas e depois põe-se aquilo tudo a arder no fogareiro à roda da casa e a rezar o credo. E resultou. Nove dias a fio e depois deitar aquelas</p>	<p>- "Vem aqui muita gente. A minha irmã também tem ido, a Júlia. Aqui ao Outeiro e também ali a Almagra à nossa prima. A minha irmã também foi lá por causa do marido, o marido andava aí sem comer nada, também tem a doença na próstata não é! E depois lá fez aquelas rezas e tudo, e lá começou a ficar melhor."</p> <p>- "Deixei lá os retratos e ela faz as rezas! (...) É para tirar o mal e essas coisas assim."</p> <p>- " (...) Dava-lhe aqueles ataques que ficava assim morto (...) Tem esse poder (...) esse dom. E dizem que receita remédios mas a mim nunca me receitou. Ele tem-os ali e vende (...) o pai chegou a andar a apanhar muitas ervas no campo para ele, muitas ervas!"</p> <p>- "Eu já tenho comprado uns comprimidos na Dtese para os diabetes."</p> <p>- " (...) Há endireitas, E dizem que corre bem, que corre tudo bem, que se não fosse ele já tinham morrido."</p>
--	--	---



cinzas para o mar, (...) ou para um rio que vá para o mar. Fez-me muito bem, graças a Deus!”  
- “A ele fui lá por causa do meu menino que tinha (...) falta de respiração (...) por causa das anginas, não comia (...) ele disse que ele tinha de ser operado e o menino aos 4 anos teve de ser operado na Suíça. E agora está melhorzinho.”

Resumo da Entrevista C		
Categorias		
Dimensão	Representações Sociais de Saúde e Doença	Autogestão da saúde
Experiências de Saúde e Doença	<p>- "Estar doente é a gente não puder trabalhar e estar muito nervosas."</p> <p>- "Vejo o meu marido naquele estado (...) há já 13 anos que ando a caminho do Hospital."</p> <p>- "Falei com o de família (...) receitou-lhe uma injeção (...) uns comprimidos".</p> <p>- "Depois, agora passou para o Fortunato e ele tirou-lhe aqueles comprimidos e acho que o tumor começou a crescer!"</p> <p>- "Tensão alta, diabetes e (...) anemia."</p> <p>- "Depende de Deus e de mim também!"</p>	<p>- "(...) Faço dieta!"</p> <p>- "Tomo os comprimidos para os diabetes (2), tomo outro para a circulação que tenho uma dor numa perna e ando em Lisboa no Santa Marta e receitou-me tomar Trental 3 vezes ao dia, tomo o Daflon para a circulação do sangue. E tomo outro para a tensão."</p> <p>- "Ir ao médico quando estou pior. Ao médico de família (...) Estou em casa e quando preciso vou ao médico (...) para me receitar os remédios."</p> <p>- "(...) Como vezes a miúdo, mas às vezes nem sei o que hei-de comer (...) e por isso é que eu apanhei a anemia."</p> <p>- "Na enfermeira andei uns tempos, porque tinha aqui uma úlcera e foi ela que me tratou!"</p> <p>- "Na farmácia. (...) Se não tenho a consulta no médico para ir à farmácia, ponho lá o papel e depois ele passa a receita e vou entregar à farmácia."</p> <p>- "(...) Cheguei a ir ali ao Zé e ele então mandou-me ir ao médico (...) fazer exames para ver se ele tratava o mal (...) Depois fui logo para os médicos que ele mandou porque ele disse: vai que eu vou ajudar!"</p> <p>- "Primeiro vou ao médico e depois (...)."</p> <p>- "Há dois meses (...) de dois em dois meses vou lá. Para passar receitas e para ver, e análises quando é preciso."</p>

Enquadramento das Medicinas Paralelas	Representações Sociais das Medicinas Paralelas	Medicinas Paralelas versus Medicina “Oficial”	Organização das Práticas em medicinas Paralelas
	<p>- “Bebo leite quente, o chá de limão, essas coisas assim que o médico diz que a gente deve fazer. (...) Às vezes bebo chá de camomila que é bom para a saúde (...) para os nervos porque eu sou um bocadinho nervosa.”</p> <p>- “À dona Susana fui porque ele andava muito aflito (...) que uma coisa estava a tapá-lo, (...) fiz uns fumos e resolveu na graça de Deus. (...) Ela disse que ele estava com um espírito e mandou fazer uns fumos com alecrim, cânfora e mais coisas (...) essênço e mirra, (...) fiz esses fumos pela casa durante nove dias a rezar o credo. E melhorou, ele ficou bem e passou, a aflição que ele tinha passou.”</p> <p>- “É ele não estar melhor e sentir-se aflito, sentir-se aflito e ele deu-me essa solução e ver.”</p> <p>- “Porque aqui este Sr. Zé é mais para o lado de doenças e a D. Susana é para o lado de espíritos.”</p> <p>- “O Sr. Zé não me fez nada, só mandou ir ao médico e que ia ajudar para fazer análises, para ver o que ele tinha e para o tratar. O sr. Zé tem um guia que é o Sousa Martins que é médico mas que morreu. Ajuda a ver os problemas das pessoas, ele tem mesmo o retrato dele lá em casa. Há quem diga que ele receita injeções e essas coisas assim! (...) Nunca tomei nada de lá.”</p> <p>- “Aqui perto, lá em cima há a D. Gracinda que deu-se muito bem com a D. Susana.”</p>	<p>- “Acho que há pessoas que sabem (...) Há certas pessoas, certos chás (...).”</p> <p>- “ (...) Dizem que são bons para os diabetes e eu tomo, mas o médico não sabe!”</p> <p>- “Essas coisas que eu recorri, vi-me aflita e é claro fui experimentar!”</p> <p>- “É ver que os tratamentos não dá resultados.”</p>	<p>- “Tomo os comprimidos da «Disee».”</p> <p>- “Ao Sr. Zé fui lá naquela altura para o meu marido e depois tomei a lá ir outra vez e disse que não me admirasse porque ele devia estar mal!”</p> <p>- “Para o colesterol dizem que é chá das folhas de marmeleiro, mas nunca tomei porque dizem também que faz mal aos ossos.”</p>

Resumo da Entrevista D	
Categorias	
Dimensão	Redes de Apoio Informal
<p><b>Experiências de Saúde e Doença</b></p> <p><b>Representações Sociais de Saúde e Doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "(...) Um estado psicológico de a gente estar muito triste (...) não é só a gente ter as dores!"</li> <li>- "(...) Fiquei logo assim, nervosa, logo de pé atrás (...), ele disse que a Sr.<sup>a</sup> tem de ser operada quanto mais depressa melhor que a Sr.<sup>a</sup> está cancerosa no peito. Aquilo foi de eu ficar de rastos, não foi por ter de ser operada, não tive medo de ser operada."</li> <li>- "Tenho consulta para o mês que vem, vou fazer exames e mamografias (...)."</li> <li>- "Não me podia vestir (...) não saía, porque não me apetecia sair, não sabia fazer comer."</li> <li>- "Tenho tido às vezes alergias e tive até, muito tempo a deitar muito sangue da boca, mas fiz vários exames e nunca soubemos o que era e o que não era (...)"</li> <li>- "Mas eu aceito as coisas, coisas de velho já, é reumático, é dores, isso é coisas normais da vida."</li> <li>- "É que eu andei dois meses no IPO, todos os dias, todos os dias mas também eu fui muito abaixo com isso (...) fui muito abaixo com o tempo dos tratamentos todos. Depois feriu-se um peito!"</li> <li>- "Depende de nós talvez, também."</li> <li>- "Estou entregue a Deus, há-de ser o que Deus quiser!"</li> </ul>	<p><b>Autogestão da saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Fui ao meu médico de família, nunca pensava que tinha nada de mal! (...) mandou-me fazer uma mamografia e lá perguntaram-me se tinha algum cancro na família (...)"</li> <li>- "Você ao médico de família. (...) a dia 12 fui a Lisboa e depois é que fui ao médico de família! (...) Depois o médico de família é que me passou as credenciais (...) já tenho consulta para o mês que vem, para ir antes de ir a Lisboa, para mostrar aqui os exames antes."</li> <li>- " (...) gosto muito dele e se deve a minha saúde, foi a ele, porque ele foi logo rápido telefonar para Lisboa, para eu realmente ter logo uma consulta, porque se for a gente é diferente!"</li> <li>- "Não sei o que é que hei-de fazer!"</li> <li>- "Tenho de ter cuidados (...) não pegar em panelas pesadas."</li> <li>- "Tive constipada e tomo ben-u-rons, essas coisas."</li> <li>- "Costumo ir comprar quase sempre em Torres, na Garcia Alves (farmácia). Levo a receita, posso ir lá às vezes sem receita (...)"</li> <li>- "Quando estou bem, não faço nada."</li> <li>- "Você ao médico, vou à capela. (...) Temos de ter muita força e muita fé."</li> </ul>
	<p><b>Redes de Apoio Informal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Depois que tive isto (...) Estava muito bem, estive muito bem mas cheguei aqui à minha casa e estava aqui uma sobrinha minha e uma irmã!"</li> <li>- "Falo muito pouco, não tenho vontade de falar. Vou aqui a esta minha sobrinha (...) entro na casa dela, sento-me um bocadinho (...) e à outra sobrinha. São sobrinhas e vizinhas. (...) Às vezes vou às minhas sobrinhas ... são minhas amigas."</li> <li>- "A minha filha e a minha neta dão conselhos (...). São muito minhas amigas, graças a Deus. Eu tive lá seis meses com elas em casa mas depois já estava desejando vir para aqui (...)"</li> <li>- "Tenho muito apoio."</li> <li>- "E a minha filha às vezes acaba por me telefonar (...) A minha irmã, quando eu estou cá ela está cá ao pé de mim, que ela tem a filha que mora no Balear e ela para não estar sozinha fica aqui (...) já é uma pessoa de idade, mas faz companhia. Tenho outra irmã mas à noite também vem aqui um bocadinho."</li> <li>- "É a minha filha (...) a minha filha telefonava para lá, e que não havia meio, não havia consulta! (...) A minha filha sempre."</li> </ul>

Enquadramento das Medicinas Paralelas	Representações Sociais das Medicinas Paralelas	Medicinas Paralelas versus Medicina “Oficial”	Organização das Práticas em medicinas Paralelas
<p>- “Depois da operação é que eu fiquei tão doente, tão doente, deixei de comer! Mas acho que o meu problema de deixar de comer, eu depois comecei a comer derivado de ir à Susana (...) comecei a aprender a fazer o comer novamente.”</p> <p>- “Temos de ter muita força e muita fé.”</p> <p>- “ (...) Graças a Deus!”</p> <p>- “Fui lá porque me sentia muito triste, muito triste, não tinha vontade de falar, não tinha vontade de me arranjar (...)”</p> <p>- “Há pessoas que (...) não recusam a ir, (...) há pessoas que muitas não acreditam e censuram.”</p>	<p>- “Eu acho que não são só os médicos. Há mais para além dos médicos, eu acho que sim, eu pelo menos dei-me muito bem!”</p> <p>- “Medicinas diferentes é o que eu acho, não tem nada de mal. Ajudam também!”</p> <p>- “ (...) Apareceu-me ali uma osga e eu fiquei tão nervosa que já não fui capaz de dormir, tive duas noites só a isso, eu digo que foi a osga que me fez isso!”</p>	<p>- “A Susana foi lá duas vezes. (...) Mandou-me fazer uns banhos com água e vinagre, com sal e com cânfora, na banheira em água quente (...) fazia todos os dias, mas eu tinha medo (...) que me afectasse o peito. Eram nove dias talvez, desta última vez parece-me que foi três dias. Tinha que rezar e esfregar as pernas com cânfora.”</p> <p>- “Já fiz chá de barbas de milho, que é bom para a bexiga.”</p>	

Resumo da Entrevista E	
Categorias	
Dimensão	
<b>Experiências de Saúde e Doença</b>	<p><b>Representações Sociais de Saúde e Doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Estar doente acho que é a coisa pior que pode haver... ter de estar em casa (...) Estar em casa é a coisa pior que existe! É como estar preso."</li> <li>- "Andava a trabalhar (...) gostava de me entreter aí com a malta."</li> <li>- "Em casa é a mesma coisa, em casa e no hospital. Tenho impressão que no hospital ainda é pior, no hospital se a gente estiver lá muito tempo, vem amarelos (...)"</li> <li>- "(...) Tinha duas hérnias discais debaixo de cada disco da coluna e isto apanhava-me esta perna e apanhava esta!"</li> <li>- "Para ter uma boa saúde, (...) depende de nós também, mas (...) sei lá... a gente não sabe quando é que elas aparecem!"</li> <li>- "(...) Problemas de coração."</li> </ul>
	<p><b>Redes de Apoio Informal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Agora tem sido a minha mulher, ela é que tem sido a minha criada e tem-me ajudado muito, porque eu sem ela não podia, como é que eu podia me mexer, como é que eu podia ir para a fisioterapia e essas coisas."</li> <li>- "Tenho um filho de 28 anos, que também me apoia muito, anda muita vez no carro para aqui, quando é preciso!"</li> <li>- "E tenho a minha nora, a minha nora também vai muitas vezes. Ainda agora desta vez, para Lisboa, ela é que foi lá com a gente."</li> <li>- "A minha mulher é quase sempre."</li> <li>- "Quando eu estou bom, vou sozinho."</li> </ul>
	<p><b>Autogestão da saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Costumo ir de vez em quando e faço exames."</li> <li>- "A última vez foi este ano. Fui mostrar à Dr.<sup>a</sup> as análises e fui fazer exames."</li> <li>- "Agora estou nas mãos do médico."</li> <li>- "Este médico que me operou também é um bom ortopedista. Ele capaz de ser um dos melhores operadores. E estou a fazer fisioterapia."</li> <li>- "(...) Quando andava assim com aquela dor na coluna, às vezes tomava um comprimido de manhã depois aquilo passava, mas passados uns dias andava outra vez «arrasca» (...)"</li> <li>- "Também vai muito disso, a gente mesmo que tenha uma dor ou coisa, mas aquilo começa-se a trabalhar e vai passando (...)"</li> <li>- "Tomava comprimidos, aquilo um dia ou dois passava. E tinha umas pomadas, usava uma pomada em gel, uma pomada amarela que dava-me muito bem com ela. (...) Depois a gente começava a trabalhar e pronto, com a continuação do trabalho aquilo ia, ia passando!"</li> <li>- "Agora estou a tomar estes que o médico me receitou, até que eu gosto pouco de comprimidos!"</li> <li>- "É tudo da farmácia."</li> <li>- "Eu cheguei a ir a esse Dr. Isac (...). Sr. António você um dia tem que deixar de trabalhar, com o problema que você tem na coluna (...) receitava-me cada remessa de injecções e aquilo passava!"</li> </ul>

Enquadramento das Medicinas Paralelas	Representações Sociais das Medicinas Paralelas	Medicinas Paralelas versus Medicina “Oficial”	Organização das Práticas em medicina Paralelas
	<p>- “ (...) Esse Sr. que era massagista me tinha dito que um dia eu tinha de ser operado!”</p> <p>- “ (...) As costelas chegaram a ser arranjadas e ficaram sempre boas, nunca tive dores. Foi o endireita que as arranjou. (...) Ele pôs-me aqui com os dedos, puxou-me isto e tal, era um artista, nesse aspecto era, puxava com os dedos as pontas das costelas para os sítios, depois punha ventosas, passado aí um mês já estava apto (...) Das costelas nunca mais tive problemas (...) porque foram bem curadas. Se fosse uma era para aí 15 dias, se fossem duas ou três levava para aí 1 mês, sem fazer nada (...) Ele era o género de um endireita, era só com as mãos.”</p> <p>- “Ele chegou a pôr-me 20 ventosas nas costas, de meio litro. (...) em cada quarto ele tinha duas camas, tinha uma mesinha de cabeceira com uma vela acesa dentro de um copo. (...) punha um bocadinho de algodão dentro daquele copo de meio litro, ele acendia, chegava aqui punha a ventosa, quando apagava é que ele tirava o copo, levantava para cima e tirava, ficava ali aquilo tudo marcado!”</p> <p>- “Ao Sobral (endireita) fui lá umas vezes boas, mesmo costelas e coluna fui lá mais que uma vez, umas 3 ou 4 talvez, porque eu já andava com este problema não é. (...) Só lá ia uma vez, ele dizia assim: agora, deixa-te estar duas semanas, não faças esforços... e ao fim daquelas duas semanas a gente estava bom!”</p> <p>- “ (...) Dava-me bem com esse rapaz, ele até tem um consultório, (...) mas tem sempre lá muita gente, é um massagista de primeira. Até que se eu tenho pensado mais e tenho lá ido por causa disto,</p>	<p>- “Eu para mim, o que trabalha as costelas é capaz de ser diferente do outro (...) Eles trabalham as costelas como seja um médico (...) ele chegava ali com os dedos e via logo. Onde é que dói? É aqui? Era ali que estava o mal, por isso acho que é capaz de ser idêntico ao Dr.”</p> <p>- “O endireita já eu sabia que era bom antes de ir para lá, porque havia pessoas (...)”</p> <p>- “Porque havia pessoas (...) o homem do Sobral em costelas ou braços, no caso de pernas, ele é uma maravilha. Num fim de 1 mês a pessoa está boa, está pronta a andar, nunca mais tem dores, nunca mais tem nada.”</p> <p>- “O endireita nunca me receitava nada, eu quando ia lá da coluna, ele mandava a gente se deitar (...) começava a olhar para a coluna e via logo onde estava o mal.”</p> <p>- “Eu os médicos, acho que são bons mas também acho que há grandes artistas a trabalhar em massagens.”</p>	<p>- “Produtos naturais, nunca tomei nada disso. Há quem diga que isso também é bom, mas eu nunca tomei!”</p> <p>- “Ja assim aos massagistas e cheguei a ir à fisioterapia.”</p> <p>- “É massagista, é a mesma coisa que ser fisioterapeuta, é capaz de ser ainda melhor porque ele mexe nos ossos também, ele é, também sabe bem! É diferente, é um bocadinho mais suave, e trabalha de outra maneira (...)”</p> <p>- “ (...) Teria lá dias que tinha lá umas 200 pessoas. Já antigamente muita gente ia, no tempo do pai, pessoas que estavam escangalhadas iam lá e davam-se bem. Com o filho não vai muita, porque ele não é grande especialista.”</p> <p>- “Agora, parece que o filho também trabalha, mas o filho (...) tenho ouvido falar que aquilo é só lá ambulâncias a apitar, não percebe nada daquilo.”</p> <p>- “Eu parece-me que ele só tem um dia que não trabalha por semana (...)”</p>

se calhar já estava bom! Ele a trabalhar é um especialista. (...) é massagens e depois tem um aparelho que passa por cima dos ossos, mas trabalha mais com as mãos.”

- “Diziam que ele era bom!”

- “Depois, foi quando me disseram que esse rapaz (...) era muito bom, e eu experimentei ir lá. Experimentei ir lá e dava-me bem, pronto, eu fazia 3 tratamentos de massagens e ficava bem.”

- “ (...) Tinha muita fama. Chegavam a vir pessoas do Fundão e do Norte. (...) Andavam em tratamentos, vinham cá 3 ou 4 vezes (...).”



Resumo da entrevistada F		
Categorias		
<b>Dimensão</b>		
<b>Experiências de Saúde e Doença</b>	<p><b>Representações Sociais de Saúde e Doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “É ter dores, é não me sentir bem.”</li> <li>- “É barriga e tudo o resto. A cabeça também não é boa.”</li> <li>- “De nós próprios.”</li> </ul>	<p><b>Redes de Apoio Informal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “100%. Porque sempre fui sozinha desde os nove anos e continuo a ser.”</li> <li>- “Sou eu.”</li> <li>- “Ficam preocupados, mas é só preocupação.”</li> <li>- “Vou sozinha.”</li> </ul>
<b>Enquadramento das Medicinas Paralelas</b>	<p><b>Representações Sociais das Medicinas Paralelas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Chás, xaropes e vidente. Não é com cartas nem com búzios nem nada dessas coisas.”</li> <li>- “Só na última, (...) mais para os problemas psicológicos.”</li> <li>- “Ao endriteira já fui.”</li> <li>- “Como já conheço, vou.”</li> <li>- “À igreja, sou católica e acredito que há alguma coisa sobre alguém que nos domina, que nos envia para qualquer lado. Uma crença na fé. Estamos perdidos na doença, estamos perdidos</li> </ul>	<p><b>Autogestão da saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Tomo logo um comprimidinho a ver se melhora. Depois se não melhora, vou ao médico.”</li> <li>- “À urgência.”</li> <li>- “Comprimidos, dieta para ver se passa.”</li> <li>- “Normalmente é só a mim própria e recorro logo ao médico.”</li> <li>- “Geralmente é médico de família. Ultimamente é ginecologia, geralmente tenho tido é mais parte de ginecologia.”</li> <li>- “Só na última mas para fazer umas análises, para fazer um rastreio, exames.”</li> <li>- “Já há cinco anos.”</li> <li>- “No campo, os chás.”</li> <li>- “Os medicamentos com as receitas na farmácia. Geralmente sem receita é a aspirina que tenho sempre lá em casa.”</li> <li>- “Primeiro vou ao médico, e depois vou a outros lados.”</li> </ul>
	<p><b>Medicinas Paralelas versus Medicina “Oficial”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Porque há outras coisas para socorrer.”</li> <li>- “Se a pessoa tiver vontade de si consegue curar-se. (...) O espiritualista. É preciso é confiar em alguém.”</li> <li>- “São um complemento. Acabam por ser irmãos um do outro. Só os comprimidos não ajudam (...) a fé, uma coisa caseira são um complemento.”</li> </ul>	<p><b>Organização das Práticas em Medicinas Paralelas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Geralmente é as minhas malvas, principalmente. Sou muito adepta às malvas, faço malvas para tudo. Para lavar os olhos, tudo o que seja de infeções.”</li> <li>- “Coisas caseiras. Chás, os gelos, um saco de água quente, xarope de cenoura. Aloé vera tomei muito mas agora já não.”</li> <li>- “Ao curandeiro também e devia ir outra vez porque as coisas não estão bem. O vidente com visões e espíritos.”</li> <li>- “Quando se está com dores ou constipada é o</li> </ul>

	<p>na vida, perdemos-nos no trabalho, estamos perdidos em tudo.”</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- “Com o meu filho. Ele já estava na loucura e com um simples pozinho mudou a vida dele. Um pó branco que bebeu na água, que receitou mas tinha à venda. Ela tem uma farmácia, uma ervanária da vidente.”</li><li>- “Porque vamos sempre tentar ir resolver os nossos problemas. Procurar alguma coisa que consiga resolvê-los. Quando não se consegue com medicação ou isso vai-se a outros sítios.”</li></ul>		<p>chá de erva-cidreira, para os nervos, o de tilia. Xarope de cenoura e de cebola, para a rouquidão.”</p>
--	--	--	--

Resumo da entrevistada G			
Categorias			
Dimensão	Representações Sociais de Saúde e Doença	Redes de Apoio Informal	
Experiências de Saúde e Doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Talvez seja mais psicologicamente em certas coisas (...).”</li> <li>- “ (...) Tenho um problema de útero.”</li> <li>- “ (...) Já tive princípios que eu sei que tive, depressões (...).”</li> <li>- “De nós próprios.”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Houve uma fase que era normalmente eu e eu só.”</li> <li>- “ (...) Não desabafava com ninguém e guardava tudo para comigo.”</li> <li>- “Eu acho que tenho amigos, tenho inimigos, (...) as poucas amizades que tenho são boas.”</li> <li>- “Em relação à família, são boas.”</li> <li>- “Sou eu em tudo.”</li> <li>- “ (...) Sentem-se seguros em relação a mim.”</li> <li>- “Em termos de exames, de consultas dele, sou eu que resolvo tudo. Em relação aos meus filhos - “Não, não, vou eu sozinha.”</li> </ul>	<p><b>Autogestão da saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Em termos de uma dor de cabeça, um comprimido.”</li> <li>- “Recorri a um ginecologista no Hospital de Santa Maria, estou a tomar medicação, não sei se terei de ser operada.”</li> <li>- “Eu normalmente é muito raro recorrer a qualquer coisa.”</li> <li>- “Tento me concentrar eu própria, e mesmo na última que me assusto (...).”</li> <li>- “ (...) Tenho muita fé na nossa Sr.ª de Fátima e peço muito para que me dê força e saúde, para ajudar o meu marido e não só, mas também os meus filhos. Para eu ter saúde, para os puder ajudar.”</li> <li>- “Eu corro muito, agora ultimamente não faço muito mas cheguei a andar a pé.”</li> <li>- “Pedir conselhos, só mesmo, mesmo na última.”</li> <li>- “Tentei pedir conselhos, uma vez a uma pessoa amiga. (...) Estava numa fase mais complicada que via que eu própria já não conseguia e tive de falar com alguém. Houve uma altura que eu pedia à minha irmã, (...)</li> <li>- “ (...) Peço conselhos aos enfermeiros e médicos, que dizem, toma isto ou aquilo o que é raro porque eu sou contra a medicação, o que eu puder evitar, evito. Para já, sou alérgica à aspirina (...).”</li> <li>- “Neste momento vou a médicos privados.”</li> <li>- “É a reflexão e o facto de me concentrar eu própria.”</li> <li>- “Normalmente é na farmácia, com receita, não do médico de família mas do médico particular.”</li> <li>- “Sem receita, para os meus filhos o xarope para a tosse ou a aspirina para o meu marido.”</li> </ul>

Enquadramento das Medicinas Paralelas	Representações Sociais das Medicinas Paralelas	Medicinas Paralelas versus Medicina "Oficial"	Organização das Práticas em medicinas Paralelas
<p>- "(...) Não sou nada contra as pessoas que recorrem porque se recorrem é porque é preciso." - "Já tive a experiência de cartomantes, já tive a experiência de videntes e já tive a esperança de Fátima e acredito muito no meu pai. O meu pai que já faleceu ajuda-me bastante e sinto mesmo isso do meu pai. Eu tenho uma grande fé no meu pai, que ele me ajuda bastante." - "O meu filho tinha duas entidades com ele ao mesmo tempo, entretanto receitou-me umas velas, uns fumos para fazer e novenas de missas. (...) Tinha promessas a pagar que fiz, essa própria vidente tinha essas coisas à venda, fiz e fui logo pagar essas promessas, coisas em cera." - "E peço sempre à nossa Sr.ª de Fátima que me dê forças para me ajudar a mim e a eles."</p>	<p>- "Porque há coisas que a medicina não sabe fazer. (...) Andam e dão voltas e voltas e chega-se a uma certa altura e vê-se que a medicina realmente não consegue, não é o não saber, é o não conseguir." - "Porque vi que em termos de tratamento de medicina não havia solução porque o que eu via era demasiado para a medicina." - "Chás, xaropes, dos meus avós, da minha mãe." - "Há muitas diferenças."</p>	<p>- "Chá mas é muito raro." - "Eu própria já fiz alguns chás, não da ervanária, mas já fiz alguns chás ditos pela minha mãe que é os tais ditos chás de cenoura, de cebola. (...) Para a tosse." - "(...) Fui a uma cartomante com a namorada do meu filho." - "Para mim própria não, mas em relação ao meu marido e ao meu filho, já recorri." - "Tinha que fazer umas rezas, uns fumos, uns pozinhos, não sei quê e não se que mais. Fiz, eu fiz tudo isso, acho que isso não era bem, propriamente o que eu procurava para o que eu via no meu filho." - "Mas eu achei que para além disso, haviam coisas que não eram necessárias em relação ao que eu procurava."</p>	

**ANEXO III**

**Grelha Síntese das Entrevistas: Enfermeiros**

Resumo da Entrevista ao Enfermeiro A			
Dimensão	Categorias		
<b>Complementaridade das Práticas de Saúde</b>	<p><b>Percepção da Saúde e Doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Estar doente é estar em desequilíbrio psico-físico-social"</li> <li>- " (...) Modificaram-se com as diferentes experiências, conhecimentos, as diferentes conjunturas político-sociais, económicas, estados de vida, de espírito."</li> <li>- " (...) O meu conceito de saúde é o estado de equilíbrio do indivíduo, que o indivíduo tem consigo próprio e com o meio. E o estado de doença, o estado de desajuste ou consigo próprio ou com o ambiente, ou com as duas coisas."</li> </ul>	<p><b>Enquadramento das Medicinas Paralelas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "A medicina paralela pode ser uma medicina que ajude, que dê alguma ao indivíduo, encaminhando-o para a cura e para o tratamento sem ser a outra medicina."</li> <li>- "Se for utilizado paralelamente, há medicinas que são utilizadas paralelamente (...)"</li> <li>- "Não diria para já que o futuro fosse brilhante, (...) na próxima década mas está bem encaminhado. (...) Ainda está em estado embrionário mas está encaminhado."</li> <li>- "Neste momento, considero que ela está a ser como um complemento. Um desafio sim, (...) a pretensão é essa (...) futura."</li> <li>- "A acupuntura e alguns tratamentos e estudos a nível homeopático, que sejam devidamente, legislados, devidamente contemplados."</li> <li>- " (...) Quando tudo isso for regulamentado, sim, isto é, quando a medicina paralela for considerada como tal, for aceite publicamente e socialmente. (...) Pode haver um impacto económico com uma redução de gastos quer a nível do próprio utente, quer a nível das empresas. O impacto pode ser benéfico para o utente, mas o impacto em termos económicos, se calhar não é tão benéfico para uma empresa ou para um laboratório que crie esses químicos, ou que produza esses químicos."</li> <li>- " (...) Falta credenciar as escolas onde são formados os profissionais, (...) e dar-lhes uma figura política, legislá-los, algo que lhes dê credibilidade, que lhes dê crédito."</li> <li>- "Já existem «medicinas paralelas regulamentadas». Já houve pedido de solicitações</li> </ul>	<p><b>Prestação de Cuidados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- " (...) Muita oferta de prestação de cuidados e de bens (...) pouca selecção na escolha, (...) a utilização é um bocado arbitrária, não temos uma selectividade correcta na prestação, nos bens que são oferecidos em termos de saúde."</li> <li>- " (...) Podem ser outros técnicos, pode ser a família, podem ser outras pessoas que não propriamente estar o juízo único e final na pessoa do médico."</li> </ul>

Enfermagem na Comunidade	Organização do trabalho comunitário	Intervenção na Comunidade	Intervenção Multicultural
	<p>- “As actividades são desenvolvidas na área da enfermagem e especificamente na área de saúde infantil, em crianças em risco, na área da prevenção, na área da vacinação, e na área de gestão, quer de recursos humanos, que de recursos materiais.”</p> <p>- “ (...) Desenvolvido em saúde escolar, na área de intervenção. Os parceiros: pais, escolas.”</p> <p>- “ (...) Alguem trabalho sim «é reconhecido».”</p> <p>- “ (...) Da parte da área médica, nem sempre esse trabalho é reconhecido como um trabalho de parceiro e com a devida importância, um trabalho de parceria.”</p>	<p>- “Os resultados em termos de prevenção, os resultados obtidos são sempre a longo prazo, é prevenir a doença, isto é, e manter o estado de saúde do indivíduo.”</p>	<p>- “Culturas asiáticas, culturas ainda que um pouco parecidas com as europeias, mas de países de leste, culturas de históricos portugueses, mas ao mesmo tempo, africanos, brasileiras.”</p> <p>- “ (...) Não temos encontrado dificuldades, porque (...) não temos estado orientados para isso. Portanto, gerimos as nossas actividades e o utente aceita a gestão dessas actividades. Por enquanto, o utente não tem questionado aquilo que nós lhe proporcionamos.”</p>

Resumo da Entrevista ao Enfermeiro B			
Dimensão	Categorias		
<b>Complementaridade das Práticas de Saúde</b>	<p><b>Percepção da Saúde e Doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “ (...) Estar doente, é estar em desequilíbrio conosco próprios, quer a nível físico ou psíquico.”</li> <li>- “Apurou-se com o desenvolvimento quer pessoal, quer profissional e com as experiências vividas até então.”</li> <li>- “ (...) Saúde é um bem-estar conosco próprios. (...) Sentimo-nos bem, não estamos em desequilíbrio (...)”</li> <li>- “Doença é tudo aquilo que quebra aquele equilíbrio que nos faz viver bem.”</li> <li>- “ (...) Podem ser problemas de saúde físicos, psíquicos, problemas de saúde talvez espirituais também.”</li> </ul>	<p><b>Enquadramento das Medicinas Paralelas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “ (...) Se tomarmos como normal a medicina científica é tudo aquilo para além disso, mas o normal é subjectivo.”</li> <li>- “ (...) Uma coisa que funciona em comum, não é, uma coisa em paralelo. A medicina alternativa seria uma coisa que substituisse. (...) Ambas se complementam, quer dizer, a medicina paralela pode ser alternativa e vice-versa.”</li> <li>- “Se for uma medicina, uma prática alternativa, do género de fazer infusões para por exemplo, vou dar um exemplo é mais fácil: a pessoa toma um medicamento para a tensão e ao mesmo tempo, toma um chá para baixar a tensão, isso considero como uma medicina alternativa. Agora, aquela pessoa que tem uma dor na omoplata que não toma anti-inflamatórios e vai fazer acupunctura, isso é completamente paralelo”</li> <li>- “Falando de acupunctura se calhar é mais alternativo.”</li> <li>- “Eu penso que está a crescer, já existe em vários pontos onde há formação sobre essas medicinas e que a única coisa que falta é realmente educar a população para acreditarem nelas.”</li> <li>- “Então os médicos são os únicos credibilizados e legalizados para tomar uma decisão a nível de um tratamento científico.” - “Mas a nível de um tratamento paralelo ou alternativo, podem propor, no caso de um tratamento de acupunctura ou outra coisa</li> </ul>	<p><b>Prestação de Cuidados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “O sistema de saúde português (...) encaminha as pessoas para a medicina científica, não as encaminha para a medicina paralela.”</li> <li>- “ (...) A credibilidade é pouca e não se encaminha as pessoas quando não se tem a certeza daquilo que se faz.”</li> <li>- “ (...) As medicinas paralelas ganhavam com a regulamentação por parte do Estado, (...) um concorrente para a convencional.”</li> <li>- “ (...) Nos cuidados ao domicílio, pedem-nos opinião por tudo e mais alguma coisa que se possa imaginar, porque nós, a partir do momento em que chegamos a ir lá, somos como um elemento da família e eles falam connosco como se tivessem a falar para um familiar.”</li> <li>- “Conheço pessoas que (...) em paralelo com a medicina convencional, tomam as tais infusões e fazem essas mezinhas em paralelo para ficarem melhores.”</li> <li>- “As outras que vão mais à frente, ocultam, no meu ponto de vista. Por exemplo, no tratamento de úlceras de perna, sei de pessoas que conhecem as outras pessoas que vão aos curandeiros mas que não dizem quem é, e que depois recorrem a mim, às vezes com maus, outras vezes, bons resultados, mas também nunca dizem quem é. Ocultam, simplesmente.”</li> <li>- “ Mas na nossa área existem muitos locais onde se fazem medicinas alternativas e/ou paralelas.”</li> </ul>



qualquer, da homeopatia podem propor, mas também não quer dizer que eu também não ligue à Sr.ª que tem a tensão alta e que pode fazer uma infusão, ou que tenha problemas aqui, fazer uma infusão. “

- “ (...) Os médicos têm em termos legais a função de propor a medicina científica, qualquer outra pessoa pode e deve propor uma medicina paralela.”

- “Desafio não sei se são, porque penso que haverá coisas que a medicina paralela nunca irá chegar, mas um complemento talvez.”

- “Tudo aquilo que vá para além das aplicações tópicas. Por exemplo, a acupunctura deve ser regulamentada, a homeopatia talvez, tudo aquilo, por exemplo, um chamado endireita acho que também devia ser regulamentado porque não tem lógica andar a fazer trações e tratamentos de luxações sem ter uma regulamentação pelo menos a nível do conhecimento do corpo humano. Agora, tudo aquilo que vai das mezinhas e das aplicações tópicas, penso que isso não valeria a pena ser regulamentado porque toda a gente o fará ser regulamentação.”

- “ (...) A medicina convencional, nós vamos à farmácia comprar um medicamento e ele pode ter desconto quando é prescrito por um médico.”

- “A paralela, aquilo nunca é prescrito por ninguém. (...) Um “curandeiro” perfeitamente legalizado, que pudesse propor legalmente uma medicina alternativa (...) poderia haver aí alguns com descontos.”

- “ (...) Se as medicinas paralelas forem

		<p>regulamentadas, no início vai depender da publicidade que fizerem em volta da questão. As pessoas vão aderir ou não, vão substituir a convencional pela paralela, e isso depende do impacto que ela tiver na população e na sociedade.”</p> <p>- “ (...) Se houver e estiverem descritos bons resultados, (...) vai ser um desafio, vai ser um concorrente à alhura. Se por outro lado, os resultados não forem bons, (...) não é um concorrente à alhura.”</p> <p>- “A credibilidade.”</p>	
<p><b>Enfermagem na Comunidade</b></p>	<p><b>Organização do trabalho comunitário</b></p> <p>- “Eu sou o responsável por um pólo de cuidados continuados que envolve 5 freguesias com 9000 utentes e presto cuidados ao domicílio no âmbito do tratamento e prevenção, a todos aqueles que necessitem, mediante critérios previamente trabalhados por mim.”</p> <p>- “Prevenção e tratamento de úlceras de pressão.”</p>	<p><b>Intervenção na Comunidade</b></p> <p>- “O meu é! (...) Ambicionamos sempre que sejamos mais reconhecidos, mas penso que prefiro pensar que somos bem reconhecidos pelos utentes.”</p> <p>- “ Os assistentes sociais, as casas do povo, psicólogos, médicos, isto tudo no âmbito dos profissionais.”</p> <p>- “No âmbito do trabalho de enfermagem que eu desenvolvo, também obtenho como parceiros, o próprio doente, a família e no caso dos doentes, a necessidade em casa/acamados, o cuidador principal (...)”</p> <p>- “Prestação de cuidados em parceria com elemento cuidador.”</p> <p>- “A necessidade chega aqui ao meu pólo por intermédio de quaisquer vertentes, pelo médico, pela pessoa, pela família, pelo hospital, (...) eu vou a casa da pessoa, avalio a situação e se houver necessidade, vou prestar cuidados, se não houver necessidade, encaminhoo para o Centro de Saúde.”</p> <p>- “ (...) Faço um plano de cuidados mental acerca das necessidades do utente, se forem</p>	<p><b>Intervenção Multicultural</b></p> <p>- “Na prática mesmo de utentes não, mas de elementos cuidadores, (...) às vezes não é a família, são indivíduos de outras nacionalidades que estão cá a trabalhar eternamente na casa dessas pessoas.”</p> <p>- “ (...) Dificuldades na barreira linguística (...) vão sendo também diminuídas porque normalmente o pessoal que cuida, o pessoal de outras nacionalidades que cuida de doentes cá, tem uma capacidade de adaptação e facilmente percebem e comunicam com eles.”</p>

necessidades da parte de enfermagem, médica, psicólogo, do assistente social ou do cuidador familiar e assim desenvolvo os meus cuidados.”

- “Ótimos «resultados».”
- “No início, (...) tive muito trabalho, muitas feridas, muitos tratamentos e poucos utentes. Neste momento, tenho o dobro dos utentes, o dobro do trabalho também mas a nível de lesões e problemas tenho  $\frac{1}{4}$ , porque ao longo dos tempos a prevenção veio ganhando terreno e neste momento a visita está perfeitamente controlada.”
- “ (...) Reuniões periódicas, (...) mensais.”
- “ (...) Se formos falar na família e nos elementos cuidadores é conforme a periodicidade que eu lá vou, sempre que eu lá vou tento falar e obter, saber quais são as necessidades.”
- “ (...) Com os nossos parceiros profissionais, temos com a parte de enfermagem, reuniões periódicas e com a parte dos outros profissionais, só mediante a necessidade.”

Resumo da Entrevista ao Enfermeiro C			
Categorias			
Dimensão das Práticas de Saúde	Percepção da Saúde e Doença	Enquadramento das Medicinas Paralelas	
	<p>- “É não estar bem, é não se sentir bem. (...) Difícil de concretizar.”</p> <p>- “A concepção enquanto enfermeira, (...) a concepção científica (...).”</p> <p>- “Saúde é quando a pessoa não tem, (...) nenhum problema grave.”</p> <p>- “(...) eu não digo doença uma gripe, (...) digo doença, uma doença grave, um cancro.”</p>	<p>- “ (...) É um termo muito vago.”</p> <p>- “ (...) Também está englobado a homeopatia e eu não ponho, digamos que num mesmo prato, uma homeopatia e um curandeiro. São coisas completamente diferentes.”</p> <p>- “ (...) Uma homeopatia, um shiatsu, acho que são, (...) medicinas não convencionais.”</p> <p>- “ (...) Existem algumas diferenças, (...) não são tão à base de fármacos.”</p> <p>- “ (...) Um complemento poderão ser. Eu preferia que ele não se chamassem paralelas, porque depois pomos tudo no mesmo saco, curandeiros e assim, e esses é um campo à parte, que eu colocaria muito à parte, que eu esse, na minha concepção não confio muito.”</p> <p>- “ (...) Quando há resultados, eu acho que sim, que poderão obter «estatuto».”</p> <p>- “Um shiatsu, uma homeopatia, depois dentro da homeopatia também há várias (...) até mesmo a acupunctura, que isso eu posso testemunhar e não colocaria de maneira nenhuma no mesmo saco que um curandeiro.”</p> <p>- “ (...) Muitas das coisas poderiam em certos aspectos complementar-se, o alívio da dor... a acupunctura.”</p> <p>- “ (...) Algumas têm, digamos, a sua origem no oriente e eu acho que com os orientais temos muito que aprender.”</p> <p>- “ (...) Têm de ser regulamentadas.”</p> <p>- “ (...) É o caminho, (...) no nosso país, (...) não tem assim grande experiência nessas áreas. Quando começar a haver, que uma maior, digamos que adesão, eu acho que o impacto será maior,</p>	<p><b>Prestação de Cuidados</b></p> <p>- “ (...) Há coisas que podiam mudar, podíamos melhorar mas também, acho que é difícil soluções”</p> <p>- “ (...) O utente tem direito, pelo menos a expressar a sua opinião. (...) o médico, tendo (...) a sua parte técnica, em termos desse aspecto está mais capacitado para dizer, mas acho a pessoa tem sempre direito ou pelo menos a ser correctamente informado.”</p> <p>- “ (...) Está tudo em fase de mudança. Há muitas coisas que estão ser descomprometidas, e eu acho que como está o sistema de saúde, a tendência é para descomprometir e não para participar.”</p> <p>- “Se têm algo que os preocupa vêm perguntar: olhe eu tenho isto, e depois eu logo vejo se é para mim ou para a D<sup>r</sup> e depois encaminho.”</p> <p>- “ (...) Curandeiros não lhe sei dizer se vão ou não. Por exemplo, que possam ir à homeopatia, (...) sou capaz de conhecer alguém que vá. (...) sei de pessoas que vão.”</p> <p>- “ (...) Medicamentos tradicionais há (...).”</p> <p>- “Os endireitas também há muito (...).”</p>

<p><b>Enfermagem na Comunidade</b></p>	<p><b>Organização do trabalho comunitário</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “ (...) Acções de formação, neste caso, numa escola, para crianças porque é assim, chegou-se à conclusão que acções pontuais não têm grande efeito e então foi estudado que alguma coisa que pode haver é começar a falar da alimentação às crianças, para tentar que eles interiorizem determinados hábitos e que os adquiram.!</li> <li>- “ (...) Algum trabalho já é reconhecido, que as pessoas, pelo menos, é diferente dos grandes centros urbanos.”</li> <li>- “Depende dos profissionais com quem contactamos, alguns nos reconhecem e outros nem tanto. Aqui por acaso até mantemos uma boa relação, se preciso de alguma coisa vou pedir à Drª e se ela precisa de alguma coisa também me pergunta.”</li> </ul>	<p>porque haverá mais resultados.”</p> <p><b>Intervenção na Comunidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “ (...) É a professora e também, os pais, (...) nós poderemos dar um alerta mas se não forem os pais, depois a acompanhar.”</li> <li>- “ Foi a colega de saúde escolar que elaborou o projecto, (...) alguma parte ela foi buscar à parte da nutrição. Ela já tinha estado no Centro de Saúde, digamos que aproveitou parte do trabalho para compilar.”</li> <li>- “ (...) Não entrou médico, mas pronto, há outras vertentes que, por exemplo, nós fazemos a parte do exame global de saúde. (...) O médico faz parte a parte médica, eu faço a parte de vacinação.”</li> <li>- “Têm futuro (...) têm resultados.”</li> <li>- “ (...) Nós queremos ganhos em saúde.”</li> </ul>	<p><b>Intervenção Multicultural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Aqui não temos assim muitos ciganos, (...) temos pessoas que são de raça negra, temos pessoas que vêm de leste.</li> <li>- “ (...) No caso da vacinação (...) temos de enviar as pessoas à embaixada que é para eles nos traduzirem porque sinceramente eu fico a olhar, e não consigo decifrar nada.”</li> </ul>
--	--	--	---

Resumo da Entrevista ao Enfermeiro D			
Categorias			
Dimensão	Percepção da Saúde e Doença	Enquadramento das Medicinas Paralelas	Prestação de Cuidados
Complementaridade das Práticas de Saúde	<p>- “Estar doente é não estar bem, (...) independentemente de qual seja a vertente que a gente considere.”</p> <p>- “Modificaram-se e bastante. A noção tradicional que nos transmitem em criança de que vou estar, ser saudável ou ter saúde e simplesmente não estar doente. E modificaram-se ao longo do meu trajecto académico e trajecto profissional.”</p> <p>- “Quando falo de saúde, falo de um bem-estar em todos os dias. Esse bem-estar tendo em conta a conjugação do ponto de vista entre a pessoa e muitas vezes, não só a nossa própria concepção do que será saúde.”</p> <p>- “ (...) Quando falamos de estar doente ou quando falam em estar doente, é alguém que necessita de algum tipo de tratamento ou cuidado ao qual não pode ou o qual não se pode auto-proporcionar.”</p> <p>- “Normalmente quando eu estou doente, a origem dos meus problemas de saúde é de ordem nervosa.”</p>	<p>- “Por medicina paralela não entendo nada.”</p> <p>- “Para caracterizar a medicina tradicional ou alternativa como medicina paralela, estaríamos a fazer uma dicotomia entre a medicina farmacológica/científica que temos hoje e a medicina alternativa com raízes bem mais antigas e que (...) são as bases da medicina moderna.”</p> <p>- “ (...) São dois conceitos que não se devem separar mas sim, complementar-se. Como tal, nunca podem ser paralelas porque paralela nunca se encontra.”</p> <p>- “Devem ser práticas complementares.”</p> <p>- “Eu acho que estão em expansão, embora ainda estejam em «esperança» (...) expressão que vou utilizar é um bocaco na clandestinidade mas cada vez mais se vê uma adesão tanto da população em geral como dos vários profissionais de saúde a esse tipo de medicinas alternativas, complementares e paralelas.”</p> <p>- “Sempre um complemento, porque eu acho que a base é a mesma.”</p> <p>- “Não direi todas mas se calhar algumas eu acho que será possível.”</p> <p>- “A regulamentação é sempre importante.”</p> <p>- “Eu escolheria principalmente a acupunctura porque acho que neste momento será a prática mais generalizada, mais conhecida e com efeitos mais conhecidos, mas de qualquer maneira não ponho fora de hipótese outro tipo de práticas.”</p> <p>- “Haverá algumas mais controversas do que outras, mas eu creio que, sempre de princípio</p>	<p>- “O sistema de saúde português em termos teóricos é o sistema de saúde ideal, mas é o sistema ideal na teoria. Um sistema de saúde tendencialmente gratuito e seria sempre o ideal para toda a população. Mas do passar da teoria para a prática é sempre bem mais complicado tendo em conta que os próprios gestores do sistema são humanos e como humanos também erram e têm todas as, chamemos-lhe falhas, que os seres humanos têm. (...) De uma forma diferente e com uma cultura organizacional diferente continua a ser um bom sistema.”</p> <p>- “ (...) Quando se assume a palavra tratamento é o tratamento farmacológico. Nesse aspecto é óbvio que sem dúvida são as pessoas (os médicos) mais qualificadas para isso.”</p> <p>- “Em relação a outros tipos de tratamento, eu acho que já há outros profissionais que acabam por receitar ou ser autónomos na «prescrição» (...) ou aconselhamento.”</p> <p>- “O impacto na medicina convencional eu acho que será positivo, porque (...) qualquer complementaridade em que o bem-estar do doente ou de quem necessita de cuidados, seja maior ou melhor, será sempre positivo.” - “Há vários tabus e várias resistências a ultrapassar, (...), tirando casos esporádicos de práticas pouco recomendáveis.”</p> <p>- “Eu acho que até agora tem sido positivo e vai continuar a ser positivo desde que exista um respeito pelas várias práticas.”</p> <p>- “Eu acho que falta fundamentalmente (...) o reconhecimento por parte de toda a comunidade</p>

		<p>aquelas que, em que há mais bases quer de aplicação, quer de conhecimento.”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Alguns deveriam ter até porque têm por base princípios que se podem encontrar em muitos outros tipos de medicamentos, os quais são compartilhados.”</li> <li>- “Em relação a outros tipos de tratamento, eu acho que já há outros profissionais que acabam por recetar ou ser autónomos na prescrição (...). Alguns profissionais já são autónomos nisso.”</li> </ul>	<p>científica, porque neste momento é reconhecido pela maior parte das pessoas que as utilizam e utilizaram, é reconhecido por parte das pessoas que as praticam mas enfrenta ainda uma resistência social por parte de uma grande parte da comunidade científica, quer médica e não só, que neste momento impede que se concretize ou avance mais, quer em relação à regulamentação e à implementação.”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Se estamos a falar da regulamentação de determinada prática, essa prática deve ser obviamente ministrada por profissionais treinados e formados nessa mesma área.”</li> <li>- “A intervenção do Estado será sempre necessária, porque a intervenção do Estado é a base essencial da regulamentação de qualquer profissão a nível da saúde.”</li> <li>- “(...) Começou a haver uma tendência crescente à procura de outro tipo de alternativas à medicina convencional (...).”</li> <li>- “Uma das alternativas da população que abrangia o Centro de Saúde era a alternativa dos remédios caseiros, que alguns deles tinham o seu fundo e que alguns deles tinham por base um uso de plantas e um uso de outras substâncias contidas em determinados produtos caseiros, que são utilizados um bocadinho desprezados pelas áreas especializadas em medicinas alternativas. Depois o que eu notei que era mais utilizado era sem dúvida a acupunctura e era os chás.”</li> </ul>
<p><b>Enfermagem na Comunidade</b></p>	<p><b>Organização do trabalho comunitário</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Em intervenção comunitária, eu desenvolvi educações para a saúde quer em saúde escolar, quer noutras áreas da comunidade como os idosos. Desenvolvi também visitas domiciliárias preventivas, mais viradas para a geriatria, (...) para a</li> </ul>	<p><b>Intervenção na Comunidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Na altura, através de um projecto de apoio conseguimos alguns colchões anti-úlceras de pressão, consegui fazer acordos com algumas empresas para o fornecimento de material. É óbvio que isso tinha o reverso, as empresas forneciam o material que necessitávamos, eu fornecia depois</li> </ul>	<p><b>Intervenção Multicultural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “ (...) A área onde trabalhava havia mais uma diferença em termos sócio-económicos e culturais. (...) Mas em termos étnicos não tinha (...) muita variedade. (...) A grande cultura além da tradicional portuguesa, da etnia caucasiana o que havia era a cigana, mas esses tinham uma cultura de tratamento</li> </ul>

<p>prevenção de úlceras de pressão, todos os cuidados ao acamado, os cuidados ao idoso e para a alimentação. Visitas domiciliárias em relação à vacinação.”</p> <p>- “Situações mais problemáticas em que as crianças faltavam à vacinação eram efectuadas as visitas domiciliárias (...), para uma consciencialização e para um alerta para se deslocarem ao Centro de Saúde para serem vacinadas.”</p> <p>- “Eu nunca encontrei tanto reconhecimento por parte dos utentes como nos cuidados domiciliários. (...) A população que beneficia dos cuidados domiciliários, sem dúvida que há um reconhecimento muito grande pelo profissional que lá vai.”</p> <p>- “Pelos outros profissionais de saúde, eu creio que chega uma altura que a partir do momento que há o contacto com o enfermeiro, não é que as pessoas não agradeçam aos outros profissionais, mas como é sempre o enfermeiro o intermediário, acaba por haver sempre um grande reconhecimento do papel do enfermeiro e o papel dos outros profissionais passa um bocadinho para segundo plano.”</p>	<p>todos os dados científicos que conseguisse retirar mas obviamente com a concordância da direcção do Centro de Saúde.”</p> <p>- “E depois os doentes acabaram por ser beneficiados e com os resultados acabaram por ser mais positivos do que aquilo de que estávamos à espera, em que tivemos um aumento das percentagens de cicatrização de feridas crónicas, tipo úlceras de pressão e úlceras venosas, úlceras na perna diabética de etiologia venosa, bem superior ao que estava a acontecer.”</p> <p>- “Não eram bem baseados na intervenção de uma equipa multidisciplinar. Na teoria eram, mas (...) a equipa médica muito poucas vezes se deslocava ao domicílio, ou seja, a maior parte das situações eram primeiro observadas por nós enfermeiros que se deslocavam ao domicílio (...) todas as dúvidas e todo o apoio da equipa médica, éramos nós que o solicitávamos. (...) A maior parte das vezes, o médico não observava o doente, apenas ouvia as nossas informações e tirava as suas conclusões.”</p> <p>- “O doente estava à nossa vigilância e ao nosso cuidado, digamos assim, todo a parte médica era apenas o papel formal que depois o doente necessitaria.”</p> <p>- “Quando iniciei as minhas funções nos domicílios e no tratamento de feridas mais em permanência no Centro de Saúde, tinha muito pouco material de pensos, tinham uma cultura de prevenção muito básica.”</p> <p>- “E no qual, depois no final, conseguimos ter uma média de 10 doentes de cada vez com o material que nós ainda não dispúnhamos, que a sub-região não fornecia nem nos permitia adquirir, com material não digo mais avançado, mas pelo menos mais adequado.”</p>	<p>dos seus doentes acamados que não envolvia o Centro de Saúde.”</p> <p>- “Havia um fecho da cultura cigana que existia na área de abrangência do Centro de Saúde, (...)”</p> <p>- “Em termos de vacinação era uma situação diferente. Em termos de cuidados domiciliários a doentes dependentes não existia.”</p> <p>- “Encontrei bastantes limitações, principalmente em termos materiais e depois em termos logísticos em que o que tínhamos para trabalhar ou o tempo que tínhamos para desempenhar as funções e a abertura, embora isso já estivesse em mudança, mas a abertura que durante grande parte do tempo em que eu lá estive havia para o desenvolvimento de cuidados preventivos e não apenas curativos, foi muito difícil ultrapassar uma certa relutância por parte da direcção de utilizar os meios, principalmente o deslocamento do motorista e o carro para visitas preventivas.”</p>
---	--	---



**ANEXO IV**

**Grelha Síntese das Categorias: Comunidade e Enfermeiros**

Sistemas de Categorias (Comunidade)				
Experiências de Saúde e Doença		Enquadramento das Medicinas Paralelas		
Representações sociais de saúde e doença	Redes de apoio informal	Autogestão da saúde	Representações sociais das medicinas paralelas	Medicinas paralelas versus medicina "oficial"
<b>Concepção de saúde e doença</b> ☆ Mal-estar físico ☆ Mal-estar psicológico ☆ Ter dores ☆ Ausência de aptidão física ☆ Ter doenças ☆ Ter de ficar em casa	<b>Responsável pela manutenção da saúde</b> ☆ O próprio ☆ O principal responsável é a filha ☆ O principal responsável é a esposa	<b>Procura de cuidados de saúde</b> ☆ Médico de família ☆ Medicinas paralelas ☆ Médico particular ☆ Enfermeiro ☆ Médico especialista ☆ Outros técnicos de saúde  <b>Ida ao médico de família</b> ☆ Resolve sozinho e só depois o médico ☆ Recorre ao médico de família quando se sente pior	<b>Concepção das medicinas paralelas</b> ☆ Não acredita em videntes e bruxas ☆ Acredita em feitiços ☆ Acredita nos produtos naturais ☆ Acredita nos saberes populares ☆ Acredita em Deus nos Santos e nos Mortos	<b>Importância no contexto social</b> ☆ Complementares ☆ Diferentes ☆ Não existem diferenças ☆ Existem videntes ☆ Existem curandeiros ☆ Existem outras pessoas que curam ☆ Tem bons resultados
<b>Principais Doenças</b> ☆ Patologias do foro endócrino e metabólico ☆ Patologias cardiovasculares ☆ Patologias gastrointestinais ☆ Problemas osteoarticulares ☆ Neoplasia ☆ Alergias	<b>Relações familiares</b> ☆ Vai ao médico de família sozinho(a) ☆ Vai ao médico de família acompanhado(a) ☆ Não se sente isolado (a) ☆ Sente-se isolado(a)	<b>Procura social das medicinas paralelas</b> ☆ Recomendado por vizinhos, familiares ou amigos ☆ Procura de ajuda ☆ Para resolver situações do foro físico	<b>Tipologia das Práticas em medicinas paralelas</b> ☆ Recorre a um chá adequado à doença ☆ Recorre a produtos da ervanária ☆ Recorre a remédios caseiros (xaropes e mezinhas)	<b>Organização das Práticas em medicinas paralelas</b> <b>Perfil do prestador em medicinas paralelas</b> ☆ Não oficial ☆ Sem regras ☆ Sem formação superior ☆ "Charlatanismo"

<p>☆ Anémia</p> <p>☆ Patologias do sistema génito-urinário</p> <p>☆ Patologias do foro psicológico</p> <p><b>Causalidade de saúde e doença</b></p> <p>☆ Depende do próprio</p> <p>☆ Depende de Deus</p> <p>☆ Depende de quem ajuda</p>	<p>☆ Costuma conversar e pedir ajuda ou conselhos a vizinhas e amigas</p> <p>☆ Costuma conversar e pedir ajuda ou conselhos a familiares</p>	<p>médico de família</p> <p>☆ Recorre logo ao médico de família</p> <p><b>Estratégias de autogestão da saúde</b></p> <p>☆ Cuidados com a alimentação</p> <p>☆ Cuidados com o corpo</p> <p>☆ Autogestão desorganizada</p> <p>☆ Automedicação complexa com prescrição</p> <p>☆ Automedicação simples sem prescrição</p> <p>☆ Ajuda e conselhos de vizinhas e amigas</p> <p>☆ Ajuda e conselhos de familiares</p> <p>☆ Crença na fé</p> <p>☆ Procura de recursos não convencionais</p>	<p>☆ Para resolver problemas do foro psicológico</p>	<p>☆ Fraudes, ilegalidade e riscos</p> <p>☆ Sem garantia técnica e científica</p>	<p>☆ Recorre ao endireita</p> <p>☆ Recorre ao curandeiro</p> <p>☆ Recorre à “vidente” (crenças, rezas e benzeduras)</p> <p>☆ Recorre ao massagista</p>
--	--	---	--	---	--

Sistemas de Categorias (Enfermeiros)					
Complementaridade das Práticas de Saúde		Enfermagem na Comunidade			
Percepção da Saúde e Doença	Enquadramento das Medicinas Paralelas	Prestação de Cuidados	Organização do trabalho comunitário	Intervenção na Comunidade	
<p><b>Representação social de saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Visão holística</li> <li>☆ Bem-estar</li> <li>☆ Ausência de doença grave</li> <li>☆ Equilíbrio</li> </ul> <p><b>Representação social de doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Visão holística</li> <li>☆ Mal-estar</li> <li>☆ Existência de doença</li> <li>☆ Desequilíbrio</li> <li>☆ Incapacidade para o autocuidado</li> </ul>	<p><b>Caracterização das medcinas paralelas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Paralelas</li> <li>☆ Alternativas</li> <li>☆ Complementares</li> <li>☆ Tratamento não-convencional</li> <li>☆ Fase de mudança</li> <li>☆ Desafio</li> <li>☆ Diferenciadas</li> <li>☆ Tradicional</li> <li>☆ Base da medicina científica</li> <li>☆ Profissionais autónomos</li> <li>☆ Oposto à medicina farmacológica</li> </ul> <p><b>Legitimidade das medcinas paralelas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Importância da regulamentação de algumas práticas paralelas</li> </ul>	<p><b>Sistema de Saúde Português</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Desadequação entre a oferta e procura</li> <li>☆ Orientação para a medicina científica</li> <li>☆ Tendência para os tratamentos não-convencionais</li> <li>☆ Pouca intervenção do Estado</li> <li>☆ Gratuito</li> <li>☆ Ideal</li> <li>☆ Necessidade de ultrapassar resistências</li> </ul>	<p><b>Perfil e papel da Enfermagem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Saúde Infantil</li> <li>☆ Gestão de recursos humanos</li> <li>☆ Gestão de recursos materiais</li> <li>☆ Saúde Escolar</li> <li>☆ Cuidados Continuados</li> <li>☆ Educação para a Saúde</li> <li>☆ Visitação domiciliária</li> <li>☆ Vacinação</li> <li>☆ Prevenção e tratamento</li> </ul> <p><b>Reconhecimento Social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ É reconhecida pelos utentes</li> <li>☆ É reconhecida pelos outros</li> </ul>	<p><b>Gestão e estratégias de intervenção</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Envolvimento dos pais e escolas</li> <li>☆ Envolvimento de outros técnicos de saúde</li> <li>☆ Elaboração de plano de cuidados</li> <li>☆ Equipa multidisciplinar só na teoria</li> <li>☆ Organização de projectos de intervenção</li> <li>☆ O papel formal do médico</li> <li>☆ Envolvimento das famílias</li> </ul>	<p><b>Diversidade Cultural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Utentes de diversas culturas</li> <li>☆ Elementos cuidadores de diferentes culturas</li> <li>☆ Inexistência de utentes de outras culturas</li> </ul> <p><b>Constrangimentos das práticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ Barreiras culturais</li> <li>☆ Barreiras linguísticas</li> <li>☆ Dificuldade em contactar com a etnia cigana</li> <li>☆ Sem barreiras culturais</li> <li>☆ Limitações materiais</li> <li>☆ Limitações financeiras</li> </ul>

<p>☆ <b>Experiência profissional</b> ☆ <b>Concepção científica</b></p>	<p>☆ <b>Política Social</b> ☆ <b>Aspectos económicos</b> ☆ <b>Intervenção do Estado</b> ☆ <b>Educação da população</b> ☆ <b>Importância da existência de cursos superiores em medicinas paralelas</b> ☆ <b>Resultados obtidos</b> ☆ <b>Credibilidade</b> ☆ <b>Uma “esperança”</b> ☆ <b>Reconhecimento pela medicina científica</b></p>	<p><b>Procura de cuidados</b> ☆ <b>Recurso a outros profissionais de saúde</b> ☆ <b>Recurso simultâneo à medicina convencional e às não-convencionais</b> ☆ <b>Oculto das medicinas paralelas</b> ☆ <b>Recurso aos amigos, vizinhos e familiares</b> ☆ <b>Recurso a remédios caseiros</b> ☆ <b>Recurso à acupuntura</b> ☆ <b>Recurso à homeopatia</b> ☆ <b>Recurso a chás</b></p>	<p><b>profissionais de saúde</b> ☆ <b>Nem sempre é reconhecida pelos médicos</b></p>	<p><b>Impacto da Intervenção Comunitária</b> ☆ <b>Resultados positivos</b> ☆ <b>Resultados a longo prazo</b></p>	<p>☆ <b>Dificuldade de deslocação nas visitas domiciliárias</b> ☆ <b>Pouca intervenção da Sub-região de Saúde</b></p>
--	--	---	--	--	---