

2º CICLO DE ESTUDOS EM SOCIOLOGIA

Representações e comportamentos na
saúde feminina em comunidades rurais:
estudo descritivo em Suco Aidaba Leten,
Posto Administrativo Atabae, Bobonaro,
Timor-Leste

Cecília Pereira

M

2018



Cecília Pereira

**Representações e comportamentos na saúde feminina em
comunidades rurais: estudo descritivo em Suco Aidaba Leten, Posto
Administrativo Atabae, Bobonaro, Timor-Leste**

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia orientada pela Professora Doutora
Alexandra Lopes Günes

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

setembro de 2018

Representações e comportamentos na saúde feminina em
comunidades rurais: estudo descritivo em Suco Aidaba Leten,
Posto Administrativo Atabae, Bobonaro, Timor-Leste

Cecília Pereira

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia, orientada pela Professora
Doutora Alexandra Cristina Ramos da Silva Lopes Gunes

Membros do Júri

Professora Doutora Natália Maria Casqueira Azevedo
Faculdade de Letras - Universidade do Porto

Professor Doutor José Manuel de Almeida Couto
Escola Superior de Educação - Instituto Piaget

Professora Doutora Alexandra Cristina Ramos da Silva Lopes Gunes
Faculdade de Letras - Universidade do Porto

Classificação obtida: 16 valores

Dedicatória

Esta dissertação eu dedico...

Aos meus pais João da Silva e Cesaltina Pereira

Aos meus irmãos Nicho, Nona, Alo, Okto, Egi Alex e Laku

Ao meu marido Daniel Henrique Nunes

Aos meus filhos Ina e Ama, e aos meus sobrinhos Keysia, Nona, Noi, Abuti, Heli e Chybi

Aos meus clãs Dau-Lelo, Narbae e Lia Me

À Alma mater Universidade do Porto, Faculdade de Letras e Curso de Mestrado em Sociologia.

Sumário:

Agradecimentos	9
Resumo	10
Abstract	11
Résumé.....	12
Índice de ilustrações.....	13
Índice de tabelas.....	14
Lista de Abreviaturas	15
Glossário	17
Capítulo I. Introdução. Enquadramento geral da investigação: Timor Leste como espaço social, econômico e cultural.....	19
1.1. Questão da Partida	23
1.2. Objeto de pesquisa	23
1.3. Objetivo de Pesquisa.....	24
1.3.1. Objetivo Geral.....	24
1.3.2. Objetivos Específico	24
Capítulo II. Revisão da Literatura.....	25
2.1. O conceito Comportamento em Relação a Saúde.....	25
2.2. Saúde e Doença em Contexto Sociais.....	28
2.3. A Saúde Feminina	30
2.4. A Saúde Como um Direito	32
2.5. A importância da Saúde Comunitária	34
2.6. Contexto de Timor-Leste	36
Capítulo III. Metodologia	40
3.1. Localização de Pesquisa e Razões de Escolher Local de Pesquisa	40
3.2. Abordagem e Tipo de Investigação	41
3.2.1. Método Qualitativo	41
3.2.2. Informante Chave.....	41
3.2.3. Técnicas de Recolhas dos Dados	42
3.2.4. Técnicas de Análise de dados	43
3.3. Processo de pesquisa.....	44
3.3.1. Estratégia de coleta de dados	44
3.3.2. Fase de Pesquisa	44
3.3.3. Descrição das características dos entrevistados.....	45
3.3.4. Estrutura Analítica	48
Capítulo IV. A Construção do Cuidado de Saúde em Timor-Leste.....	50
4.1. Um Território e uma História	50

4.2. Um Olhar ao Caminho Histórico dos Serviços de saúde	56
4.3. O Centro de Saúde Atabae em Suco Aidabaleten	61
4.4. A Saúde Materna	63
4.5. Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva.....	66
4.6. Ações preventivas	69
Capítulo V. Discursos e Vivências na Construção da Saúde da Mulher em Timor-Leste.....	70
5.1. <i>Saudável e doente</i> no conhecimento das comunidades rurais em Aidaba Leten	70
5.1.1. O conceito de <i>saudável</i>	70
5.1.2. O conceito de <i>doente</i>	73
5.1.3. Planeamento Familiar no Contexto da Saúde Reprodutiva	79
5.2. Inter-relação de Fatores que Influenciam os Padrões Comportamentais e as Perspetivas das Comunidades Rurais em Questões de Saúde das Mulheres	83
5.2.1. Fatores que Influenciam Padrões de Comportamento Saudável e Doença nas Comunidades Rurais em Suco Aidabaleten	83
5.2.1.1. Os aspetos do ambiente físico e da compreensão da comunidade.....	83
5.2.1.2. O aspeto socioeconómico	85
5.2.1.3. A educação	88
5.2.1.4. Conhecimento e consciência da saúde na sociedade	90
5.2.1.5. A cultura	96
5.2.1.6. Políticas, infraestruturas e acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais	106
5.3. A perspetiva da sociedade rural sobre a saúde feminina	111
5.3.1. A perspetiva das mulheres sobre as suas experiências e comportamentos na saúde e na doença nas comunidades rurais do Suco de Aidaba Leten	111
5.3.2. A vida quotidiana das mulheres rurais no Suco de Aidaba Leten	115
5.3.2.1. Atividades produtivas e reprodutivas	116
5.3.2.2. O padrão das atividades domésticas e públicas das mulheres rurais	119
Capítulo VI. Conclusão	122
Bibliografia	124
Livros e Artigos.....	124
Página Consultadas	129
Documentos Adicional.....	130
Anexos	132

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação, não seria possível sem o apoio de algumas pessoas, às quais deixo os meus sinceros agradecimentos.

1. Deus é todo-poderoso e sábio que me deu força, saúde, paciência e espírito, para que eu pudesse terminar bem esta dissertação.
2. Prof. Doutora Alexandra Cristina Ramos da Silva Lopes Gunes como orientadora que pacientemente me orientou no processo de redação desta dissertação.
3. A Universidade Nacional Timor Lorosaé (UNTL) e o Instituto de Camões, as duas instituições que me deram bolsas de estudo.
4. Gabinete das Relações Internacionais (Dra. Carla Augusto e sua equipa) que me têm apoiado em todas as questões relacionadas com o processo administrativo durante os meus estudos na FLUP.
5. Meus pais João da Silva Vicente e Cesaltina Pereira que me deram à luz, o conhecimento da vida e que me foram ensinando sobre humildade, simplicidade, responsabilidade e trabalho.
6. Meu marido Daniel Henrique Nunes e meus filhos, Ina e Ama, que me apoiaram e entenderam, apesar de ter que deixá-los.
7. Comunidade de Aidabaleten, especialmente a liderança comunitária, que aceitou e cooperou comigo para realizar pesquisas no Suco Aidaba Leten.
8. Todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, e que eu não posso nomear exaustivamente aqui.

RESUMO

Esta pesquisa busca explorar a interação de fatores que influenciam os padrões comportamentais e as perspectivas das comunidades rurais sobre questões de saúde da mulher. O estudo centrou-se no modo como os fatores individuais e coletivos influenciam o comportamento e a representação da comunidade na saúde das mulheres rurais no Suco Aidabaleten, sub-distrito de Atabae, distrito de Bobonaro, Timor-Leste.

A metodologia que foi utilizada nesta investigação envolve revisão da literatura científica e a produção de material empírico a partir de uma metodologia qualitativa. Neste estudo foram entrevistadas 25 mulheres, provenientes de 5 das 7 aldeias do Suco Aidabaleten, de cada uma selecionando-se 5 participantes. Além da amostra principal, a autora também recolheu mais 18 testemunhos na qualidade de informantes complementares. Estes são atores envolvidos com várias instituições e estruturas de autoridade que são consideradas como conhecedores privilegiados da situação geral no local da pesquisa.

Os resultados deste estudo indicam que a interrelação entre vários fatores, a saber, fatores económicos, educação, experiências de vida, consciência e fatores culturais, afetam as percepções e comportamentos de vida da sociedade Aidabaleten, em relação à saúde e às mulheres. Fatores económicos e culturais são os fatores dominantes que afetam o comportamento de vida das pessoas. A percepção da comunidade em Aidabaleten sobre saúde e causas da doença conclui-se organiza-se mais com base na influência dos elementos culturais locais. O papel da cultura local, normas, valores e crenças das comunidades locais influenciam mais as visões, atitudes e comportamentos dos indivíduos na compreensão da condição de saúde e doença. A influência da cultura local também molda a concepção e a atitude das comunidades rurais sobre as mulheres e seu papel na família e na sociedade.

Palavras-chave: comportamentos em saúde, saúde feminina, saúde rural, fatores económicos e socioculturais; Aidabaleten.

Abstract

This research seeks to explore the interaction of factors that influence behaviour patterns and the perspectives of rural communities on women's health issues. The study focused on how individual and collective factors influence community behaviour and representation in the health of rural women in Suco Aidabaleten, Atabae sub-district, Bobonaro district, East Timor.

The methodology that was used in this research involves revision of the scientific literature and the production of empirical material from a qualitative methodology. The main informants of this study were 25 women from 5 villages in 7 villages of Aidabaleten, each village was taken to 5 people, who are representative of coastal and mountain women. In addition to the main informant, the researcher also collected another 18 as complementary informants. The characteristics of the complementary informants drawn from various institutions and authority are considered to know the general situation at the research site.

The results of this study indicate that the interrelationship between various factors, namely economic factors, education, life experiences, conscience and cultural factors, affect the perceptions and life behaviours of the community of Aidabaleten in relation to health and women. Economic and cultural factors are the dominant factors that affect people's life behaviour.

While the community's perception in Aidabaleten about health and causes of illness, more based on the influence of local cultural elements. The role of local culture, norms, values, and beliefs of local communities further influence the views, attitudes, and behaviours of individuals in understanding health and disease status. The influence of local culture also shaped the conception and attitude of rural communities about women and their role in the family and society.

Keywords: health behaviour, women's health, rural health, economic and sociocultural factors, and Aidabaleten.

Résumé:

Cette recherche cherche à explorer l'interaction des facteurs qui influencent les comportements et les perspectives des communautés rurales sur les problèmes de santé des femmes. L'étude portait sur l'influence des facteurs individuels et collectifs sur le comportement et la représentation de la communauté dans la santé des femmes rurales à Suco Aidabaleten, dans le sous-district d'Atabae, dans le district de Bobonaro, au Timor oriental.

La méthodologie utilisée dans cette recherche implique la révision de la littérature scientifique et la production de matériel empirique à partir d'une méthodologie qualitative. Dans cette étude, 25 femmes de 5 des 7 villages de Suco Aidabaleten ont été interrogées, chacune ayant choisi 5 participants. En plus de l'échantillon principal, l'auteur a également recueilli 18 témoignages supplémentaires en tant qu'informateurs complémentaires. Ce sont des acteurs impliqués dans diverses institutions et structures d'autorité considérées comme des connaisseurs privilégiés de la situation générale du site de recherche.

Les résultats de cette étude indiquent que les relations entre divers facteurs, à savoir les facteurs économiques, l'éducation, les expériences de vie, la conscience et les facteurs culturels, affectent les perceptions et les comportements de la société Aidabaleten en matière de santé et de femmes. Les facteurs économiques et culturels sont les facteurs dominants qui affectent le comportement de vie des personnes. La perception de la communauté d'Aidabaleten sur la santé et les causes de la maladie s'organise davantage en fonction de l'influence des éléments culturels locaux. Le rôle de la culture locale, des normes, des valeurs et des croyances des communautés locales influence davantage les points de vue, les attitudes et les comportements des individus dans la compréhension de l'état de santé et de la maladie. L'influence de la culture locale façonne également la conception et l'attitude des communautés rurales par rapport aux femmes et leur rôle dans la famille et dans la société.

Mots-clés: comportements sanitaires, santé féminine, santé rurale, facteurs économiques et socioculturels; Aidabaleten.

Índice de ilustrações

Figura 1. Influências materiais e culturais na saúde	11
Figura 2 Quadro analítico enquadrador da investigação	20
Figura 3. Estrutura analítica	31
Figura 4. Mapa de localização da pesquisa	32
Figura 5. Mapa Centro de Saúde Atabae	43
Figura 6. Os fatores que causam a doença	58
Gráfico 1. Distribuição da população por sexo e idade	33
Gráfico 2. Incidência de doenças nos utentes do centro de saúde Atabae	36
Gráfico 3. Emprego em Aidabaleten	37
Gráfico 4. Proporção partos em Aidabaleten	50
Fotografia 1. Centro de saúde Atabae	43
Fotografia 2. Ritual <i>Fase matan</i>	83
Fotografia 3. Condição das estradas em áreas remotas	89
Fotografia 4. Ritual <i>Posi Luha</i>	95
Fotografia 5. Remédio das folhas de plantas	97
Fotografia 6. Os agricultores	99
Fotografia 7. A vida quotidiana das mulheres	101
Fotografia 8. Atividades sociais das mulhrese	102

Índice de Tabelas:

Tabela 1. Características amostrais das 25 entrevistadas	28
Tabela 2. Agrupamento características dos entrevistados complementaria	29
Tabela 3. Agrupamento Grupo de discussão focal	29
Tabela 4 Distribuição da população por Aldeia	33
Tabela 5 Rendimento da comunidade	38
Tabela 6. Recursos Humanos dos Centro e Postos de saúde	44
Tabela 7. Proporção de Partos no Centro Saúde Atabae	49
Tabela 8. Proporção de imunização e Atabae	51
Tabela 09. Programa de Planeamento Familiar do Centro de Saúde de Atabae	62

Lista de abreviaturas e siglas

BKKBN: *Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional* (Conselho Nacional de Planeamento Familiar)

CSP: Cuidados de Saude Primários

DHS: Demographic and Health Survey

DIU: Dispositivo Intrauterino

DNE: Direção Nacional de Estatística

Dinas Tk: Serviço de Saúde Pública Provincial

ENSR : Estratégia Saúde Reprodutiva Nacional

EUA Estados Unidos da America

FAO: Food and Agriculture Organization of the United Nations

FRETILIN: Frente revolucionário de Timor leste independente

FNUAP: Fundo das Nações Unidas para a População

RDTL: República Democrática de Timor-Leste

GDF: Grupo de Discussão Focal

HAI: Health Alliance International

ICF: International and Ministry of Health

ICPD: Internacional Conference on population and development

INS: Instituto nacional de saúde

IPPF: International Planned Parenthood Federation

IRA: Infecções respiratórias agudas

IST: Infeções Sexualmente Transmissíveis

Kanwil: o Departamento de Saúde Regional

KB: Keluarga Berencana (planeamento Familiar)

MDG: Millennium Development Goals

NCDs: Non-Communicable Disease

NGO: Non-Governmental Organization

NNS: Timor-Leste National Nutrition Strategy

OMS: Organização Mundial da Saúde

ODM: Objetivo de Desenvolvimento do Milénio

OMT: Organização da Mulher Timorese

PDD: Program for Decentralized Development

PDID: Planeamento Desenvolvimento Integrado Distrital, Integrated District Development Planning

PNDS: Programa nacional desenvolvimento do suco

SISCA: Serviço Integrado de Saúde Comunitária

SDG: Sustainable Development Goal

STEPS: STEPwise approach to surveillance

TAIS Timor-Leste Asistencia Integrada Saude

TBC: Tuberculose

TLDHS: Demographic Health Survey

UNFPA: United Nations fund for Population Activities

UNICEF: United Nations Children's Fund

USAID: United States Agency for International Development

WASH: Water, Sanitation, and Hygiene

WHO: World Health Organization

Glossário

Ai kulit – Casca de árvores ou frutos.

Aifunan moruk- Um ritual realizada uma semana após a morte

Aifunan midar, Um ritual realizada 40 dias após a morte

Ai tahan/ ai abut – Folha/ raiz de árvores.

Buan (Kemak: Tula te tau): Bruxa, feitiçaria.

Barlake – Barlaque. Casamento segundo os costumes tradicionais; contrato matrimonial. O mesmo que *hafoli*, termo que ultimamente caiu em desuso.

Fase matan (Kemak: No ru anmin) - Nome de um rito ligado ao nascimento, que significa “lave olhos“ e “sair da terra”.

Feto Maromak” (mulher é Deus)

Hafoli – Casamento tradicional, com dote. Termo que ultimamente caiu em desuso, sendo mais utilizado o termo *barlake*.

Hamulak – Rezar; orar; dirigir palavras propiciatórias a divindade ou ao *lulik*, nomeadamente antes de oferecer sacrifícios.

Kari aihetun: Colocação de flores na sepultura da família

Kasu todan: Rituais para se livrar da má sorte

Kore metan, Um ritual para liberando pano preto, que é uma cerimónia realizada após um ano da morte de um parente

Matak malirin- Benções

Lima rae (Kemak) - Parteira tradicional (Literalmente, *Lima* significa “Mão” e *rae* “ágil; habilidoso”). Em *tetun* diz-se *daia* .

Lia mate – Lia moris (Kemak: Lihiu): atividades sociais e rituais da sociedade como rituais morte, nascimento e casamento.

Lulik – Sagrado; proibido.

Mate-bian/Matui : Os espíritos dos antepassados/ mortos

Matan-dook (Kemak: Pesi/ Dukun) - Curandeiro; feiticeiro; adivinho.

Maromak - Ente supremo (princípio do bem que supervisiona tudo o que esta no mundo); Deus (na concepção crista).

Mane foun – Genro.

Malus – Betel

Mama – Masca: massa que se faz na boca mastigando folhas de bétel (*malus*), um pedaco de areca (*bu*) e um pouco de cal; mascar (conservar na boca, mastigando, o bolo obtido da *mama*).

Oan fatin (Kemak: Ana hati)– Utero (literalmente: “lugar do filho”).

Posi Luha (Kemak): Dar comer/ alimento aos antepasada

Sasoro: A canja

Tesi fuuk – Ritual de nascimento que significa “corte de cabelo”.

Umane – Nome que a si mesmos dão os parentes da esposa em relação aos do marido. Parentesco contraído entre duas famílias com o casamento, por *hafoli*, de dois dos seus membros.

Urat – Fígado de animal; pratica tradicional envolvendo a análise do fígado de um animal morto com a finalidade de conhecer, por exemplo, a causa ou o resultado de uma doença.

Uma lulik – Casa sagrada (lugar onde se guardam os objectos sagrados, *lulik*).

Rai na'in (Kemak: Rae ubun): é um ente imaginário a que se atribui poder sobrenatural (Costa, 2000).

Capítulo I. Introdução. Enquadramento geral da investigação: Timor Leste como espaço social, económico e cultural

Timor-Leste é um dos países mais jovens do mundo. Geograficamente, este país situa-se entre a Austrália e a Indonésia. O território deste país ocupa grande parte da ilha oriental de Timor e do enclave de Oecusse, que fica a oeste da ilha de Timor. A pequena ilha de Atauro ao lado de Dili e o ilhéu de Jaco na ponta mais oriental de Timor também fazem parte do território da região.

Historicamente, Timor-Leste foi colonizado pelos portugueses no século XVI, passando a ser conhecido como Timor português, designação que durou até à descolonização do país. Em 28 de novembro de 1975, Timor-Leste declarou a sua independência, mas no final do mesmo ano foi atacado e ocupado pela Indonésia e anexado como a 27^a província do país no ano seguinte. Depois de uma longa luta contra a ocupação ilegal da Indonésia, finalmente, em 1999, um referendo foi realizado para a autodeterminação, apoiado pelas Nações Unidas. Em 20 de maio de 2002, Timor-Leste declarou a restauração da sua independência e nasceu como o primeiro país no novo milénio sob o nome de República Democrática de Timor-Leste (RDTL).

Mais de 70% da população timorense depende da agricultura de subsistência, apoiada por condições ambientais difíceis e vinculadas em fortes sistemas de crenças tradicionais, na interação da vida familiar em um amplo contexto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a expectativa de vida neste país é de 68,3 anos, sendo para os homens de 66,6, enquanto que para as mulheres é de 70,1. Esses dados mostram que a expectativa de vida média do país é baixa em todas as regiões, uma vez que a expectativa de vida média no mundo de hoje é de 71,4. Este indicador clássico do estado de saúde das populações indica, desde logo, que as questões de saúde, em Timor-Leste, continuam a afirmar-se como prioridade.

O artigo 6º da Constituição da RDTL estabelece que o objetivo desse país é:

“(e) Promover a edificação de uma sociedade com base na justiça social, criando o bem-estar material e espiritual dos cidadãos;

(j) Criar, promover e garantir a efetiva igualdade de oportunidades entre a mulher e o homem”.

Enquanto, no artigo 17º declara a igualdade entre homens e mulheres:

“(…) a mulher e o homem têm os mesmos direitos e obrigações em todos os domínios da vida familiar, cultural, social, económica e política”.

Especificamente em relação à saúde, a Constituição define, no seu artigo 57º que:

“(1) Todos têm direito à saúde e à assistência médica e sanitária e o dever de as defender e promover;

(2) o Estado promove a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, na medida das suas possibilidades, gratuito, nos termos da lei;

*(3) O serviço nacional de saúde deve ser, tanto quanto possível, de gestão descentralizada e participativa”.*¹

O objetivo do desenvolvimento da saúde é alcançar capacidades de vida saudáveis para todos os cidadãos, de modo a que a responsabilidade pela obtenção de uma saúde ótima está nas mãos de todas as partes: governo, setor privado e sociedade. A saúde é um estado próspero de corpo, alma e social que permite que todos vivam social e economicamente produtivos. O cuidado da saúde é um esforço para superar e prevenir problemas de saúde que exigem exame e tratamento, incluindo gravidez e parto.

A saúde das mulheres está intimamente ligada ao nível de desenvolvimento de um país, com a principal causa de morte em mulheres em países pobres sem recursos causada por causas evitáveis. Ao contrário de muitos problemas de saúde nos países ricos, a cura não depende apenas da descoberta de medicamento ou da nova tecnologia, mas também da obtenção de serviços básicos para as pessoas que mais precisam deles. Para fazer isso, a vontade política e os recursos financeiros devem ser dedicados a desenvolver e avaliar abordagens mensuráveis para fortalecer os sistemas de saúde, apoiar programas baseados na comunidade e promover campanhas amplas para enfrentar as desigualdades de género, incluindo a promoção da educação das mulheres. Tal incentivará a liderança e a aprendizagem do país à medida que os Estados membros preparem seus planos nacionais para promover a implementação da Declaração das Nações Unidas sobre a Nutrição 2016-2025, a Segunda Estratégia Global sobre Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes, 2016-2030, e a Agenda de 2030 sobre Desenvolvimento sustentável.

Timor-Leste é um país pobre, que enfrenta problemas como o analfabetismo, a subnutrição, a malária ou a tuberculose. Mais de 40% da população vive com menos de 50 cêntimos por dia e as famílias são numerosas em dimensão. Com profundas fragilidades, o combate à pobreza (1º Objetivo de Desenvolvimento do Milénio), a promoção de igualdade género (ODM) e a promoção da educação (2º ODM) estão na dianteira das prioridades. O quinto SDG estabeleceu metas para "alcançar a igualdade de género e capacitar todas as mulheres e meninas". Acredita-se que a

¹ Constituição Da Republica Timor Leste (Disponível em: http://timor-leste.gov.tl/wp-content/uploads/2010/03/Constituicao_RDTL_PT.pdf p 10,12 e 20. Consultado em 22 - 09 – 2017)

igualdade de género e o empoderamento das mulheres têm o potencial de melhorar a saúde das mulheres através de um melhor acesso aos cuidados de saúde, reduzindo o risco imposto pelos papéis e construções sociais tradicionais, como por exemplo a maior exposição à fumaça dos combustíveis de biomassa utilizados para cozinhar. O ministério da saúde partilha com o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA/ *United Nations fund for Population Activities*) o objetivo de reduzir a taxa de natalidade e de mortalidade materna e infantil, isto porque, em Timor, cada mulher tem entre 7 a 10 filhos, passando por muitas dificuldades, sendo muitas as que morrem no parto. Visitando o Hospital Central de Dili, pode ver-se como se tenta contornar as várias situações complicadas, lutando para que se salvem vidas. Em 1000 crianças que nascem, 130 morrem antes de completar os 5 anos de idade. “Segundo o relatório da Situação Mundial da Infância (UNICEF, 2008) a taxa de mortalidade materna ajustada em Timor-Leste é de 380 por cada 100 mil nados vivos e a taxa de mortalidade infantil é de 77 em cada mil nados vivos, consequência esta última da combinação de vários fatores tais como as condições de saneamento precárias, doenças infecciosas e parasitárias e malnutrição”.²

Dada a falta de água e saneamento em Timor-Leste, com impactos negativos para toda a população nas áreas rurais e urbanas, existe uma volátil proliferação de doenças. Por isso, o povo enfrenta maiores dificuldades para alcançar os seus objetivos de vida. Sendo assim, mesmo que tenham iniciativas de investir e trabalhar na agricultura, encontrarão limitações para terem autossuficiência. Acredita-se que o aumento da criação de animais e o aumento da produção pesqueira permitirão dietas mais diversificadas e mais equilibradas em termos nutricionais. Visto que a maioria da população tem um baixo nível de rendimento familiar e, também, falta de acesso à eletricidade, é frequente que as pessoas utilizem a madeira para cozinhar em casa. Isto facilmente provoca doenças pulmonares por via da inalação de poluentes libertados pela queima da lenha.

As perspetivas das comunidades rurais sobre saúde e seu acesso aos cuidados de saúde são determinadas pelo seu comportamento cultural e socioeconómico. Em geral, as comunidades rurais não otimizaram os serviços de saúde modernos devido às suas perspetivas tradicionais de saúde e

²Comunidade Saudável (Disponível em http://www.medicosdomundo.pt/uploads/cms/20140224115802_Comunidade_Saudavel.pdf Consultado em 25 - 09 - 2017)

capacidade socioeconómica, de modo que a maioria dos membros da comunidade preferem os tratamentos tradicionais.

As condições inadequadas de saneamento e habitação, a falta de conhecimento sobre planeamento familiar e alojamentos familiares insalubres, facilitam a propagação de doenças infecciosas, enquanto a falta de abastecimento de água potável causa essas doenças infecciosas. O desenvolvimento de infraestruturas, telecomunicações e acesso à Internet também é inadequado. É nesse contexto que o governo de Timor-Leste está a trabalhar, arduamente, implementando programas de desenvolvimento relacionados com os cuidados de saúde (Plano Estratégico de Desenvolvimento de Timor-Leste 2011-2030: 39).

O desenvolvimento da saúde visa melhorar o estado de saúde pública. As mulheres devem ser alvo de atenção pelas seguintes razões: as mulheres enfrentam problemas especiais de saúde que os homens não enfrentam com a sua função reprodutiva; a saúde das mulheres afeta diretamente a saúde das crianças concebidas e nascidas; a saúde das mulheres é muitas vezes esquecida e é apenas um objeto em nome do "desenvolvimento", com programas de planeamento familiar e controle de população. Até ao momento, muitas mulheres da aldeia têm dificuldade em obter direitos de saúde e educação. Muitas mulheres enfrentam problemas de saúde reprodutiva e as taxas de mortalidade materna também são altas.

Os problemas de saúde das mulheres em Timor-Leste são causados por vários fatores inter-relacionados, incluindo fatores internos de cada indivíduo, bem como fatores externos fora do indivíduo, como fatores sociais, culturais, económicos e políticos. Fatores internos do indivíduo, tais como: falta de educação e conhecimento básico de saúde que causam a falta de consciência familiar para cuidar da saúde primária. Tudo isso faz com que a condição e o nível de vida saudável na casa se tornem menos consistentes. As questões culturais também têm implicações para estes fatores internos como a domesticação das mulheres e a carga de trabalho que excede as capacidades físicas e mentais das mulheres, práticas que prosperam na sociedade patriarcal.

O comportamento de subsistência das sociedades de subsistência rural que, por vezes, com uma crença excessiva em dimensões supersticiosas, faz as pessoas viverem em situações de mistificação irracional e acharem difícil aceitar desenvolvimentos racionais vindos de fora. Por esta razão, as comunidades rurais tradicionais tendem a escolher lidar com os seus problemas de saúde através de tratamentos tradicionais ao invés de tratamentos médicos. Fatores externos, tais

como: fatores económicos, cultura e ambiente social, fatores de suporte de infraestrutura de serviços de saúde pública, política e segurança são importantes mediadores destes fatores internos.

Com base na descrição acima, pode dizer-se que existem inter-relações entre fatores (internos e externos, económicos, políticos e socioculturais) que afetam o padrão de comportamento comunitário relacionado com a saúde nas áreas rurais. O padrão de comportamento comunitário é moldado por situações sociais e culturais locais. Esses contextos sociais e culturais moldam a representação da sociedade rural sobre o papel, status e saúde das mulheres.

Com base na descrição de enquadramento, esta pesquisa irá investigar a inter-relação dos fatores que influenciam os padrões comportamentais e as perspetivas das comunidades rurais sobre questões de saúde nas mulheres, com base num estudo descritivo em Suco Aidaba Leten, Posto Administrativo Atabae, Bobonaro, Timor-Leste.

1.1. Questão de partida

A questão de partida desta pesquisa é:

"Como interagem os fatores individuais e coletivos que influenciam o comportamento da comunidade e as representações sobre a saúde das mulheres rurais em Suco de Aidaba Leten, Posto Administrativo de Atabae, distrito de Bobonaro, Timor-Leste?"

2.2. Objeto e objetivos de pesquisa

2.1. Objeto de pesquisa:

Este estudo focar-se-á no domínio das representações sociais e dos comportamentos em saúde e em doença, inscrevendo-se numa leitura de género que focará, em particular, as representações sociais e os comportamentos das mulheres. O objeto central da pesquisa reporta-se a um contexto geográfico, cultural e socioeconómico específico – o de Suco Aidaba Leten, em Timor Leste – caracterizado, genericamente, por ser um espaço rural com marcas de um padrão de desenvolvimento económico frágil.

Foram incluídas na investigação as populações residentes nessa área geográfica, mais concretamente a população feminina. Esta foi segmentada em função de alguns critérios que

correspondem aos eixos estruturantes do papel da mulher nas comunidades em causa: mulheres jovens solteiras; mulheres casadas e mães de crianças pequenas; mulheres mais velhas, com o estatuto de anciãs nas aldeias onde residem.

Para a investigação foram também convocados os profissionais de saúde e da área social que interagem com estas mulheres.

2.2. Objetivo geral:

Este estudo pretende explorar a inter-relação de fatores que influenciam os padrões comportamentais e as perspetivas das comunidades rurais em questões de saúde das mulheres.

2.3. Objetivos específicos:

São objetivos específicos desta investigação:

1º) descobrir os fatores que influenciam padrões de comportamento saudável e doença desde uma perspetiva sociológica em comunidades rurais em Suco Aidaba Leten, Subdistrito Atabae, Timor-Leste.

2º) perceber como o conceito de saudável e doente em relação às mulheres rurais em Suco Aidaba Leten, Subdistrito Atabae, Timor-Leste, se inscreve nas grelhas conceituais da sociologia rural e da sociologia da saúde.

3º) descobrir a perspetiva das mulheres sobre as suas experiências e comportamentos na saúde e na doença nas comunidades rurais em Suco Aidaba Leten, Subdistrito Atabae, Timor-Leste.

Capítulo II. Revisão da Literatura

2.1. O conceito de comportamento em relação à saúde

Comportamento são as ações e palavras de alguém cuja natureza pode ser observada e registrada por outros. O comportamento é qualquer atividade ou atividade do homem, seja ela observada diretamente ou não, pelo próprio ou por pessoas de fora, (Notoatmodjo, 2003). De acordo com Robert Kwick (1994), como citado por Notoatmodjo, (2003) o comportamento é a ação ou ação de um organismo que pode ser observado, pode até ser estudado.

A influência do desenvolvimento individual e do meio social causará mudanças de comportamento. De acordo com Notoatmodjo (2003), o processo de formação e as mudanças no comportamento comunitário são influenciados por vários fatores que vêm dos indivíduos e de fora dos indivíduos. Fatores que vêm do indivíduo sob a forma de características da pessoa em questão, o que é inato, por exemplo, o património genético. Fatores que vêm de fora do indivíduo, sob a forma de ambiente, seja físico, social, cultural, económico, político e assim por diante. Estes fatores ambientais são frequentemente os fatores dominantes que caracterizam o comportamento de uma pessoa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) formula três fatores fundamentais que causam mudanças de comportamento (Notoatmodjo,1993):

1. Mudança natural, é uma mudança devido a mudanças no ambiente físico, social, cultural ou económico em que uma pessoa vive e se movimenta.
2. Mudanças planeadas, é uma mudança que ocorre, porque é planeada pelo próprio indivíduo (a pessoa).
3. A mudança da prontidão para a mudança, é uma mudança que ocorre quando há uma inovação ou novos programas, então o que acontece é que algumas pessoas experimentam rapidamente mudanças de comportamento e algumas de forma mais lenta. Isso é porque todos estão dispostos a mudar de forma diferente.

Com base na descrição acima, pode-se perceber que o comportamento surge devido a vários fatores, tanto dentro como fora do indivíduo. Esses fatores causais também influenciam mudanças comportamentais.

O conceito de saudável refere-se a uma situação em que os indivíduos, as sociedades e os ambientes físicos e sociais não são apenas livres de doenças, mas também todos os aspectos da vida humana cobrindo os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Ribeiro (2005) afirmou que a saúde é o fator determinante e domínio fundamental na vida de um indivíduo, acompanhando o desenvolvimento humano desde o nascimento até à morte. Segundo este autor, o ponto de vista dinâmico está implícito na ideia de desenvolvimento em que o organismo humano, em sua interação com o meio ambiente, está em constante processo de busca de equilíbrio.

Há a ideia de que a mente e o corpo juntos determinam a saúde e a doença, levando-nos a um modelo com base no pressuposto de que a saúde e sua doença são a consequência da ligação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Taylor, 1999).

Na última década, estudos mostraram que o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos têm um impacto significativo na progressão ou exacerbação da doença. Muitos comportamentos que ajudam a promover e manter a saúde geralmente desenvolvem-se durante a infância e adolescência, como hábitos alimentares saudáveis e atividade física. Como especialistas em comportamento e saúde, os psicólogos desenvolveram e implementaram programas destinados a aumentar a frequência de comportamentos saudáveis (Miyazaki *et.all*, 2001).

O comportamento de saúde é a resposta de uma pessoa a estímulos relacionados com doenças, com o sistema de serviço de saúde, a alimentação e o meio ambiente. O comportamento de saúde de acordo com Notoatmodjo (2007) é a resposta de uma pessoa a estímulos ou objetos relacionados com a saúde e doença, doenças e fatores que afetam a doença e a saúde, como o meio ambiente, alimentos, bebidas e serviços de saúde.

De acordo com Sarafino (2006), o comportamento de saúde é qualquer atividade individual realizada para manter ou melhorar as condições de saúde, independentemente do estado de saúde. Enquanto isso, de acordo com Taylor (2003), o comportamento da saúde é uma ação que os indivíduos fazem para melhorar ou manter sua condição de saúde.

Skinner define o comportamento da saúde como a resposta de alguém a estímulos ou objetos relacionados com fatores de saúde e doença. Este cuidado de saúde inclui prevenir ou proteger-se de doenças e outros problemas de saúde, melhorar a saúde e procurar cura quando estiverem doentes ou afetados por problemas de saúde. Comportamento da saúde individual e comunitária, pode ser conhecido por comportamento de manutenção da saúde, comportamento de busca e uso de sistema ou equipamento de serviço e comportamento de saúde do ambiente.

Enquanto isso, Becker (1979) faz três classificações de comportamentos relacionados com a saúde (*health related behavior*): um comportamento de vida saudável; o comportamento de doença e comportamentos do papel de doente. O comportamento da vida saudável é um comportamento associado aos esforços ou atividades de uma pessoa para manter e melhorar sua saúde. O comportamento para medir a saúde individual inclui, entre outros: a resposta de uma pessoa a alimentos, exercícios regulares, não fumar, não beber e não usar drogas, descanso adequado, controle de stress, comportamento ou outros estilos de vida positivos para a saúde.

Em seguida, o comportamento doente (*illness behavior*) está relacionado às ações ou atividades de uma pessoa que está doente ou exposta a problemas de saúde, ele próprio ou a sua família, a buscar cura ou a superar outros problemas de saúde. No momento dos doentes, existem algumas ações ou comportamentos que surgem, entre outros: curso silenciado (*no action*), o que significa que a dor é ignorada, continuando-se a realizar atividades diárias; agir de acordo com o Auto tratamento (*self treatment / self medication*); e procura de cura ou tratamento num centro de cuidados de saúde.

Na Sociologia, nomeadamente na esteira da tradição parsoniana, o doente (paciente) tem um papel, que abrange os direitos dos doentes (*right*) e as obrigações da doença (*obligation*). Esses direitos e obrigações devem ser conhecidos do próprio paciente ou de outros (especialmente sua família), levando a seguir denominado comportamento do papel doente (*the sick role*). Esses comportamentos incluem: ação para curar; conhecer / procurar instalações de serviços de cura apropriados de doenças; desempenhar suas funções como paciente, tal como cumprindo o conselho de um médico ou enfermeiro para acelerar a cura; não fazendo nada prejudicial ao processo de cura; conhecendo o direito (por exemplo, direito ao tratamento, cuidados de saúde, etc.).

Com base na descrição acima pode-se concluir que o comportamento de uma pessoa ou sociedade relacionada à saúde, é determinado pelo conhecimento, atitudes, crenças, tradições e assim por diante da pessoa ou sociedade em questão. Além disso, a disponibilidade de instalações, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde para a saúde também irá apoiar e fortalecer a formação de comportamentos.

2.2. Saúde e doença em contextos sociais

Nesta seção será descrito o conceito de saúde e de doença em termos sociais, o que significa a capacidade de criar e manter relacionamentos com outros. Do ponto de vista da Sociologia da Saúde, o processo de comportamento individual ou interação comunitária afeta o estado de saúde de indivíduos ou comunidades, incluindo a relação entre agências de saúde e clientes.

Problemas de saúde e de doença são o processo relacionado à capacidade humana ou à incapacidade de se adaptarem ao meio ambiente tanto biologicamente, psicologicamente quanto socioculturalmente. Os problemas de saúde são complexos e causados por vários fatores, como fatores ambientais (naturais e artificiais), fatores socioculturais, comportamento, população, genética etc.

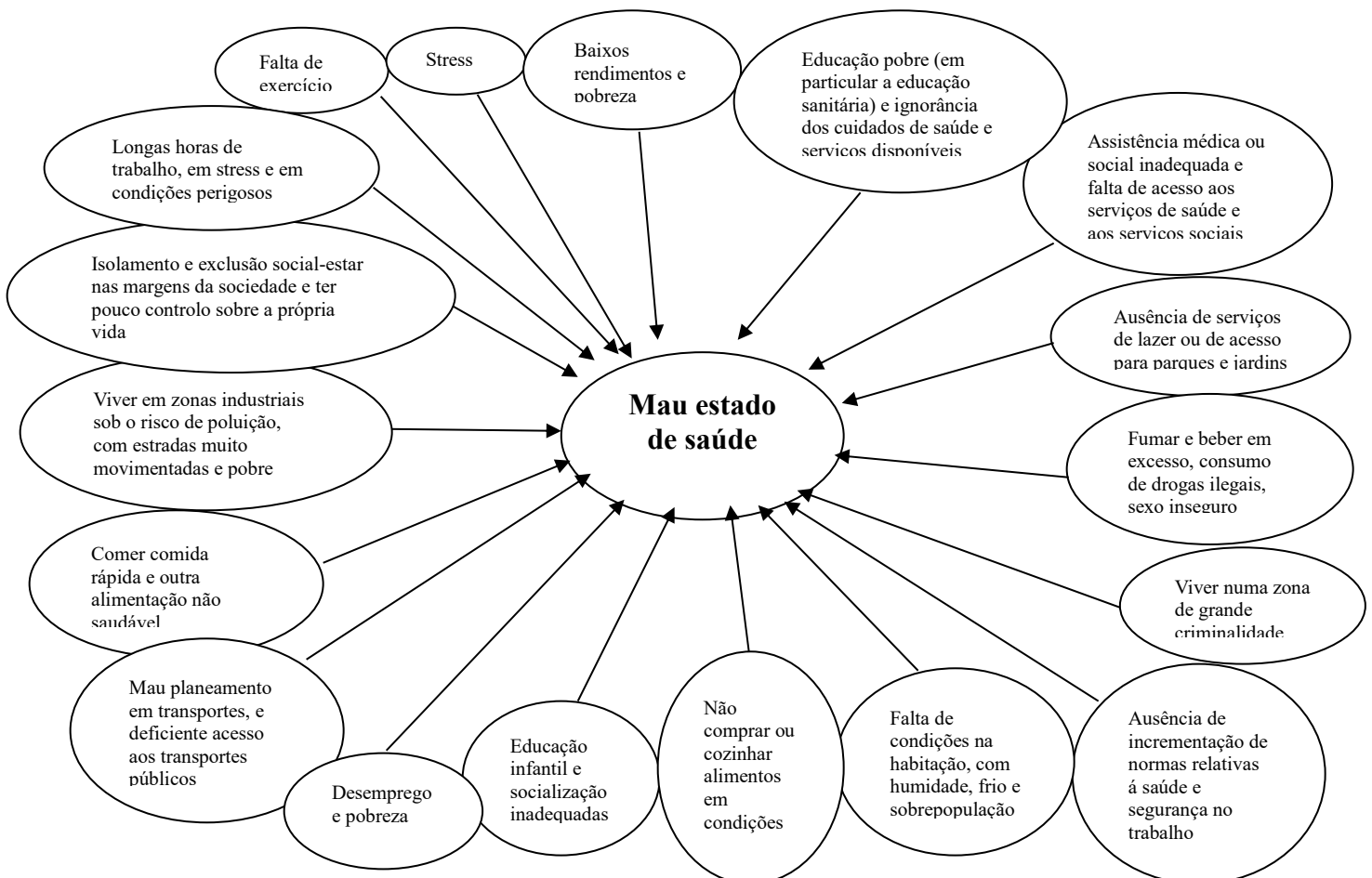
O resultado da investigação de Shikha Dixit, *et.al* (2008) mostra que os estudos tradicionais de saúde e doença foram compatíveis com a epistemologia positivista e a base dessa pesquisa é o conhecimento científico e biomédico. Tais estudos concentram-se em aspectos de epidemiologia e prestam mais atenção à compreensão da incidência e prevalência de padrões de doença e morbidade em áreas e comunidades específicas. Esses padrões e objetivos são estudados no contexto de variáveis demográficas. Tais estudos, de acordo com Shikha, *et.all* (2008), fornecem uma base científica para a compreensão dos padrões de doenças, mas tradicionalmente ainda não representaram as realidades locais incorporadas em normas, valores e crenças para entender o estado da saúde e da doença.

Há, porém, um reconhecimento generalizado de que a compreensão do processo de construção de sentimentos sobre saúde e condições de doença em termos de realidades culturais locais é essencial para intervenções e decisões políticas. Na realidade, o conceito de saudável e de doente não é absoluto e universal porque existem outros fatores além da realidade clínica que o afetam, especialmente fatores socioculturais. Os termos saudáveis contêm muitos conteúdos culturais, sociais e profissionais diversos. O conceito de saudável de acordo com o esboço da OMS (Organização Mundial da Saúde) é um estado de uma pessoa livre de impedimento físico, mental, social, espiritual e não com deficiência. A noção de saúde tem sido traduzida, principalmente, como ausência de doenças (Bentham, citado por Lewis, 1986, p.1100) mas a OMS define-a como

"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Organização Mundial da Saúde, citado por Lewis, 1986, p.1100).

Por outro lado, Parsons vê os problemas de saúde do ponto de vista da continuidade do sistema social. Deste ponto de vista, o nível de saúde é muito baixo ou a extensão da doença é muito alta que perturba o funcionamento do sistema social porque os problemas de saúde impedem a capacidade dos membros da comunidade de desempenhar suas funções sociais. Além de perturbar o funcionamento dos seres humanos como um sistema biológico, as doenças também perturbam o ajuste pessoal e social de uma pessoa. A doença tem uma dimensão social clara para o indivíduo. No entanto, em estado de doença, uma pessoa não é um ser isolado. (Talcot Parsons, 1992) citado por Giddens, (2013). Portanto, se alguém que sente sua saúde é perturbado ou está doente, ele não pode se mover livremente. Fatores que afetam a saúde podem ser vistos na figura 1.

Figura 1. Influências materiais e culturais na saúde



Fonte: Browne, 2005, p. 410 citado por Giddens, 2013 p.461.

A figura acima ainda não incorpora, claramente os aspectos culturais que também afetam o surgimento de problemas de saúde. Os aspectos culturais são: a percepção pública da saúde e as causas da doença, às vezes baseadas em causas místicas (mistificantes) da saúde (como a superstição). Isso ocorre por ignorância, baixos níveis de educação e conscientização e conhecimento da sociedade.

Estudos sobre a saúde e os fatores causadores de doenças de indivíduos e comunidades conduzidos por pesquisadores ainda não levaram em conta o papel da cultura local e da realidade incorporada nas normas, valores e crenças da comunidade na compreensão da saúde e das condições de doença. Neste contexto, este estudo considera sua relevância para o contexto local, o que significa que ele procura examinar como os comportamentos saudáveis, as percepções e a dor são entendidos a partir da realidade local.

2.3. A Saúde Feminina

Muitos cidadãos desconhecem que os cuidados de saúde, a educação e o acesso ao emprego são os direitos básicos que são realmente oferecidos pelo Estado. A este respeito, o Estado como instrumento público tem autoridade e obrigação de cumprir esse direito fundamental. As autoridades estaduais formulam orçamentos para o público através de programas governamentais e privados. Hoje em dia, as mulheres não recebem, ainda, uma resposta séria relacionada ao cumprimento de seus direitos de saúde. As mulheres muitas vezes não são levadas em conta para obter seguro de saúde, enquanto que são elas que muitas vezes que têm problemas graves no setor da saúde, como gravidez e parto.

A quarta conferência mundial das mulheres em 1995 incluiu o tema das "Mulheres e saúde" reconhecendo que esta é uma dimensão importante no plano de ação. A conferência resultou em cinco objetivos estratégicos a serem alcançados, tais como:

1. Aumentar o acesso das mulheres, ao longo de seu ciclo de vida, a serviços de saúde apropriados, acessíveis e qualificados, bem como a informações e serviços relevantes.
2. Estabelecer esforços preventivos que promovam a saúde das mulheres.
3. Implementar esforços sensíveis ao gênero para enfrentar o problema das infecções sexualmente transmissíveis, HIV / AIDS e outros problemas de saúde reprodutiva.
4. Promover as dimensões da investigação e compilação de informação sobre a saúde da mulher.
5. Aumentar os recursos e monitorizar os esforços de intervenção na saúde das mulheres.

Na implementação desses cinco objetivos, destaca-se a importância das abordagens integrativas e da noção de ciclo de vida da saúde das mulheres.

Os padrões de saúde e doença em homens e mulheres mostram uma diferença acentuada. As mulheres tendem a ter uma expectativa de vida mais longa do que os homens, traço que é geralmente considerado um fator biológico. Mas em sua vida, as mulheres experimentam mais dor e pressão sobre o seu bem-estar físico e mental do que os homens. Embora os fatores subjacentes variem entre diferentes grupos sociais, ao viver suas vidas, as mulheres são menos saudáveis do que os homens. A explicação deste paradoxo está enraizada na relação complexa entre fatores biológicos e sociais (gênero) que afetam a saúde. *“Gênero é um sistema de práticas sociais existentes na sociedade que constitui as pessoas como diferentes de modo socialmente significativo e que organiza relações de desigualdade com base nessas diferenças”* (Ridgeway e Lynn,1999:192 cit in Alves, Fátima, 2013:30)

Enquanto isso, Norton considera internacionalmente sua pesquisa sobre as causas, prevenção e tratamento de lesões e a gestão de condições críticas em cuidados intensivos e em procedimentos cirúrgicos. Este é um autor que assume um compromisso a longo prazo para melhorar a saúde das mulheres, especialmente em contextos de recursos pobres. O impulso para se concentrar na saúde das mulheres vem do conhecimento de que, embora as doenças não transmissíveis (*non-communicable diseases* NCDs) sejam a principal causa de morte e deficiência para mulheres em todo o mundo, isso não é suficientemente reconhecido ou tem recursos insuficientes. Da mesma forma, embora existam amplas provas de que podemos aprender mais

sobre como lidar com o ónus da doença para as mulheres, recolhendo e analisando dados sobre as mulheres, além dos homens, isso não acontece.

Vários estudos demonstraram que várias doenças afetam homens e mulheres em diferentes idades. Por exemplo, a doença cardiovascular é encontrada em idades mais avançadas em mulheres enquanto que nos homens tende a aparecer em idades mais jovens. Algumas doenças como a anemia, transtornos alimentares e distúrbios dos músculos e ossos são mais comuns nas mulheres do que nos homens. O resultado do estudo de Peters Sanne *et.al* (2016) afirmou que os esforços globais para melhorar a saúde das mulheres enfocam principalmente a melhoria da saúde sexual e reprodutiva. No entanto, o fardo global da doença mudou significativamente ao longo das últimas décadas. Atualmente, o maior fardo de morte e incapacidade entre as mulheres é causado por doenças não transmissíveis (NCDs), especialmente doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias, diabetes, demência, depressão e distúrbios músculo-esqueléticos. O mesmo estudo afirma também que cerca de 80% das doenças não transmissíveis (NCDs) ocorrem em países de baixa rendimento e de rendimento médio, e especialmente em áreas onde as doenças não transmissíveis substituem rapidamente doenças infecciosas, doenças maternas e infantis e desnutrição como a principal causa de morte e deficiência. Um outro estudo, de Rebecca M. *et.al* (2017), sobre anemia em mulheres mostrou que as estimativas de prevalência de anemia nas mulheres não grávidas eram 50% superiores à média nacional. Embora tenham um quadro anémico geralmente consistente com conceitos biomédicos, apenas 40% das mulheres anémicas tentam obter suplementos de ferro nos centros de saúde.

Há doenças ou distúrbios, naturalmente, que só afetam as mulheres, como problemas de saúde associados à gravidez e cancro cervical. Aliás, é esta capacidade específica do corpo feminino para a gravidez e o parto que sustenta a necessidade, para este grupo populacional, de diferentes serviços de saúde reprodutiva, tanto em situação de doença como quando a mulher está saudável. As mulheres precisam da capacidade de controlar a fertilidade e dar à luz com segurança, de modo a que o acesso a uma saúde reprodutiva de qualidade ao longo de seu ciclo de vida é crucial para o seu bem-estar.

2.4. A saúde como um direito

O que significa a saúde como um direito? O direito civil defende que a saúde é um direito básico fundamental. Neste campo incluem-se normas jurídicas que regulam a relação com o corpo que hoje se designa por direito da saúde, as normas de direito, legislação ou jurisprudência que tratam da organização do sistema de saúde e dos serviços de saúde, do acesso a cuidados de saúde e dos direitos dos utentes de serviços de saúde, das relações entre profissionais de saúde e doentes, das condições de exercício da medicina e da realização de atos médicos, da regulação de medicamentos e técnicas médicas ou da proteção dos sujeitos humanos na investigação clínica. Mas falar da saúde como direito implica algo que está para lá do domínio estrito do direito e que nos conduz a um terreno distinto, marcado por controvérsias, lutas e derivas que não passam (apenas) pelo domínio do direito da saúde: o da consagração da saúde como um direito fundamental ou um dos direitos humanos, tal como referido no artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Arriscado Nunes, 2009:143).

O direito à saúde está consagrado como um direito fundamental na constituição fundamental de Timor-Leste. No artigo 56º, sobre segurança e assistência social, está explícito o seguinte:

1. *Todos os cidadãos têm direito à segurança e à assistência social, nos termos da lei;*
2. *O Estado promove, na medida das disponibilidades nacionais, a organização de um sistema de segurança social;*
3. *O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a atividades e o funcionamento das instituições de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo.*

Ainda assim, o artigo 57º reforça os direitos a saúde:

1. *Todos têm direito à saúde e à assistência médica e sanitária e o dever de as defender e promover;*
2. *O Estado promove a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, na medida das suas possibilidades, gratuito, nos termos da lei;*
3. *O serviço nacional de saúde deve ser, tanto quanto possível, de gestão descentralizada e participativa.*³

O direito à saúde promove formas de participação pública e de organização e mobilização coletiva que tomam a saúde, o acesso a cuidados de saúde, a proteção das pessoas afetadas por problemas de saúde e o direito a viver num ambiente saudável como seu objeto.

Ainda que a Constituição consagre o direito a cuidados de saúde universais, na prática as pessoas que vivem em situação de pobreza, sobretudo as residentes em áreas rurais, estão

³ Constituição Da Republica Timor Leste, *op.cit* p. 20

longe de ter este direito concretizado. Existem muitas barreiras que impedem as pessoas de aceder a cuidados de saúde, como por exemplo as longas distâncias e as deslocações difíceis e dispendiosas para aceder a instalações de saúde, as quais têm muitas vezes carências em termos de equipamento e pessoal. O acesso à saúde materna é uma grande preocupação, sendo no geral insuficiente no país inteiro, mas consideravelmente pior fora de Díli.⁴

A diversidade de situações em que se procura afirmar e realizar a saúde como um direito fundamental não pode ser abordada de forma adequada sem considerar a relação de constituição mútua entre concepções do direito à saúde e concepções de saúde (João Arriscado Nunes, 2009:144). De facto, a saúde e o direito à saúde, enquanto complexos de conhecimentos, de instituições, de práticas, de atores, de situações, são coproduzidos ou constituem-se mutuamente através de processos de construção heterogénea (Jasanoff, 2004; Taylor, 2005) *cit in* Nunes (2009:144).

Justiça social e equidade referem-se a valores e a escolhas sociais com carácter moral e moldado pelas condições históricas, sociais e culturais do pensamento dominante assim como pela ética e os valores humanos. Em relação a isto, a igualdade atingida pelos indivíduos não fica presa a condições estruturais que potenciam as situações de desfavorecimento social ou mesmo exclusão social, sejam com natureza estritamente económica ou com carácter étnico, religioso e de classe. O autor Amartya Sen (2000) explica: para que as sociedades assegurem aos cidadãos uma efetiva liberdade e uma real igualdade de oportunidades, é necessário que protejam aqueles cuja situação individual e social reduziu essa “capacitação” *cit in* Carapinheiro (2010).

Para responder às exigências das sociedades contemporâneas com consenso, a justiça social exige: igualdade de direitos e igualdade de oportunidades como maneira de diminuição de desigualdades e reconhecer a justiça social como fator que não pode ser descrito em termos estáticos, mas em termos processuais, como um caminho orientado para um horizonte que qualquer sociedade atingir, deslocando-se para diante sempre que a sociedade se move na sua direção (Graça Carapinheiro, 2010:2).

2.5. A importância da saúde comunitária

⁴ Assembleia Geral (Disponível em <https://www.laohamutuk.org/econ/SRPOverty/HRC2025Add1Pt.pdf> p. 5 consultado em 14-10-2017)

Esta seção descreverá a importância da saúde no âmbito das dinâmicas próprias da comunidade rural. A sociedade rural é uma sociedade que geralmente mantém o valor cultural e também os costumes que seus antepassados ensinaram. Nas comunidades rurais, as comunidades têm uma relação mais profunda e mais próxima em relação a outras comunidades rurais fora de suas fronteiras. Os sistemas vivos geralmente são agrupados com base no parentesco e pertença coletiva.

Aldeia é uma encarnação geográfica, social, económica, política e cultural de uma região em sua relação e seus efeitos mútuos com outras regiões. Com base na constituição RDTL N.º 3/2009 de 8 de julho, o artigo 3º sobre a definição e delimitação de suco e aldeia define:

- 1. O suco é uma organização comunitária formada com base em circunstâncias históricas, culturais e tradicionais e que tem área estabelecida no território nacional e população definida;*
- 2. A aldeia compõe-se de um agregado populacional unido por laços familiares e tradicionais e ligado aos sucos por relações históricas e geográficas;*
- 3. Compete ao Governo delimitar o número e a área dos sucos e respetivas aldeias.⁵*

Com base na definição acima, o suco é realmente a parte mais importante para a existência do país de Timor-Leste. É importante porque o suco é a unidade mais pequena desta nação que mostra a diversidade de Timor-Leste. Essa uniformidade tornou-se uma força para o recato e a existência da nação. Assim, fortalecer a aldeia torna-se uma coisa importante e não pode ser separado do desenvolvimento da nação como um todo. De tal modo assim é, que todas as políticas governamentais relativas ao desenvolvimento do suco propuseram uma série de objetivos críticos, como a redução da pobreza, a mudança da infraestrutura física da aldeia, a melhoria do rendimento e dos padrões de vida das pessoas, proporcionando serviços de saúde e sociais na aldeia, para capacitar as comunidades e fazer avançar o desenvolvimento da aldeia.

Por este motivo, a saúde comunitária consiste em promover os direitos fundamentais de cada pessoa no acesso ao sistema de saúde, garantindo a qualidade de vida. Trata-se da promoção da saúde com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, de forma a dar resposta

⁵ Jornal da Republica, 2009 Série I N.º 24 disponível em (http://www.dh-cii.eu/0_content/investigao/files_CRDTLA/leis/2009/lei_n_degrees_3-2009_de_8_de_julho-liderancas_comunitarias_e_sua_eleicao.pdf consultado em 21-11-2017)

positiva aos desafios colocados pelo ambiente físico e social, protegendo os recursos pessoais de saúde e promovendo a diminuição das desigualdades.

A saúde comunitária é orientada para a participação da comunidade na área da saúde, ou seja, trazendo as populações para o espaço das instituições e, por outro lado, levar as instituições para o espaço da comunidade. Esta participação estipula a colocação de representantes das comunidades nos vários organismos e diferentes organizações em cargos de gestão do sistema de saúde, “onde os problemas e as preocupações do quotidiano irão muito mais além da lógica pericial, deitando por terra toda a apatia por parte dos atores leigos, chamando-os para serem consultados e informados” (Silva, 2010:5-13).

São também objetivos da saúde comunitária, a promoção da saúde e o reforço de todos os aspetos da vida, tanto individual, como coletiva, assente numa nova configuração da biopolítica de regulação social, onde os agentes sociais são chamados a tomar parte ativa e responsável.

2.6. Contexto de Timor Leste

Com base nos resultados do recenseamento de 2010, a população total de Timor-Leste é de 1.066.409 com taxa de crescimento anual de 2,4%. A população de idade jovem (menos de 15 anos) representa 41,4% do total. No âmbito da primeira recolha de dados de saúde com uma amostra nacionalmente representativa de quase 3.000 mulheres timorenses, concluiu-se que quase 40% das mulheres responderam afirmativamente à experiência de violência física desde a idade de 15 anos. Quase 25% das timorenses dão à luz antes de completar 20 anos. A gravidez na adolescência é seguida por casamentos precoces no país; 19% das meninas casam-se aos 18 anos. A agência da ONU que monitoriza as populações dos países cita também altos índices de violência contra mulheres e barreiras ao cuidado reprodutivo como outras causas do problema. A especialista em juventude do UNFPA Candie Cassabalian afirma que o índice de violência entre parceiros é de 60% em Timor-Leste. Muitas vezes, métodos contraceptivos só podem ser obtidos com a

autorização dos maridos. Cassabalian afirma, ainda, que as mulheres casadas, independentemente da idade, têm muito pouco controle sobre seus corpos.⁶

As mulheres de Timor Leste pertencem ao grupo de cidadãos em situação de vulnerabilidade à pobreza. A assembleia geral do Conselho dos Direitos humanos afirma que as mulheres timorenses enfrentam discriminação estrutural disseminada e estereótipos negativos em relação aos gêneros, sendo que ambos constituem sérios impedimentos à capacidade das mulheres para participar e beneficiar de educação, emprego, serviços de saúde e representação política.⁷

Nos serviços hospitalares existem dois hospitais de referência e três hospitais regionais – tendo estes últimos capacidade para efetuar algumas operações mais simples, como intervenção em casos apendicite ou cesarianas, nos distritos. O Hospital Central de referência é o Hospital Nacional Guido Valadares, em Díli. Existem 65 Centros de Saúde Comunitária e mais de 200 Postos de Saúde, ligando estes diretamente com os Postos SISCA (Serviço Integrado de Saúde Comunitária), que são mais de 600.

Hoje em dia, o resultado dos estudos sobre a saúde em Timor-Leste é muito limitado. Há um estudo de Deen Jacqueline *et. al* (2013) que identifica as prioridades nacionais de pesquisa em saúde em Timor-Leste através de uma revisão dos dados de saúde existentes, descobrindo que os estudos de indicadores nacionais focam sobretudo as altas taxas de mortalidade infantil, em crianças menores de cinco anos e entre mães. A maioria das doenças ocorrem em crianças, nomeadamente infeções respiratórias, febre e doenças diarreicas - a maior carga de doença ainda ocorre na faixa etária mais jovem. É trabalhado, também, em alguns estudos, o pobre acesso e uso de serviços de saúde. A desnutrição infantil é um problema de saúde nacional não resolvido.

Timor-Leste é um país jovem na região da Ásia-Pacífico. Com base nos resultados da Pesquisa Demográfica e de Saúde 2009-2010, é ainda alta a taxa de mortalidade materna (557 por 100.000 nados vivos). Outros resultados da pesquisa de Wild Kayli *et.al* (2010) com o tema: "*Birth choices in Timor-Leste: A framework for understanding the use of maternal health services in low resource settings*" concluem que, em Timor-Leste, a maioria das mães tem o parto em casa, havendo uma grande falta de parteiras. Por essa razão, apenas algumas mulheres têm acesso a partos qualificados. Com base nos resultados da pesquisa de Lover Andrew A. (2014), a

⁶ Fundo de População da ONU destaca casos de gravidez na adolescência em Timor-Leste Disponível em <https://nacoesunidas.org/fundo-de-populacao-da-onu-destaca-casos-de-gravidez-na-adolescencia-em-timor-leste/> Consultado 07-11-2017)

⁷ Assembleia Geral *op cit.* P. 9

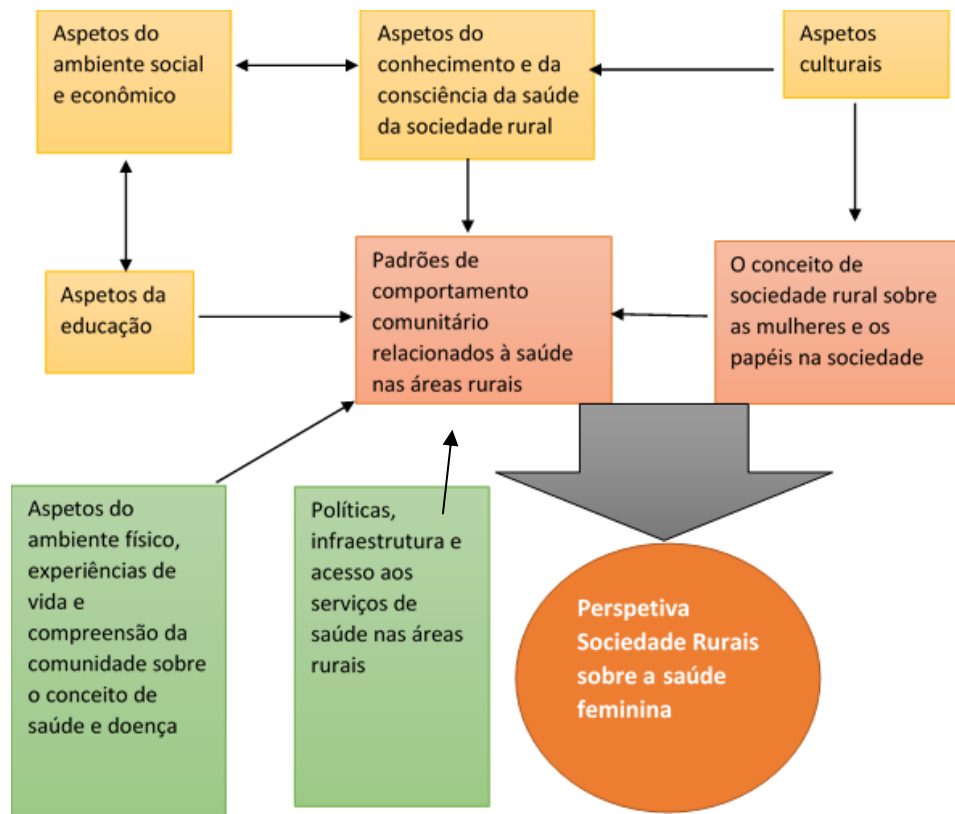
abstinência sexual em Timor-Leste geralmente está associada ao período pós-parto – 93% das mulheres abstêm-se de relação sexual durante oito semanas após o parto.

Embora existam ministérios que abordem especificamente as questões de igualdade de género, a sua ação ainda não funciona de forma eficaz porque os programas e os orçamentos governamentais ainda não incluem uma perspetiva de género na resolução de problemas de saúde das mulheres. O sistema tradicional enraizado na cultura rural ainda coloca as mulheres como uma classe inferior na sociedade patriarcal timorense. A vida das mulheres rurais está subordinada ao sistema social em que o domínio dos homens sobre as mulheres é muito forte, resultando na domesticação das mulheres em questões graves que também contribuem para os problemas de saúde das mulheres nas áreas rurais.

Assim, o problema enfrentado pelas mulheres neste caso é o viés de género na política pública, bem como no contexto sociocultural. Políticas públicas e fatores socioculturais são muito influentes no cumprimento dos direitos básicos dos grupos marginais, incluindo as mulheres. Também afeta a melhoria do bem-estar dos pobres, muitas vezes mulheres.

É, pois, sobre esta base que nos motivamos a conhecer também a extensão da sensibilidade das políticas estatais e comunitárias na resposta aos problemas de saúde das mulheres nas áreas rurais, através de um estudo exploratório do comportamento das comunidades locais e das suas representações de saúde no domínio da saúde feminina. A abordagem, influenciada por um conjunto de coordenadas teóricas que derivam da exploração concetual apresentada nos parágrafos anteriores, será estruturada segundo um modelo analítico como o que se representa na figura 2 abaixo.

Figura 2. Quadro analítico enquadrador da investigação



Segundo este esquema, consideraremos os aspectos sociais e económicos, intimamente relacionados com a questão educacional, na forma como determinam o nível de educação, conhecimento e conscientização da importância da saúde. Por outro lado, consideraremos a forma como o conhecimento e a consciência da saúde nas comunidades rurais são influenciados pelas tradições da vida que estão intimamente relacionadas com os aspectos culturais locais. A interconexão entre esses aspectos influencia a formação de padrões de comportamento da saúde na sociedade rural. O padrão de comportamento comunitário, também influenciado por aspectos do ambiente físico, experiências de vida e compreensão do público sobre o conceito de saudável e doente.

O comportamento comunitário também é moldado através de produtos políticos, tais como políticas públicas, infraestruturas e acesso a serviços de saúde nas áreas rurais. Por outro lado, a influência da cultura local também molda o conceito da sociedade rural sobre as mulheres e seu papel na sociedade. Também desempenha um papel importante na definição de padrões de comportamento da comunidade relacionados com a saúde das mulheres rurais. O processo de estabelecer padrões de comportamento através da inter-relação entre os aspectos acima mencionados afeta, em última instância, a percepção pública da saúde das mulheres rurais. Neste

nível, as percepções públicas da saúde das mulheres rurais podem ser rastreadas a partir de padrões de comportamento da saúde pública, produzidos através de inter-relações entre os aspetos socioculturais, económicos e políticos da região em desenvolvimento.

Capítulo III. Metodologia

3.1. Localização de pesquisa, tempo e razões da escolha

Esta pesquisa foi realizada em Suco de Aidaba Leten, Posto Administrativo de Atabae, distrito de Bobonaro, Timor-Leste entre dezembro de 2017 e março de 2018. A determinação da localização deste estudo baseia-se na consideração de que os problemas de saúde das mulheres nesta área não receberam ainda uma resposta séria do governo central, sendo as instituições locais e as instituições tradicionais insuficientes para resolver os problemas das mulheres do Suco.

Esta área está localizada na costa onde a fonte de vida da comunidade é altamente dependente do cultivo de culturas (campos de arroz) e da atividade dos pescadores. Geograficamente, a aldeia está localizada apenas à beira de uma rodovia internacional perto da fronteira de Mota Ain que liga rotas terrestres entre Timor-Leste e a Indonésia. As estradas são adequadas, o acesso ao transporte é fácil e a distância para a capital do país é relativamente curta (está a apenas a 1 hora de distância em transporte público de Dili).

Embora haja fácil acesso ao transporte para o centro, em Suco os serviços públicos de saúde não estão desenvolvidos. Por outro lado, o patriarcalismo no sistema tradicional profundamente enraizado na cultura timorense continua a ser mantido e isso marca a vida das mulheres, subordinadas ao sistema social tradicional e de parentesco de Timor. Em situações como essas, as mulheres estão indefesas porque estão imersas em uma onda de correntes culturais e sistemas estatais que tornam impossível que as mulheres vivam livremente.

O problema de saúde da mulher em Suco radica em questões relacionadas com o papel do Estado, historicamente sem sensibilidade de género, agravado pela forte cultura patriarcal que influencia as representações e os comportamentos das pessoas em relação às mulheres e seus problemas de saúde. Com base nisto, queremos pesquisar nesta área para poder entender os fatores que influenciam o comportamento e a representação das pessoas sobre a saúde das mulheres.

3.2. Abordagem e tipo de investigação

Para responder aos objetivos anteriormente enumerados, a metodologia que foi utilizada nesta investigação envolve revisão literária científica e a produção de material empírico a partir de uma metodologia qualitativa.

2.1. Metodologia Qualitativa

Esta pesquisa é uma pesquisa qualitativa de pendor descritivo. A pesquisa qualitativa visa explorar de forma aprofundada o fenómeno social pesquisado.

De acordo com Bogdan e Taylor (1975) como citado por Lexi J. Moleong (2000: 3) define-se o método qualitativo como "O processo de pesquisa que produz dados descritivos na forma de palavras escritas ou orais das pessoas ou comportamentos que podem ser observados. Esta abordagem visa o plano de fundo e o indivíduo de forma holística. Portanto, neste caso, não deve isolar indivíduos ou organizações em variáveis ou hipóteses, mas precisa olhar para isso como parte de uma totalidade".

Loraine Blaxter, Christina Hughes e Malcolm Tight (2006: 65) sugerem ainda que *“Qualitative research on the other hand, is concerned with collecting and analyzing information in as many forms, chiefly non-numeric, as possible. It tends to focus on exploring, in as much detail as possible, smaller numbers of instances or examples which are seen as being interesting or illuminating, and aims to achieve 'depth' rather than 'breadth’”*.

Metodologicamente, esta pesquisa procurará explorar os fatores e a interação de fatores que afetam o comportamento e as perspectivas das comunidades rurais sobre a saúde das mulheres. Espera-se compreender em profundidade o comportamento e as representações da comunidade sobre a saúde das mulheres na perspectiva das comunidades rurais em Suco de Aidaba Leten, Timor-Leste.

2.2. Informantes - Chave

Os informantes-chave são uma fonte importante de informação para a pesquisa qualitativa. Neste estudo, os informantes-chave foram determinados com base no que eles conheciam, entendiam e por ocuparem lugares-chave relacionados com os fenómenos sociais estudados.

Os principais informantes do estudo foram membros da comunidade em Suco de Aidaba Leten, especialmente mulheres solteiras e casadas, meninas, professores do ensino pré-secundário Atabae, o administrador do sub-distrito de Atabae e o chefe do Suco Aidaba Leten. Ao nível da aldeia e posto administrativo, foram também entrevistados o pessoal médico e as parteiras no Posto de Saúde Atabae, as parteiras tradicionais e anciãos locais.

2.3. Técnicas de recolha de dados

As técnicas de recolha de dados utilizadas neste estudo foram:

a) Entrevista aprofundada semi-estruturada

As entrevistas semiestruturadas foram utilizadas para abordagem aos profissionais de saúde. Pretendeu-se efetuar entrevistas *face a face*. A entrevista é uma técnica de recolha de dados que consiste num diálogo entre entrevistador e entrevistado e na qual o investigador recolhe dados que analisa posteriormente. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para preparação da análise. Foram utilizados guiões de entrevista previamente organizados em função do tipo de entrevistado (guião de observação e de entrevista no anexo 1).

b) Observação

A observação pode ser um procedimento muito importante no âmbito de incursões qualitativas em profundidade, já que permite acompanhar a situação, o contexto, onde os comportamentos se desenrolam. O objetivo, nesta pesquisa, passará pelo registo sistemático de elementos de contexto sobre os comportamentos, a observar à medida que se desenrolam, e sobre os ambientes onde os comportamentos se desenrolam. foram produzidos guiões de observação para orientar a investigadora no terreno (anexo 1).

c)

po de discussão focal

A recolha de dados também foi realizada através de uma discussão participativa com alguns informantes chave que foram convidados pela pesquisadora para discutir um problema relacionado com o tema da pesquisa. *Focus group* é um processo de recolha de informações ou dados sobre

um assunto que se baseia numa discussão conjunta. No processo de discussão, participam todos aqueles que têm conhecimento sobre as questões estudadas pelos investigadores. De acordo com Morgan (1997 *cit in* Correia, 2013), “os grupos focais são basicamente entrevistas em grupo, cujo foco principal é o grupo, e não o mero intercâmbio de perguntas e respostas entre o pesquisador e integrantes do grupo. A interação entre os membros do grupo está baseada em tópicos específicos que são trazidos pelo pesquisador que geralmente assume o papel de moderador do grupo”. Estes grupos focais servem não só para explorar novas áreas pouco conhecidas na investigação, mas também para aprofundar e definir outras questões, por exemplo de natureza cultural, e avaliar opiniões, experiências e atitudes (guião de entrevista do grupo focal no anexo).

d)

Aná

lise de Dados Secundários

Na investigação foram também mobilizados alguns dados secundários, nomeadamente de cariz administrativo oficial, tais como estatísticas de saúde, de utilização e consumos em saúde, entre outros. Os dados secundários deste estudo foram obtidos no subdistrito administrativo de Atabae, posto de saúde Atabae e no Ministério da Saúde, no Centro Nacional de Estatística (Ministério do Plano e Das Finanças, Direção Nacional de Estatística) da República Democrática de Timor-Leste (RDTL).

e)

Análise documental

Nesta pesquisa recorreremos, também, à recolha de documentos oficiais, que foram analisados de forma sistemática, nomeadamente para identificação das orientações no domínio das políticas públicas e dos discursos oficiais em torno da saúde feminina. Entre os documentos analisando incluem-se manifestos políticos, legislação e relatórios técnicos.

2.4.

Téc

nicas de análise de dados

De acordo com Creswell (2013: 210), há várias etapas na análise de dados no processo de pesquisa qualitativa, desde o processamento de dados até à aplicação da grelha de interpretação

para análise. Nesta fase da pesquisa estiveram envolvidos, num primeiro momento, a transcrição de entrevistas e discursos, a digitalização de materiais, a identificação de dados do campo e classificação e organização dos dados em diferentes tipos dependendo da fonte da informação; a leitura de todos os dados. Durante esta fase, notas especiais ou ideias gerais sobre os dados obtidos foram registadas. Numa segunda etapa, procedeu-se à codificação dos dados. A codificação diz respeito ao processamento do material ou da informação em segmentos de escrita, a partir dos quais foram identificados significados. O processo de codificação serviu para descrever as configurações, as pessoas, as categorias e os temas a serem analisados. A partir dessas descrições, os temas foram atualizados num relatório narrativo ou qualitativo e os dados interpretados.

2.5. Processo de Pesquisa

2.5.1. Estratégia de recolha de dados:

1. Pedir à UNTL para enviar uma carta ao Ministro da Saúde para que pudesse recuperar dados que ainda estão em contato com o tema da pesquisa.
2. Realizar reuniões com os lideranças comunitárias para explicar o propósito das visitas e, simultaneamente, solicitar sua ajuda para facilitar as reuniões com os membros da comunidade para realizar entrevistas e o grupo de discussão focal (GDF) de interesse.
3. Juntamente com a liderança comunitária, organizar a comunidade para GDF

2.5.2. Fase de pesquisa

Foram seguidas as seguintes etapas para recolha de dados:

1. Traduzir o guia de entrevista em idiomas locais para facilitar-nos no processo de entrevista e outras atividades de coleta de dados de campo;
2. Aproximar os líderes e funcionários da comunidade nos escritórios do departamento de saúde em Atabae, Dili e Maliana, para que pudesse entrevistar ou obter dados secundários;
3. Entrevistar 25 mulheres de vários locais em 5 Aldeias das 7 Aldeias no local de pesquisa (Suco Aidabaleten);
4. Entrevista ao Chefe do Suco e aos Chefes de Aldeias, bem como entrevistas ao pessoal que trabalha nos gabinetes do Ministério da Saúde da RDTL e no Centro Saúde Atabae,

- num total de 18 pessoas. O objetivo das entrevistas com os funcionários nos níveis nacional e local foi esclarecer algumas informações relacionadas com os dados secundários coletados e também verificar os dados primários obtidos no campo através de entrevistas em profundidade, grupo de discussão focal (GDF) e observação de campo;
5. Após os dados serem coletados foram transcritos. As entrevistas e o GDF foram conduzidos na língua materna Kemak, uma vez que a maioria das pessoas nos locais de estudo só poderia falar em Kemak. Enquanto as entrevistas e GDF que fizemos com os funcionários do governo foram na língua Tetum;
 6. Agrupar dados com base em temas ou tópicos que facilitariam a análise e redação de dados;
 7. Análise de dados e interpretação de dados.

2.6. Descrição das características dos entrevistados

a. Amostra de mulheres entrevistadas

Neste estudo foram entrevistadas 25 mulheres, provenientes de 5 aldeias das 7 aldeias do Suco Aidabaleten. Em cada aldeia foram selecionadas 5 pessoas. As entrevistadas neste estudo são os residentes do Suco Aidabaleten, representativas de mulheres costeiras e montanhesas. As entrevistadas eram mulheres casadas, adolescentes e mulheres idosas. Na tabela seguinte sistematizam-se as características destas 25 entrevistadas.

Tabela 1. Características amostrais das 25 entrevistadas

NO	Data	Inicial	Idade	Sexo	Nível Educação	Profissão	Estado civil	Endereço
1	09/ 02/ 18	EP	45	Feminina	Analfabeto	Dona da casa (DC)	Casada	Aldeia Haramé
2	---	DP	47	Feminina	Analfabeto	Dona da casa	Casada	Aldeia Haramé
3	---	EF	20	Feminina	Escola Secundaria	Dona da casa	Casada	Aldeia Haramé
4	---	MNJ	18	Feminina	Analfabeto	Desemprego	Soltera	Aldeia Haramé
5	---	JG	16	Feminina	Analfabeto	Desemprego	Soltera	Aldeia Haramé
6	12/02/18	CdS	26	Feminina	Escola Primaria	Dona da casa	Casada	Aldeia Aidaba leten Foho
7	---	FdS	19	Feminina	Não Acobou Escola Primaria	Dona da casa	Casada	Aidabaleten Foho
8	---	EXL	16	Feminina	Não Acobou Escola Primaria	Desemprego	Gravida abandonada pelo Marido	Aidaba leten Foho
9	---	EdS	43	Feminina	Analfabeto	Dona da casa	Casada	Aidaba leten Foho
10	---	AP	60	Feminina	Analfabeto	Desemprego	Viuva	Aidaba leten
11	06/02/18	ZA	34	Feminina	Analfabeto	Dona da Casa	Casada	Miguir
12	---	RdS	36	Feminina	Escola Secundaria	DC e Vendedores de Legumes	Casada	Miguir
13	---	DK	25	Feminina	Escola Primaria	DC e Vendedores de Legumes	Casada	Miguir
14	---	MG	40	Feminina	Analfabeto	DC e Vendedoers de Legumes	Casada	Miguir
15	---	FP	23	Feminina	Escola Pré-Secundaria	Dona da casa	Casada	Miguir
16	07/02/18	JM	21	Feminina	Escola Pré-Secundaria	Dona da casa	Casada	Biacou
17	---	AdP	26	Feminina	Analfabeto	Dona da casa	casada	Biacou
18	---	AM1	25	Feminina	Escola Secundario	Dona da casa	Casada	Biacou
19	---	JL	23	Feminina	Escola Pré-Secundaria	Dona da casa	Casada	Biacou
20	---	AM2	26	Feminina	Escola Pré-Secundaria	Dona da casa	Casada	Biacou
21	08/02/18	RG	22	Feminina	Não Acobou Escola Primaria	DC e Vendedores de Salt	Casada	Sulilaran
22	---	JC	42	Feminina	Analfabeto	Dona de casa	casada	Sulilaran
23	---	BD	19	Feminina	Não Acabou Escola Pré-Secundaria	Dona de casa	casada	Sulilaran
24	---	PG	45	Feminina	Analfabeto	Dona de casa	Casada	Sulilaran
25	---	AdP	34	Feminina	Analfabeto	DC e Vendedores de Quiosque	Casada	Sulilaran

b. Características dos informantes complementares

Além das entrevistadas principais, a investigadora também recolheu mais 18 como informantes complementares. As características dos informantes complementares pertencentes a várias instituições e instâncias de autoridade são as seguintes, tais como disponíveis na tabela 2:

Tabela 2. Agrupamento características dos entrevistados complementar

No	Data	Inicial	Idade	Sexo	Nível Educação	Profissão	Estado civil	Endereço do Instituições
1	16/01/18	AP	42	Masculino	Masterado	Arjunto Posto administrativo Atabae	Casado	Funcionario Publico
2	16/01/18	BD	37	Feminina	Licenciatura	Fasilitador	Casada	PNDS
3	09/ 02/ 18	LT	46	Masculino	Escola Pre-Secundaria	Cefe aldeia Haramé	Casado	Autoridade local
4	13/02/18	NPN	40	Masculino	Escola Secundaria	Cefe aldeia Tasimean	Casado	AL
5	08/02/18	LP	38	Masculino	Escola Secundaria	Cefe aldeia Sulilaran	Sultero	AL
6	07/02/18	SP	62	Masculino	Escola Pre-Secundaria	Cefe aldeia Biacou	Casado	AL
7	06/02/18	JA	41	Masculino	Escola Secundario	Cefe aldeia Miguir	Casado	AL
8	12/02/18	CBM	50	Masculino	Escola Pre-Secundaria	Cefe aldeia Aidabaleten Foho	Casado	AL
9		MdC	52	Masculino	Escola Pre-Secundaria	Ancião	Casado	AL
10	18/01/18	FT	38	Masculino	Licenciatura	Comandante policia comunitario	Casado	PNTL
11	18/01/18	JGS	57	Masculino	Licenciatura	Administrador Posto Atabae	Casado	AL
12	23/01/18	EFS	32	Masculino	Licenciatura	Doutor	Casado	CS
13	24/01/18	VDL	45	Feminina	Licenciatura	Parteira	Casada	CS
14		FF		Masculino	Licenciatura	Cefe do Suco	Casado	AL
15		JL	46	Masculino	Escola Ensino Primario	Xamã	Casado	
16	20/03/18	ARB	48	Feminina	Licenciatura	Cefe Centro Saúde Atabae	Casada	CS
17	---	CDN	-	Feminina	-	Cefe departamento Nutrição	-	Ministerio da saude
18	---	CA	-	Masculino	-	Cefe departamento Ambiental	-	Ministerio da saude

Processados dados primários, Maiu 2018

c. Grupo de discussão focal

Foram realizados 4 grupos de discussão focal, em 4 das aldeias, tal como descrito na tabela 3 abaixo.

NO	Grupo de discussão focal	Data	Total pessoal
1	Aldeia Haramé	09/ 02/ 18	9
2	Aldeia Miguir	06/02/18	20
3	Aldeia Biacou	07/02/18	5
4	Aldeia Sulilaran	08/02/18	8

2.7. Estrutura analítica

A análise é como uma atividade de triagem, onde através de análise, diferenciação, comparação será possível, de seguida, agrupar os dados com base em determinados critérios a serem interpretados e discutidos com base em factos de campo. Por isso, a análise baseia-se nas seguintes etapas:

1. Processamento de dados - é feito com o objetivo de que os dados se tornem mais simples, de modo a que todos os dados recolhidos possam ser bem organizados e, assim, analisados. O processamento de dados é feito em duas etapas:

- Edição, onde se verifica se todos os dados foram inseridos corretamente para, depois, editá-los com mais facilidade, o que facilitará o processo de apresentação;
- Codificação e categorização, nas quais se agrupam os dados com base em tópicos centrais que facilitarão o processo de análise e de interpretação. Ao determinar a codificação, identificamos quatro questões importantes:

(1) O conceito saudável e doente;

(2) Saúde reprodutiva: planeamento familiar;

(3) Fatores que influenciam padrões de comportamento saudável e doença comunidades rurais em Suco Aidabaleten: Aspeito do ambiental socio economico, aspeto do ambiente físico e compreensão da comunidade Aidabaleten, aspeto do conhecimento e consciência da saúde sociedade rural, aspeto cultura, aspeto educação e Políticas, infraestrutura e acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais;

(4) Perspetiva das mulheres sobre as suas experiências e comportamentos na saúde e na doença e vida quotidiana as mulheres rurais Aidabaleten.

A codificação é, por isso, útil quando realizamos os processos de análise, interpretação e discussão de resultados.

2. Análise de dados - é uma atividade de exposição aos resultados e de interpretação de toda a pesquisa.

3. Discussão e conclusão – é nesta seção que será discutida a importância e relevância dos resultados obtidos, bem como conclusões a que é possível chegar.

Esquemáticamente, podemos dizer que o processo de análise se baseia num quadro analítico como o que é apresentado na figura 3.

Figura 3. Estrutura analítica

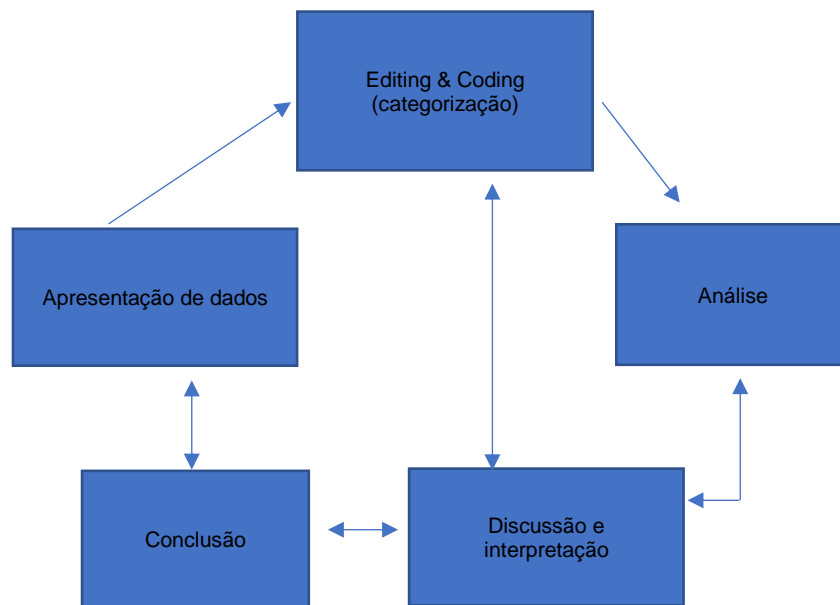


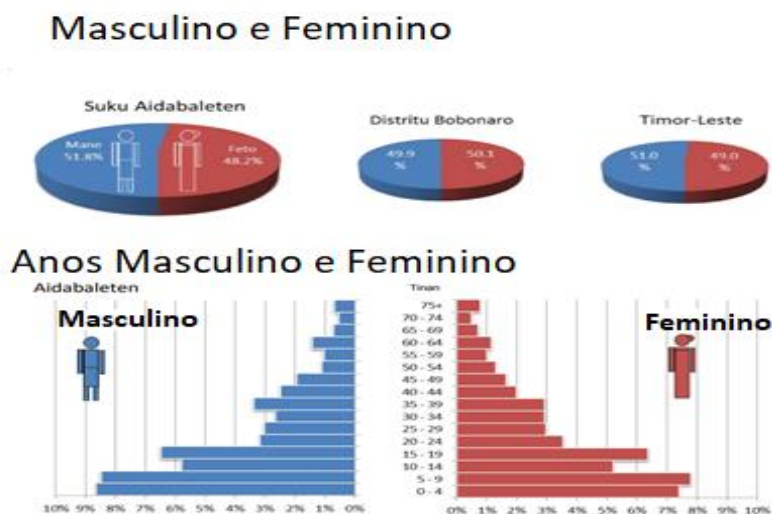
Tabela 4. Distribuição da população por Aldeia

No.	Aldeias	Feminino	Masculino	Total população Aldeias	Famílias		
					Masculino	Feminino	Total
1	Tasimean	852	958	1.810	342	34	376
2	Tutubaba	687	619	1.810	237	26	263
3	Sulilaran	339	296	635	128	12	140
4	Biacou	280	360	640	152	15	167
5	Miguir	291	358	649	123	4	127
6	Haramé	281	320	601	113	15	128
7	Aidaba Leten	304	350	654	129	11	325
	Total População	3.034	3.261	6.295	1.224	117	1.341

Fonte: Dados População 2017 Posto Administrativo Atabae Suco Aidabaleten

A distribuição da população por sexo e idade no Suco Aidabaleten pode ser vista no gráfico abaixo:

Gráfico 1. Distribuição da população por sexo e idade



Fonte: Censos Fo Fila Fali, 2010

A maioria a população do Suco Aidabaleten é católica. Os *kemak* residem na região noroeste de Timor-Leste, na sua maioria nos Posto Administrativo de Atabae, Cailaco, Maliana (distrito de Bobonaro) e Atsabe (distrito de Ermera). A sua língua é próxima do *tokodede*, mas é morfologicamente mais complexa. O *Kemak* aparenta ter recebido no passado alguma influência

das Molucas do sul. O malaio também deixou vestígios mais fortes nesta língua do que na dos seus vizinhos a leste (Hull, 2004). Os timorenses cuja língua materna é o *kemak* são atualmente contabilizados em 51 057 (DNE e UNFPA, 2006). Entre os residentes de Aidabaleten, 85% falam a língua de *kemak* como sua língua nativa, mais de 10% falam as minorias Tetum Prasa, Tetum Terik e Habun.

Existem dois grupos étnicos que residem no Suco Aidabaleten: os Kemak Rae Cutobaba (Ema Cutobaba) e os Kemak Reikaan (Ema Reikaan). A diferença entre estes dois grupos étnicos é marcada pelo dialeto na linguagem de Kemak usado por ambos. A etnia Kemak Cutobaba é de origem étnica do Suco Aidabaleten, espalhada por toda a região de Atabae, especificamente nas zonas costeiras e em parte nas montanhas das aldeias Hame, Aidabaleten e Miguir. Enquanto a etnia Kemak Reikaan se espalhou pela Aldeia Aidabaleten, especificamente na costa. Esta etnia é a etnia do Ema Marobo, Ema Cailaco e Ema Atsabae.

A unidade básica social de referencia dos *kemak* consiste num grupo de descendência em linha patrilinear (irmãos mais velhos / irmãos mais novos) que pertence a uma “casa”, *uma*. A casa, nesta aceção, reúne vários agregados familiares, ou seja, vários membros do grupo pertencentes à mesma casa podem ter residências distintas. À escala privada, cada indivíduo pertence assim a uma casa que lhe confere o seu nome, a sua posição na hierarquia social e a sua rede de alianças de afinidade das quais ele ou ela fará parte, seja em virtude do seu próprio casamento ou como resultado de casamentos contraídos pelos seus descendentes. À escala coletiva, a organização social é caracterizada por uma hierarquia entre casas. Estes dois pólos da vida social também se manifestam ao nível ritual, podendo fazer-se uma distinção entre ritos individuais, realizados em benefício de uma casa particular (ritos ligados ao ciclo de vida individual: nascimento, primeira saída da criança, casamento, morte; ritos ligados a vida da casa), e ritos coletivos, que são executados por “especialistas” em benefício da coletividade (ritos anuais: início da estação das chuvas e início da estação seca; ritos de quatro anos, ligados aos campos sagrados, entre outros) (Clamagirand, 1975, 1980; Renard- Clamagirand, 1982).

Até este momento, a implementação do programa de desenvolvimento físico do suco ainda não foi bem-sucedido. As ligações rodoviárias entre aldeias não foram totalmente pavimentadas. Esta condição também tem um impacto sobre os problemas de saúde pública em Aidabaleten. Embora o programa de saúde das aldeias como o SISCO tenha sido realizado pelo governo central (neste caso o ministério da saúde), os membros da comunidade em Aidabaleten ainda têm

dificuldade em aceder aos serviços de saúde em Posto Saúde e Centro de Saúde, devido a restrições de transporte. A equipa de saúde também tem dificuldade em implementar o programa SISCA por causa da dificuldade de acesso à aldeia. A estrada que liga as aldeias, longe da cidade, foi intensamente estragada durante a estação chuvosa, deixando a equipa de saúde incapaz de fornecer serviços de saúde para as comunidades remotas. O esforço do governo central para resolver este problema é implantar o programa de desenvolvimento da aldeia através dos projetos do Programa de Desenvolvimento Descentralizado (PDD) I e do PDD II.

De forma a consolidar este programa comunitário, estabeleceu-se em 2010 PDD (Programa de Desenvolvimento Descentralizado) sendo que, em 2011, este programa inclui duas componentes. O PDD I destina-se a projectos com um valor orçamental máximo de 150.000 dólares, enquanto o PDD II visa projectos com um orçamento máximo entre os 150.000 e os 500.000 dólares. O PDD pretende encorajar a actividade do sector privado nos distritos, de modo a promover o desenvolvimento equitativo em todo o País.

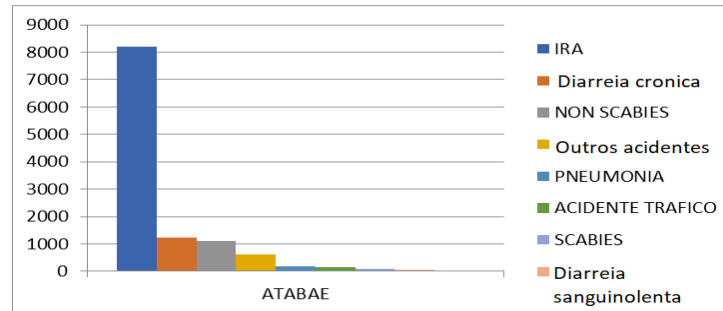
Em 2011, existem aproximadamente 225 projectos do PDD I, planeados para os sub-distrito, num total de cerca de 15 milhões de dólares. A nível distrital, foram identificados 103 projectos, com um orçamento de 28 milhões de dólares. Estes programas irão fortalecer a economia nos distritos e encorajar o crescimento de empresas locais, para realizarem os trabalhos de construção e reabilitação de infraestruturas. Para participarem, as empresas precisam cumprir requisitos rigorosos e desenvolver projectos de boa qualidade.

Irão ser estabelecidos novos programas de desenvolvimento descentralizado a fim de promover oportunidades que permitam, às comunidades locais, envolver-se em iniciativas de infraestruturas, resultantes do Plano Estratégico de Desenvolvimento⁸.

As condições socioculturais da sociedade em Aidabaleten podem ser vistas a partir das relações sociais quotidianas, hábitos quotidianos, nível educacional e economia comunitária. As fontes de energia para cozinhar são, na verdade, eletricidade, gás e biogás. No entanto, a na comunidade Suco Aidabaleten todos usam lenha. O impacto do uso da lenha como fonte de energia é muito mau para a saúde comunidade. A tabela abaixo mostra que a comunidade de Atabae, incluindo a maioria do Suco Aidabaleten, sofre de infeções respiratórias agudas (IRA) e tuberculose (TBC), de acordo com a interpretação dos pesquisadores, como resultado do uso de lenha para cozinhar.

⁸ PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO 2011 – 2030 Disponível em <http://timor-leste.gov.tl/wp-content/uploads/2011/07/Plano-Estrategico-Desenvolvimento-TL3.pdf> P. 114 Consultado em 20-04-2018

Gráfico 2. Incidência de doenças nos utentes do centro de saúde Atabae



Fonte: Centro de saúde Atabae

Com base nos resultados do recenseamento da população de 2010, o nível médio de educação da comunidade (para os cinco anos ou mais) é de 40% com escolaridade primária, no entanto, existem 35% das pessoas da Aidabaleten que não têm formação. A meta é que, até 2015, a proporção de residentes em Aidabaleten que frequentam o ensino secundário atinja 20%. Para superar o baixo nível de educação da comunidade, o governo também lançou um programa de alfabetização para jovens que não sabem ler e escrever. Por meio desse programa de alfabetização, é indicado que até 2015 a proporção de jovens alfabetizados seja de 100%. Os resultados do censo populacional de 2010 mostram que a proporção da alfabetização dos jovens de Aidabaleten com 15 a 24 anos de idade é de 75,62%, em ambos os grupos de género. Os mesmos dados indicam que a frequência da comunidade na escola em Aidabaleten é de 38%, enquanto aqueles que abandonaram a escola são 29% e 31% das pessoas nunca frequentaram a escola.

Em termos económicos, a sociedade Aidabaleten é uma sociedade rural cujo estilo de vida depende da agricultura de subsistência. Com base nisso, a situação económica das pessoas pode ser medida a partir do emprego disponível, bem como dos recursos económicos de subsistência, como a posse de gado, a área cultivada, o acesso aos mercados tradicionais e outros. O gráfico abaixo dá-nos uma ideia da situação da economia laboral na região da nossa pesquisa.

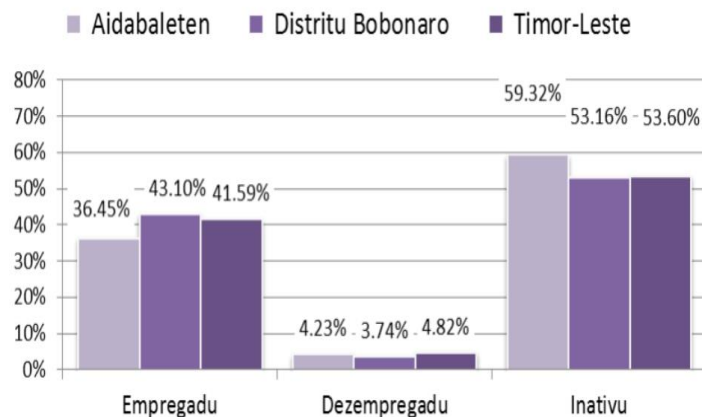
Gráfico 03. Emprego em Aidabaleten



Besik metade populasaun Timor-Leste nian mak iha "tinan produtivu", (15 to'o 59).

Fonte: Censos Fo Fila Fali, 2010

Empregu



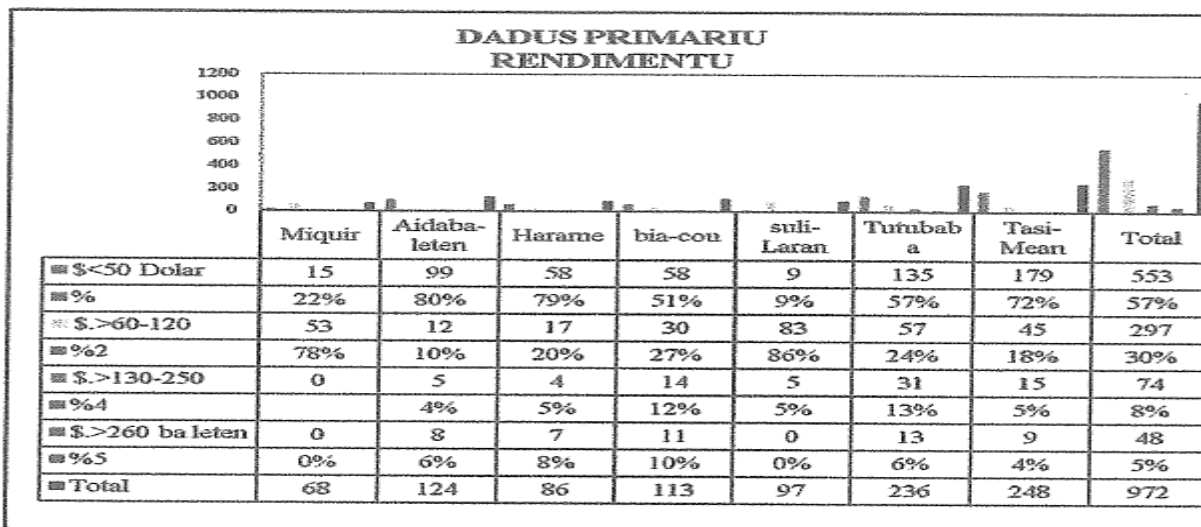
Embora aparentemente baixo o nível desemprego (é de apenas 4,23%), são quase 60% os inativos. É isso que faz com que o nível de pobreza seja muito alto. Uma pesquisa da RDTL do Ministério das Finanças, em 2010, sobre os padrões de vida da população timorense, informou que quase 50% das pessoas vivem abaixo da linha de pobreza nacional e o rendimento da comunidade é estimada em US \$ 0,88 per capita por dia. (WHO, 2010). Essa condição de pobreza faz com que o governo tenha que emitir políticas sociais, como bolsa da mãe, subsídio para idosos. O subsídio bolsa da mãe é dado a crianças de famílias pobres que ainda estão na escola.

Para se ter uma ideia da realidade da condição da económica do povo Aidabaleten, podemos afirmar que a maioria das famílias em Aidabaleten tem rendimentos médios muito baixos. Há 57% das pessoas que vivem em suas famílias com rendimento abaixo de US \$ 50,00 por mês. Já os demais 30% da renda mensal acima de US \$ 60,00 a US \$ 120,00 e apenas 5% da renda mensal acima de US \$ 260,00. Os dados abaixo indicam que as pessoas da Aidabaleten vivem em um estado de dificuldades económicas e isso afeta claramente a saúde das mulheres. Em muitos casos, as mulheres têm que suportar uma carga de trabalho pesada, porque além de cumprirem as obrigações domésticas, as mulheres também são sobrecarregadas com trabalho pesado nos campos e outras atividades socioeconómicas para suplementar a renda familiar. É isso que faz com que as

mulheres não prestem muita atenção à sua condição de saúde. A tabela abaixo descreve claramente a percentagem de rendimento da família baseada na Aldeias em Aidabaleten.

Tabela 5. Rendimento da comunidade

RENDIMENTU



Fonte: Dados 2017 UNDIL Cede Suco Aidabaleten

O rendimento da comunidade Aidabaleten está intimamente relacionado com as profissões na comunidade. Os dados de UNDIL, 2017 mostram que a maioria (73%) da comunidade de Aidabaleten são agricultores de subsistência, enquanto 19% são funcionários públicos e apenas 7% trabalham como empreendedores.

4.2. Um Olhar ao Caminho Histórico dos Serviços de saúde

Em 1883, um oficial médico, J. Gomes da Silva, foi nomeado de Macau para Dili para o dever de prestar serviços de saúde ao território do Timor Português. Em 1892, a região de Timor Português tinha apenas dois médicos, um dos quais vivia em Dili e o outro em Lahane. Os serviços de saúde foram representados em Timor por cinco proeminentes guerreiros de Macau (Silva, 1892). Como uma província portuguesa, Timor-Leste obteve autonomia administrativa em 1896 (Veja também Fernando Augusto de. F., 2011:480). No entanto, a sua assistência médica continua dependente de Macau, que é uma delegação de saúde em Timor. Em 1906, um edifício para um

hospital militar inaugurado em Lahane, apelidado de "Hospital D. Carlos I", foi mudado em 1910 para "Hospital Dr. Carvalho", em homenagem a um médico que morreu em Timor. Em 1915, havia três médicos em Dili que se revezavam visitando o campo. Em 1918, com a criação dos Serviços de Saúde, as redes de saneamento foram estendidas a Baucau, Manufahi e Bobonaro, e equipes de mobilização foram estacionadas na região (Agencia-Geral do Ultramar, 1970).

Desde 1920, a infraestrutura de saneamento foi construída e, depois de 1937, as redes de saúde tornaram-se mais eficientes em Ermera, Liquica, Ainaro e Baucau, e aumentou o número de posto interior. Em 1938, foi construído um pavilhão de isolamento para o tratamento da tuberculose em Díli e foi criado um infantário. Dois anos depois, outra creche-lactário foi feita em Manatuto (Felgas, 1956). No final da década de 1930 havia 3 hospitais públicos, um hospital privado, uma maternidade (em Dili), 19 postos de saúde e um centro de primeiros socorros. Os serviços de saúde foram prestados por 5 médicos e 42 enfermeiros (Agencia-Geral do Ultramar, 1970).

Com a invasão japonesa, os trabalhos que foram desenvolvidos são quase totalmente destruídos e ajudam a paralisar o sistema de cuidados. Quando a reocupação é feita, é necessário reiniciar. Construídas ou reparadas, colocou-se em operação a partir de 1948, o hospital regional Baucau e Ainaro, maternidade, em postos de Dili e Baucau e de saúde em Los Palos, Laclubar, Aileu, Same, Lautem, Oesilo, Ossu e Venilale, além de um outro edifício temporariamente substituído por edifícios permanentes. Todo o material deve ser atualizado para esse hospital central em Dili, adquiriu estêreo de raios-X, e as instalações continuam a ser expandidas. Em 1955, o centro de saúde de Dili foi construído. Os serviços de saúde em Timor incluem delegacias de polícia em Dili, 6 subdelegacias e 47 postos de saúde construídos (Felgas, 1956).

Em 1960, os recursos alocados para a saúde aumentaram em cerca de 11% e, em 1963, dois hospitais e postos de saúde dobraram em relação aos anos 1930.

Em 1968, o Serviço de Saúde e Manutenção compreendia uma divisão de saúde que era um distrito de saúde com 12 postos de saúde, administrados pelo escritório provincial, com divisões técnicas, divisões administrativas e divisões de ajuda. Na divisão técnica estão serviços médicos integrados e saneamento, serviços farmacêuticos, cuidados médicos e endêmicos, incluindo serviços externos e visitas a hospitais, atividades médicas e de saúde materno-infantil, atividades em postos de saúde com serviços públicos de saúde, incluindo serviços públicos de saúde (Ministerio do Ultramar, 1968). A rede de saneamento geral desta província foi estabelecida,

em termos de infraestrutura, por hospitais centrais e regionais Dr. Carvalho, em Dili; Hospital sub-regional de Baucau; 8 hospitais rurais (Oecussi, Maliana, Liquiçá, Ermera, Ainaro, Manatuto, Viqueque, Los Palos), todos na sede do Ministério da Saúde; 14 maternidade, 2 dos quais são locais (Díli, Baucau) e 12 aldeias (Oecussi, Oesilo, Maliana, Liquiçá, Ermera, Ainaro, Maubisse, Manatuto, Laga, Viqueque e Los Palos) e 47 postos de saúde localizados no nível distrito (freguesias). A maioria dessas estações possui instalações para internação de pacientes, que são visitadas periodicamente por um médico. Na zona central de Dili existe um centro de saúde que funciona para além de um hospital central, e um centro de saúde opera perto de todos os hospitais rurais.

Escola de Engenharia de Serviços de Saúde e Enfermagem, localizada perto do Hospital Dr. Carvalho, é um órgão de apoio à preparação de pessoal técnico, trabalhando com cursos gerais de enfermagem, auxiliares de enfermagem e auxiliares técnicos de farmácia. Quanto aos recursos humanos, 20 médicos, 93 enfermeiros, 14 parteiras, 2 farmacêuticos e 9 outros profissionais do setor de saúde (Ministério do Ultramar, 1968)

Nessa altura, as doenças que afetavam os timorenses incluíam a malária, infeções intestinais, pneumonia, gripe, tuberculose e lepra. A alimentação e as condições precárias de saneamento em que vivem preferem essa situação, sendo limitado o acesso à infraestrutura de saúde devido à disseminação do abrigo e à escassez de transporte, além da caminhada. No entanto, nos últimos anos do domínio Português, houve algumas melhorias. Além de algumas campanhas de vacinação que aparentemente tentaram reduzir a propagação da tuberculose em algumas das áreas de montanha mais afetadas; no entanto, a malária e a gripe continuam causando muitas mortes.

A saúde materna e infantil também é um problema. Quando engravidam, as mulheres timorenses raramente conseguem utilizar os serviços hospitalares ou de maternidade, preferindo que os seus filhos nasçam num ambiente favorável às práticas culturais envolventes; no entanto, eles estão felizes em receber cuidados com recém-nascidos (Fontoura, 1942). No entanto, as taxas de mortalidade infantil são altas, principalmente devido à malária e infeções respiratórias.

Após a invasão indonésia, a maioria da população civil vivia nas montanhas em redor da base de apoio da FRETILIN, que defendia, em áreas fora do controlo da Indonésia, o seu papel administrativo, tentando garantir a defesa e as necessidades da população. A estrutura básica dos cuidados de saúde é organizada, onde os trabalhadores de saúde produzem drogas usando plantas

medicinais. O Estado da Indonésia dirigia o sector público responsável pelo fornecimento e desenvolvimento dos serviços de saúde em Timor-Leste através de duas organizações: o Departamento de Saúde Regional (*Kanwil*) e o Serviço de Saúde Pública Provincial (*Dinas Tk*). O dirigente do *Kanwil* de Timor-Leste era eleito pelo Ministério da Saúde nacional e encontrava-se sob a sua jurisdição. O *Dinas Tk* era responsável por todos os programas financiados pelo governo provincial. A prestação de cuidados de saúde focalizava-se supostamente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), implementados através de uma rede de serviços de saúde que iam desde os cuidados especializados no hospital de Dili até aos postos de saúde integrados, onde eram prestados cuidados nas aldeias remotas. Em 1999, os serviços governamentais incluíam um hospital central, hospitais distritais, 67 centros de Saúde comunitários (*puskesmas*), 31 dos quais sem médicos, e 287 postos de Saúde (Pedersen e Arneberg, 1999).

Por motivo do surto de violência após o referendo de 30 de agosto de 1999, cerca de 80% da infraestrutura de saúde foi destruída e a maioria dos médicos e gerentes neste setor fugiu, levando ao colapso do sistema de saúde. Nesta fase de emergência, a prestação de cuidados de saúde é fornecida por várias organizações de ajuda humanitária. Em dezembro de 1999, o Grupo de Trabalho dos Profissionais de Saúde de Timor-Leste estabeleceu os princípios básicos para articular as políticas formais do sistema de saúde. Em setembro de 2001, o Ministério da Saúde foi criado, com a missão de assegurar a disponibilidade de serviços de saúde acessíveis para todas as pessoas de Timor-Leste. Em fevereiro de 2000, Interina Autoridade de Saúde foi estabelecido, que mais tarde foi designado pela Divisão de Serviços de Saúde, um organismo que consiste em 16 profissionais de saúde timorenses e 7 expatriados, o precursor do Ministério da Saúde do futuro. Em paralelo, o Programa de Desenvolvimento de Reabilitação do setor da saúde foi implementado. Durante este período de transição, as ONGs são as principais responsáveis pela prestação de serviços de saúde.

Timor-Leste aumentou o acesso a instalações de saúde e serviços de saúde desde a independência. Mais de 70% das instalações de saúde de Timor Leste foram destruídas em guerras pré-independência e menos de duas dúzias de médicos permaneceram no país (Cabral et al., 2013).

O resultado da pesquisa TLHS (*Timor-Leste Demographic Health Survey*) em 2009/2010 realizada pelo Ministério da Saúde, WHO, UNDP, UNFPA e AusAID, indica que as instalações de saúde disponíveis em todo o território de Timor Leste são os seguintes: 473 Clínicas Móveis, 192 Postos de Saúde, 66 Centros de Saúde, 42 clínicas de maternidade pública e uma clínica privada,

6 clínicas particulares, 5 hospitais de referência e 1 Hospital Nacional. Enquanto os trabalhadores de saúde empregados no Centro de Saúde em Timor-Leste consistem em 75 médicos, 487 enfermeiros e 267 parteiras. Depois, há tantos como 175 médicos, 387 enfermeiros e 123 parteiras no serviço do Hospital Nacional Guido Valadares, Dili (WHO, 2010). No entanto, atualmente em áreas remotas e urbanas, a assistência de parto por pessoal não médico é frequentemente realizada por alguém chamado *dukun bersalin*: parteira tradicional. Os recursos, instalações, condições geográficas, demográficas, sociais, culturais, económicos, educacionais e outros fatores, incluindo sistemas de cuidados médicos e não-médicos e de saúde variam entre áreas rurais e urbanas.

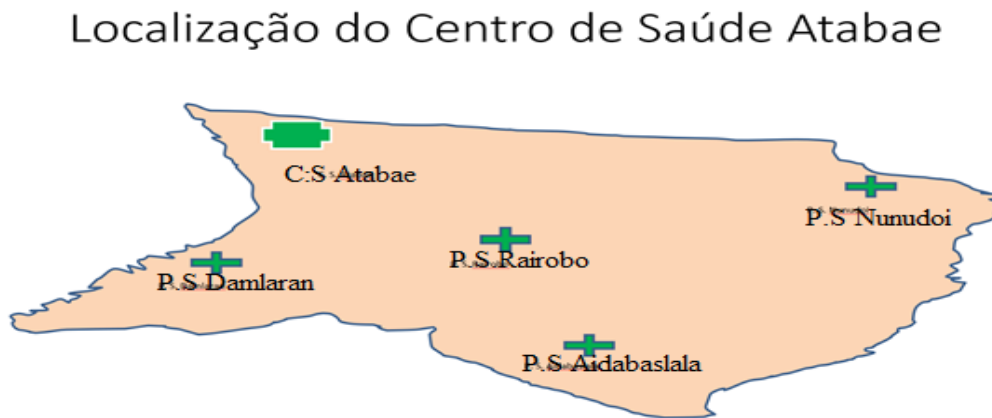
Além das unidades de saúde acima mencionadas, em cada Hospital de Referência e Centro de Saúde Distrito, o Ministério da Saúde RDTL também construiu uma instalação adicional chamada *Uma Hein Tur Ahi* ou Maternidade, casas de espera para mulheres grávidas como locais de trânsito pendentes quando o tempo de entrega. No entanto, este ainda é um problema em Timor-Leste porque em alguns locais, as instalações fornecidas são ainda limitadas e o pessoal médico também é muito limitado, enquanto os pacientes são muitos, pelo que o serviço de saúde é por vezes inadequado.

O Centro de Saúde é um local que é frequentemente usado para atender às necessidades de saúde da comunidade. De vários aspetos, a centro de saúde tem vantagens sobre outras unidades de saúde (hospital / clínica / consultório privado médico) e é muito necessária para a comunidade, especialmente no que concerne ao atendimento das necessidades de saúde da mulher. Centro de saúde e posto de saúde são amplamente utilizados pelas mães para cuidaram da sua saúde, especialmente aquelas relacionadas à saúde infantil, planeamento familiar, gravidez, parto e outros cuidados de saúde. O primeiro fator, porque a localização do centro de saúde e posto de saúde não está muito distante (ainda na área do Posto Administrativo), é de fácil acesso pelo paciente. O fator de localização é muito importante porque a localização fácil faz a sociedade, especialmente as mães, não relutante em explorar a existência de centro de saúde e posto de saúde. Outros fatores são também porque centro de saúde e posto de saúde geralmente recebem vários serviços de saúde para todos os níveis da sociedade, iniciando exames gerais de saúde, saúde materna e infantil, hospitalização, atendimento odontológico e outros tratamentos.

4.3. O Centro de Saúde Atabae em Suco Aidabaleten

O centro de saúde Atabae está localizado no Posto Administrativo Atabae. O princípio usado pelo centro de saúde é preventivo e de promoção. Sua cobertura de saúde é a comunidade do Posto Administrativo Atabae. No Posto Administrativo Atabae existem 4 Sucos, nomeadamente Suco Aidabaleten, Hataz, Rairobo e Atabae.

Figura 5. Mapa Centro de Saúde Atabae



Fonte: Centro Saúde Atabae

Fotografia 1. Centro de saúde Atabae



Centro saúde Atabae, (Foto de Cecilia Pereira, Fevereiro em 2018)

O único centro de saúde que existe no Posto Administrativo Atabae, localizado no Suco Aidabaleten, fica na aldeia de Tutubaba. No centro de saúde de Atabae existem 4 SISCa, 5 clínicas móveis e 5 posto de imunização. Instalações de saúde podem ser vistas na tabela 6 a seguir:

Tabela 6. Recursos Humanos dos Centro e Postos de saúde

RECURSOS HUMANOS DOS CENTROS E POSTOS DE SAÚDE								
ANO DE 2017								
N.º	Nome	N.º de Médicos	N.º de Parteiras	N.º de Enfermeiros	N.º de Enfermeiros Assistentes	N.º de Farmacêuticos	N.º de Analistas	Outros
1	C. S. Atabae	2	2	7	0	2	1	8
2	P. S. Numdoi	1	0	0	1	0	0	1
3	P. S. Aidabaslala	1	1	1	0	0	0	1
4	P. S. Rairobo	1	1	0	0	0	0	1
5	P. S. Dammlaran	1	0	1	0	0	0	0
	Total	6	4	9	1	2	1	11

Fonte: Centro de saúde Atabae

Com base nos dados acima, a comparação da população existente, conforme descrito na tabela 6, mostra que as instalações de saúde existentes no Posto Administrativo Atabae Suco Aidabaleten, com disponibilidade muito limitada de pessoal médico, têm um impacto nos serviços de saúde pública inadequados. No Suco Aidabaleten, as comunidades e pessoal saúde sentiram que as instalações, equipamentos e serviços do SISCa Centro Saúde e hospital eram ainda insuficientes. Ainda é muito baixo o número de profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) no Centro e no posto de saúde que ainda são mínimos, então a visita do SISCa não pode ser feita rotineiramente. Outras instalações são carros de ambulância prontos para transportar pacientes não disponíveis no centro de saúde. Em Suco Aidabaleten muitas estradas estão danificadas. Na Aldeia Aidabaleten Foho e Aldeia Harame localizada no planalto, na estação chuvosa, as condições das estradas são severamente danificadas. Por não ser pavimentada, as

estradas lamacentas e escorregadias são de difícil acesso por transporte. Se chover muito, os deslizamentos de terra geralmente causam a quebra de estradas e são muito perigosos de se passar. Devido à indisponibilidade de meios de transporte e ambulância, os pacientes e as mães grávidas que darão à luz somente em levaram apenas por seus familiares dirigem-se ao Centro de Saúde, que fica a cerca de 4 a 8 quilômetros de distância de sua casa a pé. Por outro lado, a comunidade do Suco Aidabaleten, especialmente os serviços de saúde na aldeia Aidaba leten Foho, Haram e Miguir , ainda estão em falta. Na aldeia, Haram tem apenas um médico e uma enfermeira que tem que servir uma grande comunidade, enquanto o terreno é difícil de navegar no departamento de emergência. A ausência de parteira nas três aldeias para que a enfermeira e o médico lidem concomitantemente com gestantes que deram à luz. Além disso, o médico e os enfermeiros não vivem na aldeia, e na aldeia Aidaba leten Foho e Miguir não há posto de saúde.

4.4. A Saúde Materna

A saúde é um elemento importante na vida das pessoas e está intimamente relacionada com as mulheres. Porque na sociedade até hoje em dia ainda circula a visão de que a responsabilidade de cuidado da saúde da família cai sobre os ombros das mulheres está intimamente relacionada à sua função como donas de casa responsáveis pela gravidez, parto, amamentação, saúde e cuidados infantis até que a criança seja independente.

De acordo com Demografia e Saúde 2003, 90% dos nascimentos ocorrem em casa, 9% no setor de saúde público e 1% no setor saúde privado. O parto em casa é mais comum em áreas rurais, em mulheres mais velhas, com grande número de crianças e que não completaram a escola primária ou que não tinham escolaridade alguma. As mulheres que dão à luz em casa geralmente têm outras crianças e enfrentam o trabalho de parto como um processo normal que não requer hospitalização. Elas relatam dificuldades quando chegam a uma empresa para fazer o trabalho por várias razões, isto é porque não sabem a data exata em que isso deveria acontecer; porque o trabalho é muito rápido, especialmente em mulheres múltíparas; porque não há transporte público ou privado de e para a aldeia; por meio de transporte atribuído a uma instalação de saúde limitada ou devido à falta de acesso, porque a estrada se torna intransitável durante a estação chuvosa. A maioria dos embarques (61%) recebeu ajuda de familiares ou amigos, 19% parteiras tradicionais,

18% trabalhadores da saúde e 1,5% não tiveram nenhum tipo de ajuda (Ministério da Saúde e DNE e Timor *et al.*, 2004a).

A Pesquisa Demográfica e de Saúde de 2003 revelou que 61% das mães receberam atendimento pré-natal de profissionais de saúde, 56% de enfermeiras ou parteiras, 2% de obstetras e 2% de médicos generalistas. Mais de um terço (37%) das mulheres que deram à luz nos últimos cinco anos não receberam cuidados pré-natais, maior proporção nas áreas rurais, mulheres com mais de 35 anos, aquelas com filhos maiores, vivendo em áreas montanhosas, das famílias pobres e daqueles que não completaram a escola primária ou que não tinham escola. Aproximadamente 13,9% das mulheres atingiram o calendário recomendado para o número e duração das visitas de pré-natal (Ministério da Saúde e DNE Timor-Leste *et al.*, 2004a).

Em 2007, a taxa de pré-natal diminuiu, o que pode estar relacionado ao surgimento de conflitos internos e grandes números de deslocamentos interno resultantes. Cerca de 6 em cada 10 mulheres grávidas (55,4%) realizaram visitas pré-natal no início de 2007, com a percentagem diminuir para 31% na quarta visita pré-natal. Uma média de 1,6 consultas pré-natais por mulher grávida (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2007) foi observada em 2007.

Todavia, há melhoria nessa situação. Em 2008, 57% das mulheres fizeram a primeira visita pré-natal, com uma redução na percentagem para 34,5% na quarta visita pré-natal (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a). Entre as mulheres que deram à luz durante os anos anteriores à Pesquisa Demográfica e de Saúde 2009-10, 87,5% receberam cuidados pré-natais, a maioria fornecida por enfermeiras ou parteiras (80,3%). 4,1% recebiam atendimento médico, 1,6% eram auxiliares de enfermagem e 1,0% eram parteiras tradicionais (DNE e ICF Macro, 2010).

Em 2008, os partos tratados pelo pessoal de saúde aumentaram para 35,6%, uma proporção muito mais elevada nas áreas urbanas versus rurais (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a). Com base de HAI (2004) existem algumas explicações para a preferência das mulheres pelo parto domiciliar e pela baixa proporção de atendentes qualificados de parto em Timor-Leste, nomeadamente a falta de educação sobre os riscos associados ao parto e os benefícios do trabalho assistido por profissionais qualificados, instalações culturais e qualidade, número inadequado de parteiras e presença de barreiras de acesso geográfico. Além do fato de existirem muitas associações negativas no que diz respeito aos partos realizados na área da saúde, em casa é local onde as mulheres podem seguir a tradição, ter maior controle, mais escolha e mais conforto (HAI,

2004, 2005, 2008a). Embora, de acordo com a Pesquisa Demográfica e de Saúde 2009-2010, 78% dos partos tiveram lugar no domicílio, 21% através de serviços saúde públicos e 1% no serviço de saúde privado. Destes, 49% dos partos foram assistidos por família ou amigos, 30% por profissionais de saúde, 18% parteiras tradicionais e 3% não receberam assistência (DNE e ICF Macro, 2010).

O cuidado pós-parto é importante tanto para a mãe quanto para o bebê, seja para evitar complicações relacionadas ao parto ou para fornecer informações à mãe sobre como cuidar de si e de seu filho. Ainda que, em 2007, apenas 21,2% das mulheres grávidas tinham consultas pós-natais dentro de uma semana após o parto (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2007). Em 2008, houve um ligeiro aumento, com 26,6% das mulheres a consultarem numa semana de parto e 24,9% entre uma a seis semanas (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a). Em 2009-10, 68% das mulheres não receberam tratamento após o nascimento (DNE e ICF Macro, 2010).

De tal modo após o parto, muitas mulheres timorenses seguem práticas tradicionais. Elas geralmente não saem no primeiro mês, bebem água e outras bebidas quentes e tomam banho com água quente. Algumas mulheres permanecem perto do fogo durante este período (HAI, 2004). Um dos fatores que potencialmente contribuem para a mortalidade materna é o aborto espontâneo ou induzido. As mulheres timorenses têm gravidezes não planeadas. Evidências indicam a ocorrência de abortos inseguros em Timor-Leste. As leis sobre o aborto eletivo são muito limitadas e a posição da Igreja neste caso, por sua vez, tem uma grande influência sobre os profissionais saúde e as mulheres (Belton, Whittaker e Barclay, 2009).

Por este motivo o acesso das mulheres a cuidados de saúde de qualidade durante a gravidez e o parto é um aspeto importante da proteção da saúde e segurança materna e infantil. Iniciativas seguras de maternidade são essenciais para o desenvolvimento socioeconómico de países pobres sem recursos, e as Nações Unidas identificaram a redução da mortalidade materna e infantil como um componente dos ODMs para reduzir a pobreza e melhorar a saúde global. Para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna em Timor-Leste, foram tomadas várias medidas, tais como a implementação da Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva, a Política Nacional de Planeamento Familiar, a Formação de Prestadores de Cuidados de Saúde, Segurança e Cuidados Obstétricos de Emergência, e equipamentos de Instalações de saúde.

4.5. Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva

A Estratégia Saúde Reprodutiva Nacional (ENSR), que se destina a ser desenvolvida em Timor-Leste no período de 2004 a 2015, servindo como a definição de cuidados de saúde reprodutiva, a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e bem-estar para prevenir e resolver problemas de saúde reprodução "(Plano de Ação da ICPD, parágrafo 7.2).

Esta estratégia tem um propósito geral para garantir que a população possa:

1. Verificar um desenvolvimento e maturidade sexual saudável e que tenham a capacidade de relacionamentos equitativos e responsáveis e uma realização sexual plena;
2. Atingir o seu número desejado de filhos com segurança e de uma forma saudável, decidindo quando e quantos a ter;
3. Evitar problemas de saúde, doenças e deficiências relacionadas com a sexualidade e a reprodução, bem como a receber cuidados apropriados quando seja necessário;
4. Estar livre da violência e outras práticas prejudiciais relacionadas com a sexualidade e a reprodução. (Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2004, p. 14)

A ENSR tem os seguintes objetivos:

1. Aumentar substancialmente o nível de conhecimentos da população em geral sobre as questões relacionadas com a sexualidade e saúde reprodutiva;
2. Promover o planeamento familiar para estabilizar a taxa de crescimento da população reduzir a incidência de gravidezes não intencionadas e não desejadas;
3. Garantir que todas as mulheres e homens tenham acesso aos serviços básicos de saúde reprodutiva, a promoção da saúde e a informação sobre questões relacionadas com a reprodução;
4. Reduzir o nível de mortalidade e morbidade materna;
5. Reduzir o nível de mortalidade e morbidade perinatal e neonatal;
6. Reduzir o fardo das IST/HIV;
7. Realizar as diferentes necessidades em saúde reprodutiva durante o ciclo de vida;
8. Melhorar o estatuto de saúde da população em idade reprodutiva. (Ministério da Saúde de Timor-Leste *et al.*, 2004, p. 14)

Na ENSR, as metas a serem atingidas até o final de 2015 também são:

1. Reduzir o rácio de mortalidade materna em cerca de 40% dos níveis de 2004;
2. Reduzir o rácio de mortalidade perinatal e neonatal em cerca de 40% dos níveis de 2004;
3. Aumentar a taxa de prevalência dos contraceptivos para os casais casados e solteiros em 40%;
4. Reduzir em cerca de 30% a percentagem de todos os nascimentos que ocorrem em adolescentes;
5. Aumentar a cobertura dos cuidados pré e pós natais em cerca de 80% e a taxa de nascimentos assistidos por assistentes capacitados em cerca de 50% dos níveis de 2004;
6. Reduzir o nível de IST em cerca de 40% dos níveis de 2004;
7. Reduzir a incidência das IST/HIV entre os jovens em cerca de 30%. (Ministerio da Saude de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2004, p. 14)

Por outro lado, a *Liga Inan*, com o programa *Moms Mobile (Ponsel Moms)* usaria a tecnologia para conectar as mulheres grávidas com profissionais de saúde. O programa é financiado por agências da USAID, implementadas pelas organizações não-governamentais *Health Alliance International* e assistidas pela empresa *Catalpa International*, que está em parceria com o Ministério da Saúde de Timor-Leste, implementado em janeiro de 2018.

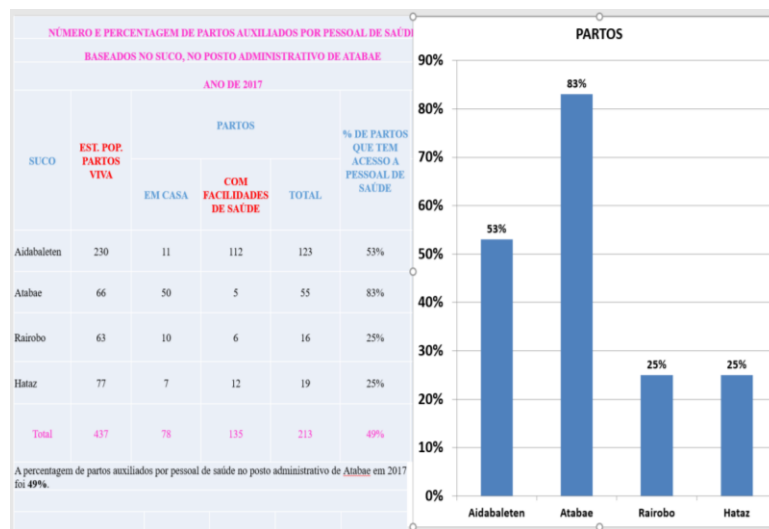
Tabela 7. Proporção de Partos no Centro Saúde Atabae

DADOS REPRESENTATIVOS DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2017 (SMI)															
INDICADORES FUNDAMENTAIS	NÚMEROS ABSOLUTOS DE SERVIÇO DURANTE 12 MESES												TOTAL	META	%
	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ			
K1: 1.ª visita/consulta	34	30	26	13	37	35	22	25	24	26	22	33	305	481	63.41
K4: 2.ª visita/consulta	16	20	26	17	13	17	23	29	36	21	30	52	288	481	59.88
Partos com facilidades de saúde	10	11	5	5	15	13	11	15	17	11	7	14	139	437	31.81
Partos em casa	5	5	6	8	6	5	3	9	6	2	12	13	93	437	21.28
Partos auxiliados por pessoal de saúde	15	16	11	13	21	18	14	24	23	13	19	27	214	437	48.97
PN1: 1.º serviço de parto	15	16	11	13	21	18	14	24	23	13	19	27	214	437	48.97
PN2: 2.º serviço de parto	11	15	16	11	13	21	18	14	24	23	13	19	198	437	45.31
BBLR: Baixo peso ao nascer	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3		
Mães com complicações	1	1	0	2	3	0	2	1	2	1	2	0	15	68	22.06

Fonte: Centro Saúde Atabae 2017

A tabela acima mostra que as visitas das mulheres grávidas ao centro saúde desde a primeira visita até as quatro visitas diminuíram mensalmente. Se há uma quarta visita que se modifica em um determinado mês, indica que esta quarta visita é a última visita a aguardar o parto. Além disso, a percentagem de mães que dão à luz através do uso de serviços de saúde (partos com facilitas saúde) é maior do que as mães que optam por dar à luz em casa com a ajuda de uma parteira. Isso indica que há uma maior conscientização sobre a importância do papel do centro de saúde e dos serviços de saúde modernos. O contexto de Aidabaleten pode ser visto no gráfico 4 abaixo:

Gráfico 4. Proporção partos em Aidabaleten



Fonte: Centro Saúde Atabae, 2017

O gráfico acima mostra que a percentagem de partos pelo profissionais de saúde em Suco Aidabaleten é de 53%. Dos 230 partos em 2017, 11 partos em casa e outros 112 partos pelo profissionais do centro de saúde Atabae. Isso indica que a comunidade tem consciência da importância de utilizar as unidades de saúde disponíveis na aldeia ou na centro de saúde para abordar os problemas de saúde que enfrentam. Essa conscientização pública deve ser apoiada pelo fornecimento de instalações pré-instalação, incluindo o acréscimo de pessoal médico e de saúde para que os serviços de saúde funcionem bem.

4.6. Ações preventivas

Além da ação de promoção e curativa, o importante em lidar com a saúde pública são os esforços preventivos muito importantes e devem ser feitos pelo governo para atingir a meta de realização do estado de saúde e vida saudável das pessoas livres de doenças. Entre os esforços preventivos que foram feitos estão os serviços de imunização nos centros de saúde.

Usualmente a vacinação anti tétano, que visa prevenir a incidência de tétano neonatal (que é uma importante causa de morte para recém-nascidos principalmente devido a condições de higiene durante o parto), em 2008 a cobertura para todos os países foi (TT1), 31,9% para segundo (TT2) e 58,3% para três ou mais doses (TT2 +) (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a). Em 2009-10, 55% das mulheres grávidas tiveram pelo menos quatro consultas pré-natais. A cobertura vacinal para todo o país foi de 75,8% para pelo menos duas doses na última gestação, e 79,8% das mulheres foram protegidas contra o tétano neonatal (DNE e ICF Macro, 2010). A tabela a seguir descreve o programa de imunização realizado em 2017 no centro de saúde de Atabae:

Tabela 8. Proporção de imunização e Atabae

DADOS REPRESENTATIVOS DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2017 (EPI)															
INDICADORES FUNDAMENTAIS	NÚMEROS ABSOLUTOS DE SERVIÇO DURANTE 12 MESES												TOTAL	META	%
	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ			
HEP B	11	7	4	4	10	10	11	15	17	10	9	11	119	390	31
BCG	23	19	14	14	34	23	15	27	27	25	17	24	262	390	67
Polio 0	11	14	4	6	10	12	11	15	17	14	8	17	139	390	36
Penta 1	14	17	20	12	28	31	20	23	27	19	21	21	253	390	65
Penta 3	14	14	22	12	21	17	20	23	38	22	21	14	238	390	61
IPV	4	13	13	15	15	12	22	24	10	8	16	9	161	390	41
SR 1	6	34	37	3	22	9	19	14	27	8	14	19	212	390	54
SR 2	4	7	8	0	2	12	2	9	40	14	15	11	124	414	30
DPT 4	4	9	10	7	2	9	1	7	1	10	15	11	86	414	21
DT 5	1	255	78	0	0	2	0	4	0	0	1	9	350	367	95
Imunização completa (1 ano)	23	34	37	3	0	9	19	14	27	8	14	19	207	390	57
Imunização completa (2 anos)	4	19	10	3	2	9	3	7	0	10	15	11	93	414	22
Imunização completa (6 anos)	0	255	0	0	0	2	0	0	0	0	0	9	266	367	72

Fonte: Centro Saúde Atabae, 2017

Capítulo V. Discursos e Vivências na Construção da Saúde da Mulher em Timor-Leste

Este capítulo discute as interações entre os fatores que influenciam os padrões comportamentais e as perspectivas das comunidades rurais sobre as questões da saúde da mulher. A discussão concentra-se em como os fatores individuais e coletivos influenciam o comportamento e a representação da comunidade sobre a saúde das mulheres rurais no Suco Aidaba Leten, Posto Administrativo de Atabae, Município de Bobonaro, Timor-Leste. A análise refere-se ao domínio das representações sociais e do comportamento em saúde e na doença, que se descreve na leitura de género que enfocará, em particular, a representação social e o comportamento das mulheres. O foco desta pesquisa encontra-se num contexto geográfico, cultural e socioeconómico específico - o Suco Aidaba Leten em Timor-Leste, que é caracterizado geralmente como uma área rural com um padrão fraco de desenvolvimento económico.

5.1. *Saudável e doente* no conhecimento das comunidades rurais em Aidaba Leten

5.1.1. O conceito de *saudável*

As perceções sobre o conceito de *saudável* são variadas. Cada indivíduo tem a sua visão, dependendo da experiência pessoal, conhecimento e elementos específicos da cultura local que influenciam o seu pensamento. Tais visões subjetivas por vezes não estão em harmonia com a conceção de *saudável* fornecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os resultados deste estudo indicam que a comunidade de Aidaba Leten tem a sua própria definição de *saudável*, que está relacionada apenas com o estado do indivíduo que está fisicamente livre de distúrbios ou doenças. Do ponto de vista ambiental, a definição de *sociedade saudável* também está relacionada apenas com a condição física e um ambiente de casa limpo, bem como com os comportamentos individuais relativos à higiene pessoal e aos esforços preventivos para evitar germes e transmissão de doenças. A visão geral da sociedade sobre o conceito de saúde focalizou apenas o indivíduo e o seu comportamento associado ao ambiente em que vivia, enquanto outros aspetos como o conceito de *saudável* em relação à interação social e aos fatores ambientais receberam menos atenção da comunidade.

Através desta pesquisa, a pesquisadora busca compreender os conceitos de saúde entre comunidades rurais por meio de estudos descritivos que visam compreender ideias individuais sobre os mesmos e tentar explorar a relação entre os fatores que influenciam as percepções e os comportamentos das pessoas. Embora os teóricos mostrem um grande desacordo sobre quantos componentes o conceito de saúde tem, existe, na verdade, algum consenso. Por exemplo, a maioria dos investigadores concorda que a saúde é uma construção multidimensional e que conceitos universais de saúde são inatingíveis (Parsons, 1958; Baumann, 1961; Dolfman, 1974; Natapoff, 1978; Kalnins & Love; 1982; Eberst, 1984; Laffrey, 1986). Essa falta de conceitos de saúde universalmente aceites abre espaço para o surgimento de visões subjetivas, dependendo da experiência e das influências socioculturais da comunidade.

A opinião pública da Aidaba Leten sobre o conceito de saúde diz respeito à condição na qual o indivíduo não sofre de doença. De uma perspectiva ecológica, o conceito de um ambiente saudável refere-se à condição de higiene doméstica, dentro e fora de casa. O acesso a água potável e a provisão de saneamento é um elemento essencial para atingir padrões de vida saudáveis. A percepção pública de Aidaba Leten acerca de comportamentos saudáveis refere-se aos hábitos de indivíduos que consomem sempre alimentos nutritivos, limpos e saudáveis: o hábito de lavar as mãos antes de comer, o descanso adequado, cobrir os alimentos para evitar a sujidade e a propagação da doença, etc. A partir da concepção cultural de saúde, a comunidade de Aidaba Leten acredita que uma vida saudável é fazer sempre bem aos outros e aderir sempre às normas costumeiras.

Balog (1978) explica que existem três visões principais sobre saúde que se desenvolveram nos últimos tempos, a saber: (a) o conceito médico tradicional; (b) o conceito da Organização Mundial de Saúde; e (c) os conceitos ecológicos. Neste estudo, verificou-se que a percepção da comunidade em Aidaba Leten sobre saúde é mais dominada pela concepção médica tradicional. A saúde e a doença dependem do comportamento individual em relação às coisas supersticiosas, como *matebian*, *rai nain*, *lulik* e *buan*. Se uma pessoa estiver gravemente doente, presume-se que a pessoa tenha sido raptada (*buan mak halo*) ou tenha sido punida por seus espíritos ou espíritos maternos (*rai nain / lulik*), ou tenha sido amaldiçoada por violar as regras e normas tradicionais do clã (*lisan / uma lulik*). Portanto, um dos requisitos para se manter saudável é não violar as normas consuetudinárias.

Este estudo também constatou que a percepção da comunidade sobre saúde e comportamento de vida saudável está intimamente relacionada com fatores económicos, educação, experiências de vida, consciência e fatores culturais. As pessoas de Aidaba Leten assumem que a economia é um fator importante que afeta o comportamento saudável. Ao mesmo tempo, de acordo com a comunidade, as pessoas que têm um alto nível de escolaridade e uma boa experiência de vida têm a consciência de promover e desenvolver o conceito de vida saudável nas suas famílias.

Numa perspetiva mais funcional, a saúde foi definida tanto em termos de capacidade funcional adequada, que permite aos indivíduos desempenharem as suas funções e responsabilidades (Oberteuffer, 1960), quanto em termos de qualidade de vida particular, que permite aos indivíduos viverem felizes, com sucesso e criatividade (Williams, 1946; Bauer & Schaller, 1955; Hoyman, 1962). Parsons (1958) define a saúde como um sistema social e distingue entre funções de saúde física e mental.

Alguns membros da sociedade cuja compreensão é mais abrangente defendem que ser saudável é fazer coisas positivas e abster-se da doença. Neste contexto, o conceito também está associado ao comportamento preventivo. A visão de saúde da comunidade também diz respeito a todos os esforços preventivos contra o surgimento de doenças. A comunidade de Aidaba Leten tem consciência da importância do esforço preventivo, mas essa visão só leva à importância dos esforços preventivos de ação individual, enquanto os esforços preventivos de ação coletiva são negligenciados. A maioria dos entrevistados que contribuíram com os seus pontos de vista, seja por meio de entrevistas ou do GDF, explicou a importância de manter a saúde individual e limpar a casa para evitar a doença. Mas a limpeza do meio ambiente, por outro lado, não recebe atenção séria. A saúde ambiental é uma responsabilidade coletiva, mas a consciência coletiva dos cidadãos ainda é baixa. Os resultados deste estudo indicam que, em geral, a comunidade de Aidaba Leten ainda não tem consciência coletiva da importância da limpeza e da saúde ambiental. Por exemplo, as pessoas ainda deixam o seu gado vagar livre, assim como ainda deixam o lixo descuidadamente, pois não há locais de despejo final nem sistema de gestão de lixo na área.

As percepções da comunidade dos conceitos de *saudável* e *doente* também são influenciadas por diferentes origens históricas e experiências de vida. Há aqueles que enfatizam os aspetos económicos e educacionais como determinantes para a saúde. Outros enfatizam os aspetos da higiene ambiental física e sanitária (aspetos ecológicos, sociais e políticos). Essas diferentes visões também determinam a escolha de atitudes e comportamentos saudáveis ou de doença de uma

pessoa. Portanto, o conceito de saúde é multidimensional (Parsons, 1958; Baumann, 1961; Dolfman, 1974; Natapoff, 1978; Balog, 1978, 1981; Kalnins & Love, 1982; Eberst, 1984; Laffrey, 1986).

5.1.2. O conceito de *doente*

Quando uma pessoa está doente, tal implica uma condição em que a sua saúde é perturbada por doença. O ponto de referência mais fácil para determinar a condição de uma pessoa que está doente é a variação dos seus indicadores normais de saúde. A definição de doença, de acordo com a sociedade de Aidaba Leten, diz respeito a uma situação inacabada para se fazer algo, como observam os seguintes entrevistados:

Os entrevistados RG e JM sugerem que o estado de doença é quando uma pessoa experimenta um "alto calor corporal não desce, para que o indivíduo não possa se levantar, e não fazer o trabalho diário". Enquanto JS, com base na sua experiência pessoal, afirma: "Meus ovários estavam doentes, fui ao Centro de Saúde e continuei a ser encaminhada por médicos para internação no Hospital Maliana, mas não quero e não parti até agora". A sra. JS não se importa com a sua condição de saúde. Ela recebeu uma indicação médica, mas não tem a consciência de realizar um exame de saúde. Os resultados do Grupo de Discussão Focal (GDF) na Aldeia Sulilaran indicam que a maioria dos participantes do GDF reconhecem que as pessoas na Aldeia sofrem principalmente de tuberculose, escorbuto e doenças de causas irracionais. Houve a certa altura pessoas que morreram, especialmente crianças, e, de acordo com alguns dos participantes do GDF, isso aconteceu provavelmente por causa dos maus espíritos ou por causa da feitiçaria de outros (*buan mak halo / tula te tau*).

Um médico com as iniciais EFS disse que, com base em dados do Centro de Saúde Atabae, a maioria da população de Aidaba Leten sofria de IRA (infecções respiratórias agudas) e da doença *drastaristic* / de estômago. A maioria dos casos foi de mulheres afetadas pela doença, enquanto que nos homens registaram-se apenas alguns casos. Segundo o mesmo testemunho, as mães e as jovens mulheres também sofreram de muitas doenças esbranquiçadas e da disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (doenças causadas por infecções genitais). Dos casos existentes, mulheres na maioria em idade produtiva, enquanto que para idades entre os 50 e os 60 anos apenas alguns casos. De acordo com a opinião do médico, o caso é comumente encontrado em mulheres que frequentemente realizam exames de saúde enquanto sofrem de doenças

esbranquiçadas, enquanto os seus maridos, homens ou adolescentes, raramente fazem o *check up* no centro de Saúde, porque não têm consciência. Das informantes-chave entrevistadas, algumas admitiram que quando os maridos estavam doentes lhes pediam com frequência que procurassem os médicos do Centro de Saúde para lhes darem conta dos sintomas para que receitassem depois os medicamentos.

O entrevistado JGS afirma que saudável significa que não há doença. A doença, de acordo com ele, está sempre associada à condição física e ao estado psicológico de cada indivíduo. A JGS, que ocupa uma posição importante no Posto Administrativo de Atabae, diz que a maioria da população de Atabae sofre de IRA, depois de má nutrição e por fim de doenças de pele. Segundo o seu ponto de vista, os comportamentos de vida saudável estão também muito dependentes das circunstâncias económicas de cada um.

Por outro lado, de acordo com o entrevistado CBM (Chefe da Aldeia Aidaba Leten), as doenças mais comuns encontradas nesta aldeia são a tuberculose, a lepra, a comichão/sarna e a gota:

"Acho que alguém está doente se não conseguir sair da cama (gravemente doente). Se apenas um resfriado, uma tosse comum, não está doente, porque apenas bebendo gengibre com mel é curado".

Das várias visões acima, é possível perceber que a definição de *doente* da sociedade se baseia apenas na avaliação do indivíduo quando sofre de uma doença. Bauman (1965) usa três critérios para determinar se uma pessoa está doente: (a) a presença de sintomas: aumento de temperatura, dor; (b) percepção da dor: boa, má e doente; (c) a capacidade de realizar atividades diárias, como o trabalho e a escola. O comportamento das comunidades rurais que consideram que perante uma doença leve não é necessário recorrer ao hospital é contrário ao das sociedades urbanas onde as pessoas, caso sintam sintomas, são diretamente examinadas no hospital ou em instalações de saúde adequadas e acessíveis.

Os resultados deste estudo indicam que as mulheres rurais de Aidaba Leten se consideram como mulheres cuja existência é definida com base em seu papel doméstico na sociedade, então o conceito de doença para elas surge ligado a todos os distúrbios do sistema reprodutivo feminino. A posição das mulheres na comunidade de Aidaba Leten está subordinada ao sistema patriarcal, que as considera como pertencentes a uma segunda classe da sociedade, por isso quando estão doentes e a doença é amena, as pessoas consideram-no normal, algo não necessitado de atenção

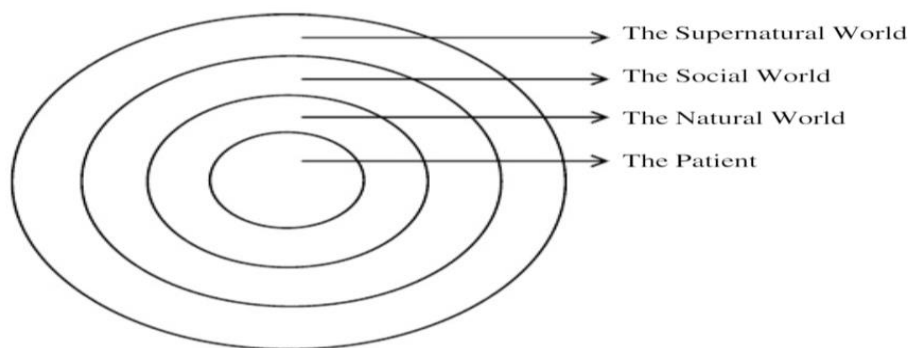
séria. Elas também nem sequer se importam com a procura de um médico, dadas as experiências passadas nas quais foi possível superar a doença através de abordagens não médicas (como abordagens mágicas e culturais).

Os resultados do GDF com as pessoas da Aldeia Hame concluíram que as pessoas da Aldeia levam sempre os seus familiares doentes para serem consultados por um xamã, que em Kemak se chamada "*Pesi*". De acordo com a comunidade local, a conclusão de um xamã sobre a causa da doença conduz sempre a origens mágicas, como doenças devido à feitiçaria (*Tula Te Tau*) ou por causa dos espíritos dos mortos enfurecidos (*Matui Sakan*). Assim, a maneira de lidar com a doença não é feita através de uma abordagem médica, mas sim de uma abordagem mágica, isto é, preparando oferendas (*Posi Moges*) - oferendas em casa ou sob uma árvore - ou *Luha* -, levando-as aos túmulos ancestrais ou semeando flores no túmulo da família (*Kari Aihetun*).

No GDF em Miguir, as mulheres concluíram que "a doença não veio porque queremos. Às vezes, há algo que não é permitido comer, nós comemos, então temos a doença". Assim, o surgimento da doença é altamente dependente do comportamento humano. Os resultados do estudo da Aldeia Miguir mostram que, embora as pessoas já tenham acesso a água potável e saneamento básico, ainda há membros da comunidade que sofrem de tuberculose. Isso acontece porque o padrão de comportamento individual e as relações sociais dão pouca atenção aos aspetos preventivos relacionados com a disseminação de doenças infecciosas. De acordo com os resultados do GDF, a comunidade da Aldeia Miguir também reconhece que a doença surge devido ao próprio comportamento do indivíduo. As pessoas assumem que as pessoas com tuberculose vivem num ambiente que não é limpo, com uma dieta pouco saudável, existindo ainda membros na comunidade que não têm consciência de como se comportar de maneira saudável.

Helman (1990) desenvolveu a sua teoria sobre a causa da doença. Não há um fator de causa único. De acordo com Helman (1990), existem muitos fatores que causam a doença, como descreve na figura abaixo:

Figura 6. Os fatores que causam a doença



Helman afirma que a causa da doença se pode dever a fatores comportamentais do próprio paciente, a fatores naturais (ecológicos), a fatores socioambientais e também a fatores sobrenaturais.

Assim como a visão da comunidade sobre a saúde e a doença nem sempre é objetiva, ela pode ser influenciada por elementos de experiências passadas e socioculturais. A abordagem moderna dos sistemas médicos aplica critérios de natureza científica para diagnosticar condições físicas individuais. No entanto, existem divergências de opinião entre a comunidade e o médico, devido à maioria da população rural manifestar visões influenciadas por experiências passadas e também pela cultura da superstição.

Os indivíduos podem ser bastante adaptáveis, mas, como observa Lewis (1953), não há uma distinção clara entre o que constitui adaptações saudáveis e não saudáveis. Os indivíduos podem realmente adaptar-se a uma condição de doença ou enfermidade, sendo, ainda assim, capazes de assumir a sua responsabilidade social. Além disso, normalidade, bom funcionamento e adaptação são conceitos construídos social e culturalmente. Consequentemente, com a construção de uma avaliação torna-se fácil concluir que o que é considerado saudável num contexto social pode não o ser noutro contexto (Parsons, 1968). Existe uma diferença de compreensão entre doença e doente, sendo a doença uma perturbação da função fisiológica de um organismo como resultado de infeção ou pressão do ambiente, enquanto doente é um estado que surge aqui relacionado a uma avaliação individual da experiência de sofrer de uma doença.

Abaixo encontram-se os pontos de vista dos entrevistados que explicam o conceito de doença mais representativa. De acordo com a AM, se a doença é leve, ela não vai consultar o Centro de Saúde.

AM disse que:

"se há dor na cabeça e/ou a temperatura do corpo está quente, eu não vou ao Centro de Saúde, mas apenas compro o remédio no quiosque para beber. Se a doença é grave, então eu vou consultar com médico no Centro de Saúde".

A visão geral desenvolvida na comunidade de Aidaba Leten sobre a doença está relacionada com a condição do corpo em doença grave. A suposição geral na comunidade é que maleitas genéricas (como dores de cabeça e tosse) são normais e não são consideradas doenças. Essa percepção tem implicações nos seus comportamentos. Por outro lado, às vezes as pessoas têm maleitas genéricas, mas compram imediatamente antibióticos que estão facilmente disponíveis nos quiosques mais próximos para consumo.

As percepções e o comportamento de tais comunidades resultam numa maior suscetibilidade à doença devido às crescentes resistências aos medicamentos, que são consumidos livremente. Esta condição também é vulnerável à propagação de doenças infecciosas devido aos comportamentos de vida comunal pouco saudáveis. Observações de campo mostram que as pessoas mais velhas, como as mulheres nessa área, consomem sempre noz-de-areca e cospem praticamente em qualquer lugar, e os moradores fumam em lugares públicos livremente. Numa entrevista, diz-se que havia membros da sua família que sabiam estar a sofrer de tuberculose, mas que não queriam ser levados para o Centro de Saúde, pois iriam recorrer à medicina tradicional. Em família, usam-se utensílios de cozinha usados por pessoas com tuberculose. A ausência de isolamento dos pacientes com doenças infecciosas, resultando na transmissão de doenças como a tuberculose, torna-as endémicas.

Os resultados deste estudo também mostram que as pessoas têm diferentes pontos de vista sobre a doença e as suas causas. Em comparação com as opiniões da medicina moderna, há uma diferença muito profunda entre o que a sociedade e os médicos pensam sobre a doença e as suas causas. As pessoas pensam que a doença é uma condição em que os indicadores de saúde atingem valores anormais, enquanto a visão médica assume que a doença é uma condição na qual a pessoa não se sente capaz de prosseguir a sua vida normal devido a certos transtornos físicos e psicológicos. Em relação às causas da doença, as pessoas baseiam-se mais nos aspetos mágicos e culturais, difíceis de explicar racionalmente, enquanto para os médicos as causas da doença podem ser explicadas racionalmente. Um médico refere-se sempre a padrões científicos, enquanto o paciente é subjetivo, referindo-se não apenas à sua experiência de saúde e doença, mas também ao

significado que atribui a essas próprias experiências ou crenças que por vezes são superstição. A maioria das pessoas acredita que alguém está doente por causa de fatores externos a si mesmo, isto é, por causa do espírito dos mortos (*matui*), ou por causa de espíritos (*rae ubun*), ou também por bruxaria (*tula te tau*). A maioria das comunidades rurais não realiza consultas regulares sobre a sua condição de saúde. Elas só visitam o Centro de Saúde se a doença já for grave.

Pode-se dizer que a dor é um fenómeno social, porque afeta famílias, amigos, médicos, enfermeiros e a comunidade. Parsons oferece uma das formulações de doenças psicológicas e comportamentais como parte da sua explicação do sistema social (Parsons, 1951: 428-79). A doença, de acordo com Parsons, interfere nas funções normais da vida e nos relacionamentos e, portanto, conduz a um comportamento desviante. A doença não é uma condição biológica ou psicológica, ou um evento não estruturado. É um papel social, "o papel da doença", caracterizado pelos deveres e obrigações das partes na relação médico-paciente, e é moldado pela sociedade na qual as partes estão localizadas (Fox, 1989: 17). O papel da doença é caracterizado pelas seguintes regras conceituais:

1. O doente é libertado do papel social normal que desempenha, durante a doença. Essa exclusão é legitimada pela sociedade como representada pelos médicos. O desempenho dos papéis e responsabilidades normais é suspenso para que o doente possa "recuperar". O poder de exclusão varia diretamente com a gravidade da doença.
2. Os doentes não são responsáveis pela sua doença. A doença está além do controle pessoal. O processo de cura além das pessoas é necessário para restaurar a saúde.
3. O doente tem a obrigação de tentar recuperar. A doença é um problema social indesejável e, portanto, a sociedade coloca a obrigação de curar pacientemente, com a ajuda de médicos.
4. O doente deve procurar assistência técnica competente e trabalhar com cuidadores ou enfermeiros (Cockerham, 2000: 161).

Os resultados deste estudo indicam que a comunidade de Aidaba Leten classifica a causa da doença em 4 pontos, tais como:

1. Doença devido à influência dos fenómenos naturais do corpo humano;
2. Doença devido ao mau consumo de alimentos que são classificados como alimentos quentes ou frios;
3. Doença devido a questões sobrenaturais (espíritos, bruxas, demónios e outros);
4. Doença devido ao meio ambiente.

No tratamento das doenças incluídas no primeiro e segundo grupos, as pessoas usam medicamentos ou ervas tradicionais, massagens e comem apenas certos alimentos e bebidas. Para tratar as doenças do terceiro grupo, procuram a ajuda de um xamã, semeando flores nos cemitérios dos ancestrais, preparando oferendas e orando no cemitério ou na casa sagrada para pedir o *matak*

malirin de *matebian*, *beiala* e *lulik*. Assim, os esforços de cura dependem do seu nível de crença nos poderes sobrenaturais.

5.1.3. Planeamento familiar no contexto da saúde reprodutiva

A saúde reprodutiva não é isenta de doença ou deficiência das suas funções e processos (OMS). A saúde reprodutiva é algo importante, uma vez que depende da reprodução o nascimento de uma nova geração.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo, Egito, em 1994, 179 países concordaram que a população, o desenvolvimento sustentável e o empoderamento das mulheres para satisfazer as necessidades de educação e saúde da população, incluindo a saúde reprodutiva, são essenciais para o progresso individual e o desenvolvimento. O estado da saúde reprodutiva rural é muito preocupante, pois há mulheres com muitas crianças que vivem em péssimas condições económicas e que sofrem com violência, deficiências congénitas, desnutrição e anemia.

Muitos fatores afetam a saúde reprodutiva, incluindo fatores demográficos, económicos, culturais, ambientais, psicológicos e biológicos. Assim, deve haver uma boa gestão de todos, na esperança de que todas as mulheres obtenham os seus direitos reprodutivos e tornem a vida reprodutiva mais qualificada. Com base na ONU e na Fundação Bill e Melinda Gates, em 2014, as mulheres em idade reprodutiva recém-casadas do mesmo ano representavam 45,3% das pessoas que seguiram o programa Plano Familiar e a percentagem de mulheres que necessitavam de Plano de Trabalho caiu para 30,8%. Os métodos anticoncepcionais modernos mais comuns em Timor-Leste são o método de injeção (71,1%) e depois as pílulas anticoncepcionais (7,4%). O Plano Familiar teve mais sucesso nas áreas urbanas (28,2%) do que nas áreas rurais (18,7%).

Os dados relativos às mulheres que participaram no Programa de Planeamento Familiar do Centro de Saúde de Atabae até abril de 2018 podem ser vistos na figura a seguir:

Tabela 9. Programa de Planejamento Familiar do Centro de Saúde de Atabae

N.º	Tipo de contraceção	N.º de utilizadoras
1	POPs (<i>Progestin – only pills</i>)	69
2	Pílulas COPE	92
3	Injeção trimestral	953
4	Dispositivo Intrauterino (DIU)	57
5	Implante (<i>Norplant</i>)	727
6	Preservativos (<i>Condoms</i>)	10
7	Vasectomia	0
8	Tubectomia	0
Total		1.908 mulheres

Fonte: Centro de Saúde de Atabae

Com base nos dados acima, vemos que os usuários do programa de planeamento familiar recorrem a injeção trimestral, seguido de implantes. Estes dados confirmam os dados do relatório da ONU acima referido.

Com base nos resultados da pesquisa de campo, o número de mulheres informantes-chave que realizam a injeção de planeamento familiar / injeção trimestral em Aidaba Leten é 7 e o número de mulheres que opta pelo implante / *implant (Norplant)* é 2, sendo que apenas 1 pessoa estava a usar o DIU (*IUD*) e uma outra não seguia o programa de planeamento familiar. Ao mesmo tempo, mães com 45 anos ou mais têm 5 a 9 filhos. Essas mães admitiram que não tinham acesso à informação, fruto de baixos níveis de escolaridade. As mães com idades entre os 19 e os 30 anos têm 1 a 4 filhos.

O programa de planeamento familiar é realmente um sucesso, mas em alguns casos as mulheres da Aidaba Leten são severamente desfavorecidas pelo programa. Muitas mães experimentam sangramento e até aborto após passarem pelo programa de planeamento familiar. Isso ocorre porque o governo administra o programa de planeamento familiar sem fornecer instalações de saúde adequadas para monitorizar a saúde das mulheres que a ele se submetem. Além disso, o programa de planeamento familiar não é apenas para mulheres, mas também para homens, mas em Aidaba Leten não há homens que participem. O país não usa a mesma abordagem para os homens, apenas pretende sensibilizar as mulheres. O Estado deve promover a importância da participação dos maridos no planeamento familiar.

O acesso das entrevistadas ao planeamento familiar é feito principalmente por mulheres (esposas). Isto acontece porque a maioria dos maridos pensa que o planeamento familiar é uma questão da mulher. Além disso, as esposas mais frequentes visitam parteiras no Posto de Saúde e

no Centro de Saúde. Quanto aos maridos, eles afirmam acreditar que é realmente fácil participar em programas de planeamento familiar, mas não têm conhecimento de como o fazer.

Um informante do sexo masculino (LT), de 46 anos e com 7 filhos, diz que:

"Eu não sei o que é um programa de planeamento familiar. É o negócio da mulher. Os serviços de planeamento familiar já estão em Posto de Saúde e Centro de Saúde e somente para mulheres."

A falta de uma maior variedade de opções contraceptivas para os homens resulta num maior número de mulheres que sofrem o impacto negativo dos programas de planeamento familiar. Os resultados mostram que a maioria dos assuntos domésticos diz respeito à ação da mulher, razão que também pode explicar a pouca ou nenhuma participação do homem no planeamento familiar.

Basicamente, a escolha de contraceptivos para programas de planeamento familiar em Timor-Leste para homens é limitada aos preservativos e à vasectomia. Além das informações limitadas sobre os programas de planeamento familiar para homens, alguns ainda consideram que os alvos do planeamento familiar devem ser mulheres.

A extensão do planeamento familiar geralmente é feita pela parteira após o parto, o que significa um aconselhamento feito apenas para a mulher, mas as pessoas modernas que estão a começar a ter conhecimento das informações de saúde pensam que discutir com o parceiro é a melhor maneira de chegar a um acordo sobre quem faz o quê, inclusive determinando quem usa contraceção.

Com base nos resultados deste estudo, 9 dos 11 informantes entrevistados disseram que estavam a acompanhar o programa de planeamento familiar. Isto sugere que muitos ambientes sociais usam contraceptivos, mas ainda há muitas pessoas que pensam que muitas crianças significa muita sorte, pois que podem depois ajudá-las no seu trabalho diário, antes de as enviarem para a escola para conseguirem empregos e procurar melhorar a economia da família.

Como afirmado pelo EP:

"Eu tenho 7 filhos, acho que a escola é importante, apesar de ainda sermos pobres e ter que tentar mandar os filhos para trabalhar para ajudar a melhorar a vida familiar mais tarde"

Entende-se por contraceção a prevenção intencional da gravidez através da utilização de métodos contraceptivos, sendo o planeamento familiar um dos recursos habitualmente utilizados por quem quer fazer alguma forma de contraceção (Nodin, 2002: 97).

A maioria das comunidades de Aidaba Leten são, na verdade, aversivas aos programas de planeamento familiar e tendem a ser utilizadores forçados ou até utilizadores que se recusam a

realizá-los. As razões expressas pelos casais férteis que justificam a não participação nos programas dizem respeito, por exemplo, ao seu desejo de paternidade ou simplesmente à falta de vontade de os seguir. As suas inclinações e inconsistências no uso do planeamento familiar são baseadas em muitos fatores, um dos quais sendo o fator socioeconómico. A influência do ambiente social e do estado económico de uma pessoa força-a a seguir ou não o planeamento familiar.

As parteiras são uma das fontes mais confiáveis. O conhecimento das mulheres sobre a saúde reprodutiva é muito limitado. O conhecimento do informante é recaí sobre a gravidez, o parto e o programa de planeamento familiar. Esclarece a parteira da VDL:

"Normalmente as mães vêm ao Centro de Saúde, temos que explicar antecipadamente os benefícios e efeitos colaterais de vários tipos de planeamento familiar. Durante esse período, não há marido que tenha seguido o programa de planeamento familiar. Até agora os maridos das mulheres que programam o planeamento familiar não têm ninguém para reclamar sua insatisfação aqui".

Com base nesta pesquisa, o pesquisador assume que a política de estado em termos de promoção e implementação do programa de planeamento familiar é viés de género (*gender bias*). Isto pode ser visto no propósito de programas de planeamento familiar que são orientados apenas para as mulheres, enquanto o sistema reprodutivo feminino é mais vulnerável do que os homens na adoção de contraceção. Os contracetivos, quando usados por homens (neste caso, os maridos), provavelmente serão mais seguros, mais fáceis e não terão efeitos colaterais contra eles. Muitas mães experimentam sangramento devido a injeções e outros contracetivos, como o (DIU).

As políticas do Estado são por vezes mais paternalistas e patriarcais, por exemplo, a política financeira e de implementação de programas de desenvolvimento, sem sensibilidade de género e procurando sempre satisfazer as necessidades dos homens, em vez de satisfazer também as necessidades das mulheres. Exemplos concretos são os programas de planeamento familiar que visam apenas as mulheres. O planeamento familiar é um programa que procura auxiliar os casais na ponderação da gravidez e deve ser responsabilidade de ambos os parceiros, não apenas da esposa. Por isso é importante a tentativa de uso de contraceção pelo marido também, porque é mais seguro e não tem efeitos colaterais.

5.2. Inter-relação de fatores que influenciam os padrões comportamentais e as perspectivas das comunidades rurais em questões de saúde das mulheres

5.2.1.

Fat

ores que influenciam padrões de comportamento saudável e de doença nas comunidades rurais no Suco de Aidaba Leten

5.2.1.1.

Os

aspectos do ambiente físico e da compreensão da comunidade

O principal problema de saúde ambiental na sociedade timorense é geralmente ainda focado na habitação, no abastecimento de água, no saneamento e na gestão de resíduos domésticos. Todos esses fatores surgem porque não existem políticas governamentais com vista ao desenvolvimento rural, à melhoria na gestão da vida da comunidade e ao aumento dos níveis de educação e de rendimento familiar.

Com base nos resultados de pesquisas de campo conduzidas por pesquisadores, os problemas gerais de saúde enfrentados pela comunidade do Suco de Aidaba Leten estão relacionados com fatores ambientais, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido a longas distâncias, especialmente para pessoas em aldeias como Miguir, Aidaba Leten, Foho e Harame. Além disso, o conhecimento das pessoas sobre a saúde ainda é mínimo, as condições ambientais físicas também ainda não atingiram a categoria de saudável e a higiene na preparação de alimentos e o menu de alimentação diária não cumprem os padrões saudáveis de nutrição.

Assim, não é possível afirmar que as condições de saúde ambiental existentes no Suco de Aidaba Leten correspondem à categoria saudável. A partir dos resultados da observação de campo, ainda há muito lixo espalhado pela aldeia. Em Aidaba Leten não há local para a deposição de resíduos sólidos, nem sequer uma boa gestão de resíduos, fazendo com que as pessoas acumulem lixo em qualquer lugar, inclusive nos rios e na praia, o que pode levar a inundações e à disseminação de doenças. As casas dos moradores ficam próximas das celas do gado, o que é particularmente problemático enquanto o esterco de gado não é cultivado nem o barracão limpo. Isto resulta em poluição que pode causar doenças.

A indisponibilidade de um local de deposição final de resíduos faz com que as pessoas apenas queimem o lixo. O lixo não é bem manejado, portanto não há separação entre resíduos húmidos e secos, orgânicos e inorgânicos, entre outras divisões, de acordo com os padrões de gestão de resíduos. Quando o lixo é queimado, causa fumaça e um cheiro desagradável, o que pode causar doenças. Além disso, as ações comunitárias que acumulam resíduos em qualquer lugar e a má gestão de resíduos podem causar poluição ambiental e implicações muito negativas para a saúde dos cidadãos. Condições de vida como esta devem-se à falta de consciência da comunidade, bem como à falta de um bom programa de desenvolvimento do governo local. No momento em que esta pesquisa está em curso, o governo local ainda não tem um conceito claro de uma boa estratégia de desenvolvimento das aldeias ligada a questões de saúde ambiental.

O estado de saúde de uma sociedade é muito importante, num esforço para alcançar um bom e produtivo padrão de vida. Blum (*cit in.* Wahyu, 2010: 15), na sua teoria, diz que o estado de saúde de indivíduos ou comunidades é influenciado por diversos fatores, sendo os fatores ambientais, segundo ele, a maior influência, seguidos pelos fatores comportamentais, serviços de saúde e hereditários / inatos. Os fatores ambientais estão relacionados com aspetos físicos, como resíduos, água, ar, solo, clima, habitação, entre outros. Os quatro fatores apresentados por Blum interagem mutuamente e afetam a saúde dos indivíduos e também o grau de saúde pública.

Os resultados deste estudo indicam que os hábitos de vida da comunidade de Aidaba Leten, conforme descrito acima, ainda não satisfazem plenamente os padrões de vida saudável. A consciência pública de usar o saneamento ainda é muito baixa. Dentro desta área, ainda encontrei animais que circulam livremente, sem estarem presos. A sujidade causada pelo gado que não está preso é também uma fonte de doença que deve ser abordada. Para isso, precisamos de uma política firme do governo na gestão de um ambiente limpo para que as pessoas possam viver num ambiente saudável. Neste estudo, descobriu-se que o ambiente não saudável se deve mais a fatores relacionados com o comportamento humano.

H. L. Blum (1981) explica que existem quatro fatores principais que afetam o grau de saúde pública. Os quatro fatores consistem em:

1. Fatores comportamentais / estilo de vida;
2. Fatores ambientais (sociais, económicos, políticos e culturais);
3. Fatores de cuidados de saúde (tipo de cobertura e qualidade);
4. Fatores genéticos (hereditariedade).

Os quatro fatores interagem entre si e afetam a saúde dos indivíduos e o grau de saúde pública. Entre esses fatores, o fator comportamento humano é o mais determinante e o mais difícil de ser construído, em termos de fator ambiente. Isso ocorre porque os fatores comportamentais são mais dominantes do que os fatores ambientais.

Assim, o conceito de paradigma saudável de H. L. Blum considera um estilo de vida saudável holístico e abrangente. Uma sociedade saudável não é vista apenas do ponto de vista da ação curativa da doença, mas um esforço contínuo para manter e melhorar o status da saúde pública. Com base nos fatores acima apresentados por Blum, os resultados deste estudo também mostram que os fatores comportamentais são efetivamente um fator determinante, enquanto que os fatores ambientais (sociais, econômicos, políticos e culturais) e os serviços de saúde têm realmente uma grande influência na formação dos padrões de comportamento da comunidade de Aidaba Leten em relação às suas percepções e atitudes que dizem respeito à saúde das mulheres. Este estudo mostra, assim, que as percepções, atitudes e comportamentos das pessoas sobre a saúde dependem de fatores econômicos, sociais e culturais, bem como dos serviços de saúde disponíveis.

Zahra *et al.* (2015), que estudou a percepção das pessoas sobre a saúde e os fatores que afetam a saúde em 29 países, concluiu que pessoas de diferentes origens têm diferentes percepções sobre o que determina a saúde. O estudo constatou que a maior percentagem de pessoas concorda que o meio ambiente é um determinante da saúde. Isso, de acordo com Zahra *et al.*, é consistente com a visão científica do aumento da carga de doenças causadas por fatores ambientais.

Além dos fatores ambientais, o acesso à água limpa também é crucial para a saúde pública. Para satisfazer as necessidades de água limpa em Aidaba Leten, as pessoas usam água de nascentes que são canalizadas através de tubulações de água e poços cavados. Existem também algumas famílias que usam poços de bomba. No entanto, a maioria das pessoas em Aidaba Leten ainda se queixa da falta de disponibilidade de água limpa na estação seca. Em algumas aldeias localizadas no litoral, as pessoas consomem água de poços que têm alta salinidade para que a água tenha um sabor salgado quando consumida. Por isso, algumas famílias são obrigadas a caminhar muito para obter água limpa para consumo diário. Até agora não houve nenhum estudo científico para testar o nível de saúde da água limpa que é consumida pela sociedade. As doenças de pele, que são endêmicas nesta região, podem dever-se a fatores de água e clima, enquanto a propagação de outras doenças infecciosas, como tuberculose, hipertensão e outras, surge associada a fatores comportamentais e ambientais.

5.2.1.2.

O

aspecto socioeconómico

Os resultados deste estudo indicam que os fatores económicos que se tornam muito dominantes afetam o comportamento da saúde reprodutiva das mulheres. O baixo nível de economia familiar dificulta o acesso das mulheres das áreas rurais ao Centro de Saúde, devido a longas distâncias e à impossibilidade de pagar o transporte. Os fatores económicos também forçaram as mulheres rurais a irem também trabalhar fora do campo, em busca de uma maior satisfação familiar, e isso significa que as mulheres não têm tempo suficiente para cuidar da sua saúde. As mulheres têm múltiplos papéis na sociedade, nomeadamente funções domésticas e públicas, em simultâneo. Tudo isso é para elas um grande fardo. Das 15 informantes-chave entrevistadas, em média têm um grande número de crianças, entre 5 a 9 filhos por família. Isso requer rendimento suficiente para financiar o agregado familiar. Na verdade, as oportunidades económicas não estão prontamente disponíveis no campo. As mulheres são obrigadas a trabalhar mais intensamente, com um número de horas de trabalho que excede o limite normal, fazendo com que a atenção à sua saúde se torne menor. As mulheres prestam mais atenção aos fatores económicos, fruto das necessidades urgentes. O pesado fardo económico torna as mulheres mais preocupadas com as atividades domésticas e outras, como o comércio no mercado, o artesanato e outras atividades que devem ser feitas pelas mulheres para obterem um rendimento adicional para a família.

Os seus maridos trabalham sobretudo em hortas familiares e no mar (agricultura e pesca) e não têm rendimento fixo. Nestas situações, as mulheres rurais têm um duplo papel, pois que são donas de casa e fazem o trabalho doméstico, mas também trabalham fora do campo e procuram conseguir outras fontes de rendimento. Por outro lado, as mulheres também são sobrecarregadas com problemas culturais na sociedade, porque estão envolvidas em papéis múltiplos e multifuncionais. Essa situação torna as mulheres da aldeia menos atentas à sua saúde reprodutiva. A maioria das mulheres entrevistadas admitiu a renda do seu marido e não a renda própria, mesmo que trabalhem para ajudar a sustentar o lar. Elas consideram o seu trabalho apenas uma renda suplementar para ajudar o marido, porque na visão geral das comunidades rurais eles são os responsáveis por manter a família. Esta perspetiva pública contrasta com os dados do DHS, que

dizem que de 2009 a 2010 um quarto (25,9%) das mulheres relataram obter mais dinheiro do que os seus maridos.

O rendimento das pessoas nas áreas montanhosas vem da venda de produtos agrícolas e do gado da família. Há uma prática comum nas áreas rurais, onde os maridos trabalham em hortas familiares, enquanto as suas esposas vendem os seus produtos nos mercados. Para as pessoas da costa, a vida é muito dependente dos pescadores e da produção de sal. Os maridos procuram peixe no mar, enquanto as esposas ajudam a vendê-lo juntamente com o sal a intermediários ou também em mercados locais. Existem três mercados tradicionais em Aidaba Leten, nomeadamente os mercados de Miguir, Haramé e Atabae Vila. Estes três mercados são abertos uma vez por semana em diferentes dias.

Além da venda de produtos agrícolas nos mercados locais, há também alguns membros da comunidade que abrem quiosques, mas do ponto de vista económico movem-se numa economia de pequena escala, porque não têm capital suficiente para competir na economia de médio e grande porte. Não há políticas do Estado para promover o fortalecimento económico rural. Isso torna a aldeia isolada economicamente, sendo que Aidaba Leten tem o potencial do turismo costeiro que deve ser desenvolvido para revitalizar a economia da região. Aidaba Leten está localizada na região fronteiriça entre o país da RDTL e a Indonésia. Está perto do mar e de grandes cardumes, mas os pescadores da região pescam de forma tradicional e o governo não fornece assistência ou subsídios para os capacitar de maneira sustentável, nem nenhuma formação para melhorar a sua habilidade e técnicas. Aidaba Leten também é um portão de fronteira terrestre com a Indonésia, mas o governo não desenvolveu essa questão. Portanto, pode dizer-se que as condições de pobreza que existem nas áreas rurais são o resultado de processos políticos que tornaram as aldeias impotentes e sem capacidade de crescer. Assim, o que está realmente a acontecer é um processo sistemático de empobrecimento das vidas das comunidades rurais.

Do ponto de vista sociológico, "pobre" e "pobreza" são factos sociais que podem ser vistos e medidos pelo estudo dos sintomas, dados e informações disponíveis, enquanto "empobrecimento" é um processo social e político que cria as condições que causam os pobres (Muhammad Zid, 2016: 92). Segundo Djwandono (*cit in*. Muhammad Zid, *ibid*), a pobreza como um facto social pode ocorrer e ser vivenciada por todos, mas o empobrecimento deve-se principalmente às escolhas políticas dos formuladores de políticas em sua visão e política de

economia, desenvolvimento, gestão de recursos e como distribuí-los, inclusive como superar a própria pobreza.

Devido às fracas condições económicas e ao processo de empobrecimento experimentado pelos moradores, muitas adolescentes abandonaram a escola e não podem continuar os seus estudos nem desfrutar do direito à saúde. Como o MNJ diz:

"Eu não vou mais à escola. Naquela época eu entrei na escola secundária e meu pai morreu, por causa da minha própria mãe, então saí para ajudar minha mãe. Durante este tempo a minha menstruação normal, eu não esbranquiçar. Normalmente, depois da minha menstruação, no segundo dia eu apenas tomo banho. Eu também se menstruação, não use softex, mas eu uso apenas pano de sarongue. O médico disse que softex contém produtos químicos, e além disso eu quero comprar softex, mas não tenho dinheiro para comprar ".

Os fatores económicos também levam as adolescentes a abandonarem a escola e a engravidarem precocemente, com a sua saúde reprodutiva a ser negligenciada, como a EXL diz:

"Agora tenho 16 anos. Estou grávida, faz 6 meses. Eu nunca fui para a escola. Eu também ainda estou tendo problemas com meu marido e nosso problema não foi resolvido. Ele não reconhece que esta criança no meu ventre é seu filho. Até agora não verifiquei minha condição de gravidez no Centro de Saúde. Há vários meses, os enfermeiros do Centro de Saúde ainda não vieram visitar nossas aldeias. Agora a chuva pesada e as ruas estão quebradas, então eu não posso ir ao Centro de Saúde ainda. Mas há uma parteira (*limarae*) que massageou meu estômago uma vez. Durante esse tempo ainda moro com os pais e ainda sob a responsabilidade dos pais".

A partir da explicação acima, a EXL mostra que o problema do estado civil também é algo muito importante que pode determinar se uma pessoa realiza os tratamentos de saúde. Geralmente, as mulheres que vivenciam problemas sentem vergonha de verificar a sua gravidez no Centro de Saúde por não terem um relacionamento legítimo aos olhos da comunidade.

Com base em várias fontes, a gravidez na adolescência manifesta um risco aumentado de complicações maternas e morte. Em 2004, 58 partos por 1.000 mulheres com idades entre os 15 e os 19 anos (DNE, 2005) foram registados em Timor-Leste. Entre 2009 e 2010, 7% das mulheres nessa faixa etária já tiveram filhos ou estavam grávidas pela primeira vez (DNE e ICF Macro, 2010). Pesquisas nacionais realizadas em 2002 e 2003 mostram que questões de sexualidade e saúde reprodutiva geralmente não são uma preocupação comum para os adolescentes, apesar das tendências precoces de casamento, devido a gravidezes na adolescência, e de adolescentes em busca de abortos (Ministério da Saúde, UNFPA; WHO, 2004).

5.2.1.3. A educação

A educação para as mulheres é importante, não só para melhorar o conhecimento, a economia, as oportunidades, a saúde, mas também para atrasar a rotatividade da gravidez e do parto. Aproximadamente 20% dos jovens de 19 anos começaram a ter filhos e as gravidezes na adolescência são mais altas entre as mulheres com baixa escolaridade ou educação sem instrução, do que entre aquelas com nível de educação secundário ou superior (NSD e ICF Macro, 2010).

Dos informantes existentes, a maioria das mulheres acima dos 40 anos não está na escola e as mulheres de 19 a 34 anos têm os ensinos básico, pré-secundário e secundário. As mulheres nas áreas rurais geralmente têm baixos níveis de educação, algumas nunca frequentaram a escola. Portanto, não têm as informações nem a compreensão da importância da saúde reprodutiva. Baixos níveis de educação e consciencialização da comunidade fazem com que haja muitas gravidezes.

Como mencionado por EP:

"Em nossa família, eu não fui para a escola, meu marido se formou na escola secundária. Nossos filhos têm 7 pessoas, 2 mulheres 5 homens. O segundo filho estuda agora na Universidade da Paz (UNPAZ), fazendo engenharia civil, e os outros ainda estão no ensino pré secundário e ensino secundária, todos em Díli e em Atabae Vila. Enquanto o nosso filho mais novo está agora no 2.º ano da Educação Básica. Eu acho que a educação é importante, apesar de ainda sermos pobres, mas temos que tentar mandar nossos filhos para a escola, no futuro, trabalhar para melhorar nossas vidas".

Enquanto DP descreve:

"Eu nunca fui para a escola. Meu marido também nunca foi para a escola. Nós temos 6 filhos. Tudo é agora escola, 2 pessoas estão a estudar no ensino secundário em Atabae Vila. Outros, ainda estão no ensino básico".

O baixo nível de educação devido a fatores económicos familiares, parece ser um problema sério em Aidaba Leten. MNJ foi forçado a abandonar a escola para ajudar a sua mãe que ficou sozinha depois da morte do pai, enquanto ZA e o marido, assim como AdP, nunca vão à escola porque a renda familiar não é suficiente para a sustentar. No entanto, eles têm consciência da importância da educação para o futuro dos seus filhos. A maioria deles tem 3 a 4 filhos, todos a frequentar a escola primária. Em geral, as comunidades rurais de Aidaba Leten têm consciência de que através da educação das crianças as mudanças na vida familiar vão acontecer depois de conseguirem um bom emprego. Ao enviar os seus filhos para a escola, esperam que um dia eles possam melhorar a vida económica da família.

O baixo nível de educação da comunidade e a falta de oportunidades para melhorar a educação e o conhecimento estão intimamente relacionados com os fatores de saúde da família.

Se as mulheres não tiverem acesso à educação formal ou informal, estarão mais preocupadas com as atividades domésticas, como cuidar das crianças, limpar a casa e cozinhar. A maioria das pessoas em Aidaba Leten tem muitos filhos, fazendo com que as mulheres se concentrem mais em atividades domésticas, enquanto os governos locais não criam atividades produtivas nas áreas rurais que as libertem da sua condição domesticada.

As vidas das pessoas nas áreas rurais contrastam com as vidas das pessoas nas comunidades urbanas. Nas comunidades rurais não há seguro de saúde, enquanto nas comunidades urbanas todos os serviços de saúde estão disponíveis, incluindo o acesso a seguros. Fatores educacionais são críticos para a saúde da família. Para as famílias com um alto nível de educação, ter um rendimento suficiente e viver em condições dignas e saudáveis é algo normal, enquanto em comunidades rurais pobres com baixos níveis de educação, viver em condições de habitação não saudáveis contribui para as suas más condições de saúde.

Por essa razão, a educação interage com o contexto social, o que altera os seus efeitos finais sobre o comportamento e a doença na saúde. A melhoria da educação para a comunidade proporciona conhecimento e melhor utilização do conhecimento em saúde (Kutner, 1956; Baumann, 1961).

5.2.1.4. Conhecimento e consciência da saúde na sociedade

O conhecimento dos órgãos reprodutivos é muito importante para a saúde das mulheres, não apenas para as mães casadas, mas também para as mulheres jovens. Muitos dos casos encontrados neste estudo indicam que as mulheres jovens em Aidaba Leten são mais propensas a se casar numa idade jovem, com baixos níveis de escolaridade e com um conhecimento muito limitado de saúde reprodutiva.

Este estudo mostra que a maioria das mulheres grávidas em Aidaba Leten preferem ir a um *dukun* em vez de consultar um profissional de saúde no Centro de Saúde. Essas mães com um conhecimento muito limitado sobre a sua saúde reprodutiva escolhem ir a uma parteira tradicional (*lima rae*) por causa das suas experiências pessoais e das experiências dos seus pais. Elas não têm conhecimento e desconhecem a importância de sua saúde reprodutiva. CS, que está grávida e agora apenas espera o parto, prefere ir a uma parteira tradicional (*lima rae*). Diz que:

"Eu estava grávida, já devia ter dado à luz, mas já era tarde demais, e finalmente fomos à parteira para fazer a massagem e depois dei à luz normalmente. Às vezes, há um mais rápido, ele também massageia e volta ao normal. Meus ovários também estavam doentes e fui ao Centro de Saúde, então médico, encaminhando-me para internação no hospital de Maliana, mas ainda não saí. E agora às vezes dói".

FP também contou a mesma coisa. Disse ela:

"Eu dei à luz meus dois filhos somente em casa. Minha mãe que deu à luz porque minha mãe é parteira (*lima rae*). Depois de dar à luz, tomei o medicamento tradicional por duas semanas, após de isso, minha condição se normaliza novamente e nos primeiros dias até que a terceiro coma apenas canja de frango / caldo".

Já EF disse que:

"Durante a minha gravidez, eu tomei pequeno almoço apenas pão com café ou chá e às vezes bebi leite se houver dinheiro suficiente para comprar, se não houver dinheiro, comer canja só sem legumes e frango. Nós vivemos na montanha, na época seca não há legumes. Legumes existem durante estação chuvosa. Após o nascimento, nos primeiros dias eu só como canja de frango / caldo que eu deveria comer quente. Depois disso eu também como purê de milho (*batar fai*), para que meu leite materno seja abundante e suave para o bebê".

EP também disse o mesmo:

"Eu dei à luz meus sete filhos em casa com a ajuda de uma parteira tradicional. Após o parto eu comi canja de frango / caldo por vários dias. Estou proibida de comer peixe e ovos nos primeiros dias do parto. Após o limite de tempo especificado, então eu posso comer como de costume".

Durante o GDF em Miguir, os participantes confessaram que nos primeiros tempos após o nascimento do bebê a mãe foi proibida de consumir peixe, coceira de vegetais, como brotos de abóbora, folhas de mamão e também frutas, porque estava frio.

As puérperas costumam seguir um regime especial, verificando-se diversas prescrições e restrições alimentares, não apenas por causa do seu corpo mas também porque acreditam que aquilo que comem pode afetar o seu filho. Embora os alimentos básicos sejam semelhantes em todas as regiões, outros dependem da tradição familiar e local. A canja (*sasoro*) e o caldo (canja com frango) são os alimentos mais recomendados nos primeiros dias após o parto, aos quais pode ser adicionado gengibre ou *ai manas ai leten*, por "aquecerem" e facilitarem a saída dos lóquios, que designam por *ran foer* ("sangue sujo") ou *ran mate* ("sangue coagulado, morto"). Também podem ser adicionados alho, cebola, açafrão ou folhas de determinadas plantas. O milho pilado, cozido, e o amendoim, entre outros alimentos, são consumidos por lhes serem atribuídas propriedades galactogogas, ou seja, por favorecerem a produção de leite materno (Manuel, H.I.BM, 2012, p.652).

Em Timor-Leste, a cultura exerce uma forte influência sobre as crenças e o comportamento das mulheres e famílias durante a gravidez. Muitas das práticas variam e não são generalizáveis a todo o país. Há uma série de proibições alimentares que podem variar consoante a localidade ou a família. O trabalho excessivo é encorajado para facilitar o parto, mas também há restrições relacionadas com o trabalho pesado no primeiro trimestre, entre outras atividades interditas na gravidez (HAI, 2004). As pessoas da Aidaba Leten geralmente acreditam em certos mitos. Na gravidez existem restrições que devem ser obedecidas, como a de uma mãe grávida não poder sair à noite ou não dever sentar-se na porta, sendo que, caso vá, deve sempre acompanhar-se de uma tesoura ou faca. As mulheres grávidas também são proibidas de consumir certos alimentos e devem

realizar determinados trabalhos. Quando sofrem de uma doença grave, preferem ir a um xamã e não ao Centro de Saúde.

A entrevistada com as iniciais DP relata a sua experiência quando tinha diabetes. Quando tratada clinicamente, não podia ser curada e o médico decidiu amputar uma das suas mãos, mas DP não queria e depois escolheu a medicina alternativa e um xamã (*pesi*), até eventualmente ser curada.

DP disse que:

"Tenho 9 filhos e todos nascem em segurança em casa, nunca dando à luz no hospital ou no Centro de Saúde. Eu costumava ter diabetes, fui levada para o hospital. O médico disse naquela época que minha doença já era grave e teve que ser amputada. Eu não quero. Naquela época, minha saúde caiu drasticamente. Então minha família e eu decidimos deixar o hospital. Eu fui a um xamã e ele organizou certos rituais, então o xamã usou seus remédios tradicionais para colocá-los na minha ferida regularmente até que estivesse curado até agora. A comida que consumimos todos os dias, nos abastecemos de campos de arroz e hortas familiares e, se chega a época da fome, temos que vender gado para comprar comida".

AdP também disse que a sua família costumava ir ao xamã para tratamento:

"Costumávamos ir a um xamã (*pesi*) para descobrir se alguém ter doença por causa de bruxaria (*buan*) ou por causa de *matebian* ou *rai nain*. Se formos a um xamã, ele não me dá medicamentos como quando fomos ao Centro de Saúde. Um xamã só faz oferendas e depois trata os pacientes apenas com medicamentos tradicionais".

No GDF em Biacou houve discussão entre as mulheres e elas compartilharam as suas respetivas experiências sobre quando estavam doentes e apenas tomando medicamentos fitoterápicos e tradicionais (*aitahan/ai abut*) se curaram. Aquelas que não sabiam sobre a eficácia da medicina herbal e certos medicamentos tradicionais, obtiveram novas informações através desta discussão. Neste GDF em Biacou, houve participantes que forneceram informações sobre a existência de um xamã que vive atrás do prédio da escola e que também pode curar cancros e quistos. Depois de saber isso, uma mulher com as iniciais CS, que estava presente e está a sofrer com algumas doenças, imediatamente decidiu procurar tratamento no xamã da aldeia. A maioria dos participantes do GDF explicaram que se estivessem doentes preferiam ir ao xamã do que ao Centro de Saúde.

As opiniões dos participantes do GDF de Biacou são semelhantes às conclusões obtidas dos resultados do GDF na Aldeia Hame. Os membros da comunidade na Aldeia de Hame que estão doentes são geralmente levados a um xamã para descobrir a causa mágica da sua doença e a maneira de se curarem. Se a medicação realizada pelo xamã não os curar, serão levados ao hospital. Se no hospital não puderem ser curados, eles procurarão outros xamãs noutros lugares.

Os resultados deste estudo indicam que a comunidade de Aidaba Leten é geralmente menos confiante na medicina moderna. Há membros da comunidade que têm experiências desagradáveis, como hospitalização por longos períodos de tempo sem cura, enquanto que muitas vezes fora do hospital e com a ajuda de xamãs a maioria deles é curada. As experiências pessoais de algumas dessas pessoas também afetaram o comportamento da comunidade relativamente ao tratamento médico, bem como a percepção pública de Aidaba Leten da medicina moderna.

Há vários motivos pelos quais o tratamento no Centro de Saúde é mais desagradável para a família do paciente, devido ao comportamento das pessoas das áreas rurais em Aidaba Leten, que deixam sempre a doença piorar primeiro e só depois procuram encontrar tratamento no Centro de Saúde. Ao chegar ao Centro de Saúde, a doença do paciente é muitas vezes grave e não pode mais ser curada. As pessoas geralmente não querem verificar regularmente a sua saúde e não querem procurar tratamento no Centro de Saúde quando se trata ainda de uma maleita leve. As informações obtidas a partir do Centro de Saúde confirmam o ponto de vista de que as comunidades rurais em Atabae geralmente vão ao Centro de Saúde somente se a doença é grave.

Por outro lado, embora o tratamento no Centro de Saúde e no Hospital seja gratuito, os pacientes ainda precisam de ter dinheiro para o transporte e outras necessidades caso tenham que ficar no hospital. O sistema de saúde nas regiões destina-se a abordar as medidas mais promotoras e preventivas e a prestação de cuidados de saúde primários. Por essa razão, quando o doente já está gravemente doente, continuando até ao Centro de Saúde, é evidente que os médicos do Centro de Saúde não podem fazer nada e têm de os encaminhar para o hospital central em Díli.

Embora a medicina tradicional possa ser a solução, não há mecanismos para verificar as doenças e garantir curas totais. As comunidades rurais têm alternativas tradicionais de tratamento, mas o tratamento tradicional em Timor-Leste não foi bem desenvolvido e não recebeu muita atenção do governo.

Além da doença e do seu processo de tratamento, outro problema é a dieta, que às vezes não cumpre os padrões nutricionais saudáveis. Existem vários informantes da costa que falam sobre a sua dieta diária, como JL:

"Eu costumava preparar o pão e café para pequeno almoço. Durante o dia, cozinho arroz e peixe para o almoço e jantar, porque meu marido é pescador. Nós raramente comemos legumes porque é difícil de obter. Se houver dinheiro, vamos ao mercado para comprar legumes. Nós também não temos o hábito de comer frutas todos os dias, porque além de difícil de conseguir, também porque as pessoas aqui não têm o hábito de consumir frutas todos os dias".

Enquanto AM diz que:

"Em casa, eu cozinho para a família. Acabei de comprar bananas fritas e pão, café e chá para um pequeno almoço. Para almoços e jantares em família, costumo cozinhar arroz e, se houver legumes, também cozinho legumes; se não, espere meu marido trazer peixe, cozinho para comer com a família. Nós sempre comemos peixe todos os dias. Nós raramente comemos legumes e carne".

AdP também refere o mesmo:

"Costumávamos tomar pequeno almoço com pão e café ou chá. Para as crianças tomarem pão e chá. Eles não bebem leite porque não temos dinheiro para comprar leite. Costumávamos comer peixe comprado de pescadores por aqui. Mas às vezes há irmãos que pescam no mar se pudermos ser dados. Se a estação dos peixes chega, todos os dias comemos peixe. Ocasionalmente, comemos ovos e carne. Ficamos longe do mercado, por isso não costumamos comer frutas e legumes".

No GDF em Biacou as mulheres explicaram a dieta da sua família, sempre à base de peixe porque os seus maridos são pescadores. Raramente comem ovos, carne, frutas e legumes. Na preparação da comida, usam-se sempre ervas, como o *masako* (knorr), compradas nos quiosques mais próximos. Especiarias como gengibre, açafrão e pimenta são consideradas parte da medicina tradicional, consumidas durante o parto ou doença. Há quem afirme que esse tipo de temperos é mais caro do que o *masako* e difícil de obter em quiosques nas redondezas. Assim, na cozinha só se usam alho, cebola, sal e *masako* (knorr).

A dieta das pessoas em Aidaba Leten, sempre com o mesmo menu, é monótona. Para as comunidades costeiras não há problemas de falta de carbo-hidratos ou proteínas, mas não possuem minerais, vitaminas e fibras porque consomem menos vegetais, frutas e carne. Por outro lado, as pessoas que vêm das montanhas, cujo padrão alimentar é basicamente o mesmo, têm acesso a legumes, que colhem dos quintais.

ZA diz que prepara sempre café, chá e pão para o pequeno-almoço, algo que é feito rotineiramente. Mas para o almoço e o jantar, cozinha arroz e legumes para a família. Segundo ZA, consomem peixe apenas uma ou duas vezes por semana e raramente consomem carne, somente quando participam em eventos tradicionais (*lia mate e lia moris / lihiu*) nas suas aldeias.

Em algumas famílias existe uma variação do menu do pequeno-almoço. Nas famílias pobres, que não têm dinheiro suficiente para comprar pão ou bananas fritas, geralmente alimentam-se de canja ou mandioca e batata-doce ao pequeno-almoço, bem como de vegetais variados obtidos no quintal da casa.

FdS descreve:

"De manhã eu cozinho mingau no café da manhã. Depois disso eu cozinho arroz e legumes de abóbora para o almoço. Se à noite eu cozinho legumes variados, como folhas de mandioca e feijão preto, também depende da época. Se a estação das chuvas não tivermos problemas em obter os vegetais que estão no nosso quintal, mas se a estação seca chegar, é difícil obter legumes".

De acordo com FdS, CS diz que:

"No café da manhã nós comemos pão ou pão frito. Se não tiver dinheiro, cozinharemos mingau ou senão cozinharemos arroz frito. Depois disso, nós cozinhamos arroz para o almoço e jantar. Se houver legumes, nós cozinhamos, mas se não houver vegetais e acompanhamentos, só comemos arroz branco. Nós não costumamos consumir peixe. Se a estação dos peixes chegar, os vendedores de peixe trazem-na aqui, compramos: uma corda por \$ 1 ou \$ 2. Também raramente comemos ovos".

No GDF, em Aidaba Leten Foho, os participantes explicaram que, especialmente as famílias que vivem em áreas montanhosas, raramente comem peixe ou carne. Se houver vendedores de peixe nas suas aldeias, e se houver dinheiro, elas compram. À semelhança de outras famílias, elas só comem carne quando há um evento costumeiro "lia mate e lia moris (*Lihiu*)".

A dieta das pessoas montanhosas não é como a das comunidades costeiras, que todos os dias comem peixe. As pessoas das áreas montanhosas consomem mais vegetais, porque fazem cultivo, por isso não lhes faltam os minerais e as vitaminas. Contudo, não têm muito acesso a proteína. Quando os GDFs foram conduzidos em Miguir, os participantes expressaram que também plantavam hortaliças em hortas familiares apenas para serem vendidos, não para consumo familiar. Da mesma forma, os seus animais, como galinhas, porcos, cabras e restante gado, são mantidos para vender e fazer dinheiro para comprar arroz e satisfazer outras necessidades básicas. Explicam que às vezes, de manhã, vão trabalhar no quintal, apenas com um café ou chá, até à tarde.

As pessoas rurais ainda praticam costumes clássicos, onde preparam pratos especiais apenas para os seus convidados ou para os doentes. Quanto à vida quotidiana, elas consomem alimentos com base na experiência e prática de vida que tem sido transmitida por gerações e o consumo de acompanhamentos depende apenas das condições económicas das suas famílias, como afirma AP:

"As pessoas preparam comida todos os dias com base em sua condição económica. Se a renda for grande, eles consomem alimentos de qualidade, se sua renda for pequena, eles comerão como estão. Para aqueles que são pobres, se houver dinheiro, eles podem comprar peixe e carne para comer".

Com base numa pesquisa realizada pelo grupo TAIS em 2007, constatou-se que os alimentos timorenses, ricos em amido e pobres em fontes animais, são ricos em ferro e proteína. Entre os alimentos comumente consumidos por mulheres que dão à luz estão o milho, o

amendoim, o feijão verde, o arroz, a mandioca, as folhas de abóbora, os legumes, o arroz e mingau de gengibre (TAIS e MOH, 2007).

Os resultados deste estudo realizado em Aidaba Leten revelaram que o conhecimento e a consciencialização sobre a importância dos alimentos nutritivos para a saúde são muito baixos. As pessoas consomem alimentos não tendo por base os padrões de saúde e nutrição, mas tendo em conta apenas em suas experiências hereditárias de padrões e ementas monótonas e não variadas. Em alguns lugares descobriu-se que o teor de fibras, vitaminas e minerais era reduzido. Ainda, a comunidade nunca realiza exames de saúde regulares. As parteiras são a fonte de informação em quem mais se acredita, enquanto o conhecimento geral sobre saúde reprodutiva é muito limitado. Com base neste estudo, constatou-se também que o conhecimento público em Aidaba Leten sobre saúde reprodutiva incide apenas sobre conceitos como gravidez, feto, parto e programa de planeamento familiar no momento após o parto.

Um informante (DK) disse que normalmente as mulheres grávidas nesta área recebem informações das parteiras quando vão controlar a gravidez mensalmente ao Posto de Saúde ou ao Centro de Saúde e que a cada semana recebem sempre duas mensagens curtas (SMS) através de um programa on-line chamado: “*liga inan*”, que normalmente não leem. O programa começou a ser implantado em janeiro de 2018 com o objetivo de fornecer às gestantes informações sobre a gravidez e as ações a serem tomadas para preservar a saúde da mãe e do bebé.

A saúde reprodutiva tem uma ampla compreensão, dizendo respeito não só à ausência de doenças, mas também ao próprio sistema reprodutivo nas suas funções e processos. A falta de conhecimento sobre a importância da saúde reprodutiva também afeta o conhecimento sobre as necessidades nutricionais e de saúde de uma mãe. Em geral, a consciencialização individual e comunitária para a prevenção das doenças ainda está em falta, com os esforços curativos contra as doenças a serem limitados por fatores económicos e culturais.

5.2.1.5. A cultura

Os fatores culturais também têm um grande impacto na saúde reprodutiva. Neste estudo verificou-se que culturalmente a consciência mágica é a mais dominante na influência do comportamento da comunidade e das escolhas em relação às ações relacionadas com a abordagem dos problemas de saúde. As mulheres rurais em Aidaba Leten preferem visitar um xamã, do que um centro de saúde.

A ponderação da doença é baseada mais numa abordagem cultural do que numa abordagem médica. Neste estudo verificou-se que as pessoas geralmente acreditam que a causa da doença vem de fatores externos aos indivíduos, que são sobrenaturais, e não por causa do comportamento do indivíduo ou da influência ambiental. Se uma pessoa está doente, a comunidade local está mais convencida de que a pessoa foi punida por *matebian* (os espíritos dos antepassados), *rai nain* (os espíritos dos vivos) ou por *uma lulik* (casa sagrada), ou talvez por algo conjurado por um mágico (*gabaran pita tula te tau*), como uma maldição. As pessoas assumem sempre que a doença surge porque alguém cometeu um erro ou quebrou certas promessas relacionadas com o domínio sobrenatural. Assim, a primeira abordagem é sempre feita no âmbito dos elementos mágicos e só depois se considera o hospital.

O tratamento para os doentes em Aidaba Leten começa primeiramente pela visita a um xamã (*pesi*) ou pela colocação de flores na sepultura da família (*kari aihetun*) ou pela preparação de oferendas aos antepassados e *lulik*, sem esquecer a realização de rituais para se livrar da má sorte (*kasu todan*) com fígado de animal (*hare urat/fukun/ ta bula*)⁹. Nesta fase, o paciente entende que a doença apareceu como um fator sobrenatural, nomeadamente uma maldição, um castigo, ou porque cometeu um erro relativamente a outra pessoa. O aspeto cultural é um dos fatores dominantes que afetam a saúde precária das mulheres nas áreas rurais, pessoas com baixos níveis de rendimento mas com muitos filhos (em média, cada família tem entre 5 a 9 filhos). Assim, a consciência mágica conduz a despesas com os eventos tradicionais, conhecidos em Timor-Leste como *lia mate lia moris* em língua kemak (*lihiu*), para além das despesas posteriores com a saúde e as habituais com a educação e outras atividades. A superstição existe não só no comportamento curativo, mas também no comportamento preventivo da comunidade, que acredita em mitos.

Um entrevistado (EP) diz que:

"Despesas que não sejam para as propinas escolares das crianças, também para fazer *lia mate e lia moris* (*Lihiu*). Gastar para *lihiu* é o maior e o menor valor é de \$ 10 e a maioria pode chegar a mais de \$ 100. Se um dos meus pais ou sogro/a morreu, nossa família teve que trazer um búfalo, uma cabra, dinheiro, bebidas alcoólicas ou cerveja. Depende do *lihiu* existente. Se de família próxima ou familiar nuclear então gastar muito. Mas se o *lihiu* é de um vizinho ou família distante, dependendo da nossa capacidade de ajudar. Quando estava grávida, fui banida pelos meus pais e pela minha sogra para não poder sair à noite. Se obrigada a sair à noite, eu tenho que pegar em tesoura, prego ou faca, porque acreditamos que tesoura, prego ou faca podem

⁹ Urat: Fígado de animal; prática tradicional envolvendo a análise do fígado de um animal morto com a finalidade de conhecer, por exemplo, a causa ou o resultado de uma doença.

lutar contra ataques de demónios e outras criaturas sutis. Além desses objetos, também uso algumas vezes o rosário".

Através dos resultados do GDF em Miguir, conclui-se que se tornou um hábito para as pessoas locais, especialmente para as mães durante a gravidez, saírem à noite ou durante o dia sempre acompanhadas de uma tesoura ou prego para não serem perturbadas por maus espíritos. A mesma opinião foi expressa por quase todas as mães entrevistadas. As conclusões dos GDF de Harame e Biacou confirmam também as opiniões comuns expressas pelos participantes da GDF em Miguir, bem como outras opiniões gerais dos entrevistados.

No GDF em Harame, concluiu-se que se algum membro da família da comunidade da aldeia estiver doente, prefeririam chamar um xamã para descobrir a causa da doença, com uma abordagem tradicional. Geralmente, após certo ritual, o xamã informa que o paciente sofre de doença por causa de feitiçaria ou de ter sido amaldiçoado pelos espíritos ancestrais. Pode também ser porque a família do paciente não cumpriu certas regras de costume e obrigações relativamente à *uma lulik* (casa sagrada). Se o paciente está doente por causa de feitiçaria, então o xamã usa apenas os remédios que ele tem sob a forma de raízes, folhas ou pedras que se acredita terem poderes sobrenaturais e curativos. Mas se a doença é conhecida como sendo causa de espíritos ou de um qualquer fator costumeiro, então a família do paciente é solicitada para preparar oferendas e alimentar os antepassados. Os pacientes da família também são obrigados a semear flores no túmulo da família.

Quando as pessoas desta aldeia se encontram doentes, procuram todas o Avô *pesi* (avô xamã). Com base na sua experiência de tratamento, muitas melhoram. Contudo, quando há membros da comunidade gravemente doentes, eles vão para o hospital.

Um participante do GDF Harame contou a sua experiência: a sua esposa tinha sido operada ao cancro da tiroide e tinha sido internada num hospital nacional em Díli, mas foi ao mesmo tempo também ao xamã para descobrir a causa da doença. À medida que a discussão progrediu, os participantes relataram uns e outros as experiências de doença familiar que enfrentaram no passado. Alguns disseram que nas suas aldeias há pessoas que estavam doentes por causa de bruxaria (*buan mak halo*). Essa realidade está relacionada com a magia e a procura de defesa contra espíritos mortos. Por meio dela tenta-se passar por cima das leis da Natureza – adivinhando o futuro, influenciando na vida e na morte, na doença, etc. (Carmo, 1965: pp. 143-144).

Como descrito acima, as pessoas não verificam a sua saúde rotineiramente no centro de saúde, procurando ajuda apenas se a doença for grave.

"Se estamos doentes, vamos ao centro de saúde Atabae, mas já é muito grave, se ao menos tosse ou gripe não vamos ao centro saúde, depois vai-se recuperar. Se houver uma doença grave há outras famílias que acompanham ao hospital, outras vão ao xamã para ver por que doente, se doente por estar sendo provocado por bruxaria, então deve ser curado pelo xamã no caminho, se os espíritos dos antepassados de famílias furiosas então deve ir ao túmulo para dar comer e semear as flores no túmulo. Depende também de algo que não está certo então tem que tratar primeiro só poder recuperar (deve ver a veia primeiro para saber a causa / *fukun*). Às vezes, se estiver doente, não vamos ao hospital, às vezes a gente adivinha, talvez porque ontem ele bebeu café no vizinho, ou porque *mama malus*¹⁰ em algum vizinho aí ele está doente. (Resultado do GDF Miguir)".

Com base na descrição, é claro que o comportamento da comunidade tem por base a superstição e a resposta à doença é baseada mais no fator de sugestão do que na visão racional. A causa da doença, de acordo com a perspectiva da comunidade de Aidaba Leten, vem de fatores naturais e mágicos.

AP, um importante funcionário do Posto Administrativo de Atabae com o Mestrado em Estudos Governamentais, relata assim a sua experiência:

"Às vezes as pessoas geralmente ficam seriamente doentes no hospital, do lado da saúde disseram ao xamã primeiro para ver as primeiras veias ou o primeiro tratamento da saúde. Com base na minha experiência antes de partir para continuar meu mestrado na Indonésia, tive que descer a noz de areca até a casa tradicional (*tula bua malus ba uma lulik*) para que eu fosse protegido pelo espírito dos ancestrais, para que eu não adoecesse. Com base nas minhas observações, recentemente meu sobrinho estava doente, nas pernas tem uma grande ebulição. Quando sob o hospital nacional e o diagnóstico não foi doença, então o médico lhe disse para ir para casa para ver a veia primeiro. Depois de ser levado ao xamã para checar, o xamã disse que ele era bruxaria. Depois que os xamãs faz o ritual e terminam todos (*kasu tia todan hotu*) logo ir novamente ao hospital e doença diagnosticada e finalmente podem ser curados medicamente".

A visão de AP ilustra a existência da ideia de que as doenças que podem ser tratadas clinicamente apresentam uma base de opinião da comunidade. Assim, a doença real pode ser tratada clinicamente, porque é permitida que ela se torne aguda por muito tempo e, depois, difícil de ser tratada. Esta condição que faz com que as pessoas sejam acorrentadas pelos seus próprios problemas de saúde.

Mubarak (2009) distingue o conceito de causa da doença em naturalística e personalística. A causa de uma doença naturalística relaciona-se com germes, vírus ou fatores ambientais. A causa de uma doença personalística diz respeito à intervenção de espíritos ou demónios. As pessoas pensam que todas as doenças que surgem ou que experimentam são personalísticas e não querem diagnosticá-las. Se é verdade que existem doenças que são personalísticas, a principal fonte é de

¹⁰ De acordo Manuel, H.I.BM, 2012: Mama: Masca: massa que se faz na boca mastigando folhas de bétel (*malus*), um pedaco de areca (*bua*) e um pouco de cal; mascar (conservar na boca, mastigando, o bolo obtido da *mama*).

cariz naturalístico. Contudo, as pessoas não querem encará-las como tal e preferem sempre a solução do xamã.

JL, um xamã em Aidaba Leten, relata as suas experiências na cura de um seu paciente através de uma abordagem personalística:

"Eu curo meus pacientes apenas com o poder espiritual de Deus, fazendo orações e súplicas, para que o paciente possa ser curado por Deus, através da obra de Deus. Eu só uso óleo de coco para curar doenças como câncer, e tumores, por meio de massagem, para que a doença possa ser destruída. Eu também sou capaz de tratar jovens virgens que sofrem de brancura. Para casais que não tiveram filhos por 10 anos, posso tratá-los apenas massageando. Havia três parteiras a trabalhar no Hospital Nacional de Guido Valadares, em Díli, carregando um dos feridos no seu ovário e eu também tinha curado. Há outra mãe que sofreu de quistos e novamente dois meses de gravidez. A família uma vez trouxe esta mãe para medicação até que em Maliana, em seguida, o médico deu-lhe medicamentos para ser bebido por 3 meses novamente para realizar o funcionamento do quisto. Mas quando trouxeram a mãe para cá, posso tratá-la apenas com a ajuda e a força do espírito de Deus, não por causa da minha força".

Há também uma tradição comum na sociedade timorense, que é a deslocação no dia 2 de novembro (conhecido como *Finado*) ao cemitério para semear plantas e levar oferendas aos espíritos ancestrais para lhes pedir bênçãos (*matak malirin*). Nessa altura os membros doentes da família também oram por cura. Todos os anos, durante a época da colheita, os membros da comunidade de todos os clãs de Timor, incluindo Aidaba Leten, realizam sempre eventos *sau batar* nos seus respetivos lírios para demonstrarem gratidão pela colheita e também para apresentar alguns dos trabalhos e rezar aos antepassados para que abençoem os seus filhos e netos de forma a manterem uma vida saudável com colheitas que lhes tragam saúde.

A comunidade também mantém rituais para bebés recém-nascidos, como o ritual "lavagem dos olhos", que em tétum e kemak é chamado *fase matan ou no ru anmiin*. Este ritual é realizado para sinalizar ao bebé que há uma nova vida e desejar ao recém-nascido que tenha um bom futuro. Em Aidaba Leten isto é feito para informar os espíritos dos antepassados (*matebian* e *rai nain*) de que há um membro recém-nascido a ser protegido durante a sua vida.

Saldanha (*cit. in* Geoffrey C. Gunn, 1999: 25) descreve que as cerimónias tradicionais em Timor-Leste são as seguintes: *Fase matan*, *tesi fuuk*, cerimónias de morte consistindo em *aifunan moruk*, realizada uma semana após a morte, e *aifunan midar*, realizada 40 dias após a morte, e também *kore metan*, ou liberando pano preto, que é uma cerimónia realizada após um ano da morte de um parente. Esses eventos costumeiros têm implicações negativas que podem fazer com que uma pessoa seja afetada por doença, caso haja exigências costumeiras não cumpridas por ela e não justificadas perante a *uma mane*.

Os atos e manifestações dos timorenses denotam uma crença profunda e dominante em espíritos, que se podem dividir em três categorias: os espíritos dos antepassados (*mate-bian*), a quem prestam culto especial; os espíritos dos vivos (*Rai nain*); e os espíritos da natureza.

Foto 2. Ritual *Fase matan*



Foto de Cecília, março de 2018 (Ritual *Fase matan* na Aldeia de Tutubaba)

O costume forçou a comunidade a criar gado, a endividar-se a fim de atender às demandas do costume, já que isso se relacionava com o prestígio social. "*Pita aber etun bain nua aen go*" (porque se não obedecermos, não somos tidos em conta no clã e seremos humilhados como um homem que não merece ser genro).

"Se houver um evento *lia mate lia moris / lihiu*, não quererá participar e deve haver dinheiro para isso, não deveria. Para isso temos que vender gado ou dívidas a outros para satisfazer as exigências de *Lihiu*, porque se não a oração de *uma mane* nos faz e os nossos filhos podem ficar doentes)" (Resultados do GDF Miguir)

Sociedades com baixos níveis de educação e consciencialização serão facilmente influenciadas por fatores externos que as tornam mais rápidas ao tomar decisões sem reflexão crítica. Referem-se os três níveis de consciência da comunidade, apresentados por Paulo Freire (cit. in Mansour Fakih, 2011:31): consciência mágica (*magical consciousness*), consciência ingênua (*naive consciousness*) e consciência crítica (*critical consciousness*). Pode dizer-se que o comportamento da sociedade de Aidaba Leten, como descrito acima, é uma manifestação das condições de vida de uma sociedade com consciência mágica. Nesse nível de consciência, a sociedade pensa que os problemas que enfrentam são o resultado de erros cometidos que violaram a ordem sobrenatural. Assim, assume-se que os problemas abundantes (como as doenças e a pobreza) surgem por causa de maldições ou do destino. Assim, as suas mentalidades e comportamentos relacionam-se com a superstição. A medicina tradicional, designada por “magico-

religiosa”, passou a ser rotulada de “superstição”, tomando a forma de práticas religiosas que fazem uso de amuletos, feitiços e manipulações físicas (Spector, 2000). Nas situações descritas acima, as pessoas tomam decisões baseadas na mistificação dos problemas que enfrentam, com a resposta institucional e a consciencialização dos formuladores de políticas públicas ao nível da consciência mágica e ingénuas.

A implementação de políticas e abordagens políticas de sistemas construídos com base numa consciência mágica e ingénuas conduz a que as pessoas não saibam lidar com os seus problemas de forma consciente e crítica. As comunidades não estão cientes de que estão na situação atual por causa dos sistemas sociais e culturais que as tornam impotentes para sair de suas situações de deterioração e ignorância. Condições como esta fazem-nas cair numa situação de desamparo. Elas não sabem que são empobrecidas pelo sistema social (político, económico e cultural) que as deixa incapazes de se desenvolver. Essa ignorância faz com que a sua exploração continue sem nenhuma possibilidade para criticar a incapacidade do sistema para resolver os seus problemas. Assim, o problema não está dentro do indivíduo, mas também fora do indivíduo, no próprio sistema.

Ratna (2010) sugere várias etapas do desenvolvimento de medicamentos tradicionais na revisão do desenvolvimento cultural:

1. A etapa inicial do irracionalismo; ou seja, a crença de que as pessoas ficam doentes por causa das ações dos espíritos. Para curar, é necessário passar por caminhos diretamente direcionados a esses seres fantasmagóricos. Pessoas que sabem como evitar doenças e curá-las são chamadas xamãs. Na orientação do xamã, os frutos e as flores (ou oferendas) são oferecidos para os espíritos diminuam a sua raiva, mas também, se necessário, animais, como galinhas, cabras, vacas ou búfalos, como meio de libertação do pecado;
2. A etapa do irracionalismo da aurora. Nesta etapa, as pessoas estão cientes de que os xamãs podem manipular vários poderes mágicos para os seus próprios propósitos. Os humanos podem usá-los para deixar outros doentes, mas também para os curar. Ao usar as suas orações ou feitiços, um xamã pode absorver poderes sobrenaturais em seus objetos escolhidos, que podem ser usados para finalidades boas ou más. Para além dos poderes mágicos de cura (*white magic*), há também aqueles que servem para perturbar

a saúde física ou mental de outras pessoas (*black magic*). Um caso de *black magic* só pode ser resolvido através de *counter white magic*;

3. A etapa do racionalismo inicial. Os seres humanos são empíricos, com os seus conhecimentos a derivarem direta ou indiretamente da prática ou experiência. Conhecendo os perigos das toxinas, o poder dos curadores de doenças, a força dos refrescantes do corpo e outras forças escondidas nos ingredientes do ambiente. Alguns dos xamãs que costumavam perseguir poderes sobrenaturais agora dedicam parte da sua atenção a estes poderes científicos. Embora eles não conheçam a verdadeira causa da doença, por experiência ou empiricamente sabem que forças naturais podem curá-la, através de fitoterapia, por exemplo;
4. A etapa do racionalismo avançado. Nesta etapa, surge a consciência de que os seres humanos são capazes de dominar racionalmente as forças contidas na natureza e de as utilizar em benefício das pessoas e da sociedade. Há o desejo de conhecer mais clara e profundamente as forças da natureza. Esse esforço promove a ciência, que é racionalmente organizada, objetiva e realista. Acredita-se em factos reais e objetivos. Este medicamento herbal moderno é então conhecido como "remédio". Paralelamente ao desenvolvimento de ervas medicinais em medicina, há também o desenvolvimento do xamã para se tornar um médico. Os xamãs nascidos e pertencentes ao "irracionalismo" são substituídos por médicos que surgem e crescem em períodos de "racionalismo". Os costumes e tradições que sustentam o xamã e prezam as ervas são substituídos pela ciência, que guia os médicos e a tecnologia moderna a produzirem remédios.

Os fatores culturais também levam ao aumento da violência doméstica, o que traz muito sofrimento para as mulheres. O conflito e a violência doméstica podem levar ao stress crónico, o que pode prejudicar a saúde física das mulheres, a normal absorção nutricional, a saúde mental e as habilidades de cuidado infantil (Sapolsky, 2004).

A violência contra as mulheres é uma forma de violência que ocorre frequentemente. Este ato está frequentemente associado à tortura física e psicológica cometida contra as esposas em casa. Essa ação ocorre porque se acredita que a sociedade ou a cultura que domina hoje em dia é patriarcal, onde os homens são superiores às mulheres e, por isso, têm o direito de as controlarem. Além disso, persiste a opinião errónea de que as mulheres são mais fracas ou menos capazes do

que os homens. Um novo estudo mostra que as articulações decisórias são frequentemente dominadas por homens e podem, na verdade, servir como um meio de reduzir o risco de violência doméstica (Grenfell et al. 2015).

As mulheres e as crianças em Timor-Leste são vítimas de várias formas de violência estrutural e cultural, incluindo o casamento infantil, a punição física em casa ou na escola e a violência doméstica (incluindo violação conjugal). A pobreza aumenta a pressão sobre as mulheres em determinadas situações do atual cotidiano (Silove et al. 2015). Na aldeia ainda há violência doméstica por causa das condições económicas e do regime patriarcal, que pioram a saúde das mulheres, como diz LT:

"Nesta aldeia há frequentemente violência doméstica, e eu bati na minha mulher porque a baixa rendimento mantém a mulher a falar muito para que eu mantenha as minhas emoções a atingi-lo. Então minha esposa me denunciou à delegacia e descemos para Maliana. Então resolvemos o problema sancionando os costumes para mim. Eu tive que abater um búfalo e levar cerveja e outras bebidas para alimentar as pessoas locais".

FT, como o comandante PNTL (polícia nacional Timor-Leste) de Atabae, explicou que:

"O total de casos aqui são apenas 4 casos que foram registados no ministério público, no atual nível de violência em Atabae foi reduzido. Com base na minha observação da violência doméstica é realmente muito, mas mais personalizado resolvido, de modo que listados aqui apenas 4 casos. Esses quatro casos baseiam-se nos resultados de investigação das delegacias de polícia, violência causada por fatores económicos e também devido a exigências costumeiras ou cultura. De acordo com minhas observações, as mulheres são ameaçadas e inseguras, por isso trabalhamos sempre em conjunto com outras entidades sociais que protegem e fornecem proteção e assistência de segurança para mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis. A violência doméstica surge por causa de fatores económicos e culturais".

Dada a tendência de não denunciar a violência contra as mulheres, um relatório alargado sobre a violência doméstica no DHS 2009-2010 ilustra uma imagem sombria dos níveis de violência física e sexual e controlo conjugal em Timor-Leste. Mais de 34% das mulheres timorenses com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos relataram ter sofrido abuso físico e/ou sexual pelos seus parceiros atuais.

Em muitos casos, o trabalho doméstico é da responsabilidade das mulheres, resultando numa baixa disponibilidade para exercerem trabalhos suplementares, o que conduz à ideia de que não são elas quem obtém o maior rendimento para o lar. Conforme revelado pela informante:

"Eu como mulher, meu trabalho apenas em casa. Os homens trabalham fora como pastoreando gado e agricultores. Em casa, meu filho costuma ajudar ao pai no quintal, pastores de cabras e vacas, enquanto minha filha pede ajuda para lavar louça, lavar roupas e outras tarefas domésticas".

Da mesma forma, AM disse que:

"Eu estou apenas em casa fazendo um trabalho em casa. A maioria dos homens aqui ir ao mar ou como pescadores. Outros trabalham em quintal, horta de arroz e alguns trabalham como trabalhadores em projetos de pavimentação. O mais responsável na família é o marido, mas geralmente quando as crianças doentes mais ocupadas são esposas. Nunca participei de reuniões no edifício da aldeia nem participei de nenhuma atividade realizada no edifício da aldeia".

As comunidades de Biacou que moram na costa também admitiram que as mulheres geralmente só trabalham em casa. Geralmente, os homens dedicam-se à pesca, porque não têm quintal. A maioria da população costeira não possui extensos terrenos para hortas ou quintais, tendo apenas um quintal ao lado de casa com legumes e milho durante a época das chuvas. Normalmente, o homem é quem é o chefe da família e quem deve trabalhar para ganhar dinheiro para sustentar a esposa e os filhos. Se as mulheres trabalham e ganham mais dinheiro, então o dinheiro ganho pela esposa é considerado como um rendimento adicional e não como o principal rendimento familiar. As mulheres também costumam ajudar a encontrar acompanhamentos no mar, quando o mar recuou, mesmo que seus maridos que entraram no mar não tenham pescado. Em Biacou não há mulheres encarregadas da família. Há uma mulher viúva que é responsável pelos seus filhos. Aquele que tem o poder de tomar uma decisão é o marido, mas às vezes o marido e a esposa concordam. As visões das pessoas em Sulilaran são semelhantes às visões das pessoas de Biacou.

Nas comunidades de subsistência rural em Timor-Leste, os papéis tradicionais de gênero, relacionamentos e normas ainda são respeitados, onde se espera que os homens sejam os chefes de família e mais fortes do que as mulheres, enquanto se espera que as mulheres sejam sábias e amorosas (Niner et al. 2013). As mulheres desempenham um papel importante na esfera doméstica e privada, mas têm oportunidades limitadas de educação, desenvolvimento econômico e participação política.

Comentário de ARB enquanto chefe do centro de saúde de Atabae:

"A condição das mães nas áreas rurais, tem muito pouco conhecimento sobre a saúde para ela, em seguida, as mães grávidas e as mães que amamentam que vêm para consultar no centro saúde e posto saúde são na sua maioria malnutrição. Eles têm vila só apenas 23 e sempre baixo, porque temos o hábito de que todo o trabalho de casa deve ser feito por mulheres. Às vezes nós fomos a áreas remotas as mulheres vêm ao posto saúde não vêm com seus maridos. Eles vieram sozinhos com seus filhos, um em uma tipóia e outros dois juntos. Se perguntado onde o marido? Eles responderam o marido apenas sentou-se em casa. Em áreas rurais, a mulher é a maior responsável por crianças doentes, e trabalha em casa e também ia ao quintal".

No final, a maioria das mulheres enfrenta stress e depressão, que podem levar a crianças malnutridas devido à negligência das mães, dada a maior preocupação das mulheres com os trabalhos domésticos.

1.6. Políticas, infraestruturas e acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais

Em 2002, o Ministério da Saúde, com o apoio dos seus parceiros, iniciou um programa de reabilitação e desenvolvimento. A infraestrutura de saúde reconstruiu 192 postos de saúde e 66 centros de saúde e atualmente opera em 13 municípios. Em cada município existem quatro níveis de centros de saúde (RDTL governo, 2010):

1. Nível 1: Para fornecer serviços básicos de saúde para toda a população, construir uma rede de postos de saúde dentro de um raio de 4-8 km de cada residência e clínicas móveis. Os serviços oferecidos incluem aconselhamento curativo, atendimento pré e pós-natal, imunização, monitorização do crescimento, educação em saúde e atividades de promoção da saúde;
2. Nível 2: Em cada Posto Administrativo há centros de saúde comunitários que fornecem prevenção (incluindo vacinação) e serviços curativos, com consultas externas, apoiados por um laboratório simples e maternidade (cuidados pré e pós-natal);
3. Nível 3: No município perto de Díli, em Aileu e Liquica (e também na ilha de Atauro), existem empresas que oferecem, além de outros serviços, cuidados básicos de emergência obstetrícia;
4. Nível 4: Este tipo de estabelecimento encontra-se nos distritos de Lautem, Viqueque, Manufahi, Ermera e Manatuto. Inclui um setor de internação com 10 a 20 leitos onde os casos médicos podem ser diagnosticados, tratados e encaminhados. Estão disponíveis serviços laboratoriais abrangentes e outras ferramentas de diagnóstico, além da Cirurgia de Pequeno Porte. Outros casos cirúrgicos, que requerem anestesia geral, são enviados para hospitais de referência a menos de duas horas de distância (Ministério da Saúde Timor-Leste, 2002).

A saúde faz parte da política, porque a saúde é um serviço público que deve ser distribuído uniformemente pelas áreas rurais. No entanto, as pessoas nas áreas rurais sempre têm problemas com a saúde. Várias dificuldades, como o acesso a água potável, o saneamento e o acesso a instalações de saúde, ainda se encontram na comunidade de Aidaba Leten.

Quando os GDF foram conduzidos com as pessoas da Aldeia Haramé, Suco de Aidaba Leten, elas ainda reclamavam das dificuldades no acesso à água potável, cultivando vegetais e

medicamentos tradicionais apenas na época das chuvas. Quando é época seca, todas as plantas morrem porque não há água. Para obter água potável, o povo de Haramé deve caminhar até 500 metros. A água captada até agora não serve apenas para beber e cozinhar, mas também para tomar banho, lavar roupas e também para o gado, sendo que muitas vezes são as mães e as crianças que ficam incumbidas de a encontrar.

A falta de água potável também é um problema na Aldeia de Sulilaran. No GDF realizado com a comunidade local, admitiram a falta de água. Alguns membros da família usam bem a água, mas os poços nas suas casas servem apenas para banho, lavagem e para animais de estimação, não para consumo, porque a água nas áreas costeiras perto do mar tem um gosto salgado e não pode ser consumida. Portanto, as pessoas têm que caminhar entre 500 a 1000 metros para obterem água potável, através de poços cavados nas aldeias vizinhas. Na Constituição RDTL, artigo 57.º sobre Saúde, o capítulo menciona que;

“(2) o Estado promove a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, na medida das suas possibilidades, gratuito, nos termos da lei¹¹.

Entende-se, então, que a estrutura de um sistema de saúde deve compreender cinco elementos principais: a configuração do sistema sanitário, a organização dos recursos (humanos, materiais e financeiros), a prestação dos cuidados de saúde, financiamento e gestão¹².”

Isto mostra a importância da relação entre saúde e política na melhoria da saúde pública e na preparação de seres humanos qualificados e competitivos.

Foto 3. Condição das estradas em áreas remotas



¹¹ Constituição da República de Timor-Leste, *op.cit* p. 20.

¹² Plano Estratégico Nacional de Saúde 2011-2030 e Sistema Nacional de Saúde disponíveis em <http://timor-leste.gov.tl/?p=5058&lang=pt>. Acessado em 21-06-2018.

Fotografia da estrada para a Aldeia de Haramé, a 09/02/18, e da estrada para a Aldeia de Aidaba Leten, a 12/02/18.

A condição económica das famílias, as estradas danificadas e a indisponibilidade dos transportes públicos constituem um desafio. Assim, o governo deve criar um programa que possa ser um estímulo para que os membros da comunidade criem um ambiente e uma sociedade produtiva e saudável, nos domínios físico, espiritual e social.

O objetivo deve ser o de os serviços de saúde não serem apenas utilizados por certos grupos, mas por pessoas pertencentes a todos os níveis socioeconómicos que deles precisem.

Outro problema no setor da saúde no Suco de Aidaba Leten é a falta de pessoal e equipamento médico adequado. Com a população total do Suco totalizada em 6.295 habitantes, o Centro de Saúde de Atabae não serve apenas a comunidade de Aidaba Leten, mas também toda a comunidade do Posto Administrativo de Atabae. Isso faz com que os serviços de saúde se tornem lentos caso surja uma doença que afete grande parte da população.

De acordo com ARB, como chefe do Centro de Saúde de Atabae:

"Programas de saúde pública do governo para centro saúde e posto saúde todos os anos são muitos, especialmente programas preventivos, como vitamina A e avensol, SISCa todos os anos, imunização, administramos essa nutrição com base em metas nacionais, mas às vezes não atingimos a meta nacional devido à falta de recursos humanos e instalações. Em centro saúde água potável não é suficiente, eletricidade e construção são suficientes mas não há maternidade, deve-se adicionar mais clínicas traumáticas, pois o caso de acidentes com veículos é muito, pois esta região está na rota internacional da via principal. Além disso, também precisamos de transporte ambulância. Até agora não temos Ambulância, só temos um carro multifuncional e a condição também já não é boa".

Enquanto isso, BD, como facilitador PNDS, disse que as dificuldades enfrentadas pelas comunidades rurais são a água potável e o número de crianças: "Às vezes nós damos treinamento na zona rural, perguntamos *já tem quantos filhos ?* Respondem *ainda tenho 7 filhos, queria mais*".

EFS, como médico, explicou:

"Em relação ao acesso ao saneamento básico para as famílias nos últimos dois anos em que trabalhamos aqui, observamos que, com base na categorização existente, ninguém encontrou categoria muito boa ou boa. A categoria de saneamento básico para a comunidade em Aidaba Leten ainda é relativamente pobre, porque embora haja uma ou duas casas que já tenham saneamento privado dentro da casa, seus vizinhos ainda estão sem saneamento e não há gestão do lixo. Muitas famílias construíram o saneamento, mas o principal problema é que não há água. É um problema grave que também tem um enorme impacto na saúde pública".

Em bora o programa do governo já inclua o abastecimento de água para a comunidade, a comunidade de Aidaba Leten ainda se queixa da escassez de água limpa. O programa de desenvolvimento

administrado pelo governo em resposta aos problemas de saúde pelo Ministério da Saúde do departamento Ambiental envolve cinco pontos importantes, tais como: Saneamento higiênico; controle de qualidade da água potável; segurança alimentar (seguro alimentar); fator de controle; gestão de lixo dentro do hospital.

Além das questões relacionadas com a água potável, as carências alimentares (durante a época seca), o desconhecimento de alimentos saudáveis e insuficiente de alimentação também são um problema sério na área rural de Aidaba Leten. CDN, como chefe do departamento de nutrição, diz que:

"O conhecimento da comunidade sobre a dieta que atende aos padrões nutricionais ainda é muito baixo. Um dos problemas nutricionais é a deficiência nutricional, como anemia. Algumas (50%) das mulheres timorenses têm uma baixa hemoglobina. Isso mostra um valor muito crítico. Mas se comparamos com as condições em 2010 e 2013, há mudanças, onde a noção de diversidade alimentar começou a subir".

Em 17 de outubro de 2017, o *The Dili Weekly* publicou notícias sobre a alta porcentagem de anemia em Timor-Leste. Com base nos dados do Inquérito sobre Alimentação e Nutrição de Timor-Leste 2013, mostra que a porcentagem de anemia para crianças dos 6-59 meses é de 63%, enquanto a idade reprodutiva de 14-60 anos é de 40%. Segundo Arsenio Pereira da Silva (diretor do Fórum das ONGs), disse no noticiário, que o problema da má nutrição e da anemia é um problema de múltiplas causas, e as causas mais proeminentes são o econômico, o social, o conhecimento e a falta de alimentos.

Portanto, a política de desenvolvimento do sistema de serviços de saúde para a mulher, a criança e a sociedade é um fator importante que influencia o nível de saúde. As políticas tomadas pelo governo até agora são as seguintes:

1. Melhoria dos serviços nacionais de saúde e melhores processos de governação por meio de:
 - a. Estratégias de provisão de instalações, adição de pessoal (recursos humanos) em hospitais, centros de saúde, laboratório nacional (serviço autónomo de medicamentos e equipamentos de saúde (SAMES)) e instituto nacional de saúde (INS). Além disso, o fornecimento de medicamentos e também a melhoria do desempenho ou serviço de trabalho. Essas estratégias são implementadas com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços centrados nos cidadãos dos estratos sociais mais baixos;
 - b. Programas de atenção primária à saúde que vão desde os postos de saúde e centros de saúde a hospitais, fornecimento de medicamentos, institucionalização e fortalecimento da saúde da família. O principal alvo desses programas são as famílias cujo ministério deve começar do centro de saúde aos hospitais.

2. Abordar o problema da insegurança alimentar tem quatro dimensões: disponibilidade, acesso, utilização e estabilidade, que são as maiores preocupações em Timor-Leste. Portanto, o governo tentou superar o problema da malnutrição através de políticas integradas de segurança alimentar em programas interministeriais. Esta política é conhecida como "declaração Comoro", com a participação do Ministro da Agricultura e Pescas, do Ministro das Finanças, do Ministro da Saúde, do Ministro do Comércio, Indústria e Turismo, do Ministro da Economia e Desenvolvimento, do Ministro da Educação e do Ministro da Solidariedade Social. O conteúdo da declaração de Comoro é o seguinte:

- *to implement a series of policies with the objective of eradicating poverty and inequality, thus improving physical and economical access by anyone, at any given time, to sufficient food that is nutritionally adequate and safe, while securing the effective use of such resources;*
- *to implement participative and sustainable practice and policies concerning agriculture, livestock, fisheries, forestry and rural development in potential areas on hillsides or flatlands, national and global levels, as well as the battle against plagues, drought and desertification, in order to consider the multifunctional character of agriculture;*
- *to make a large effort towards the prevention and preparedness for emergency situation such as natural disasters and emergencies because the actions of the people may meet the transitional and urgent food needs in such a way as encourage recovery, rehabilitation, development and capacity building in order to meet future needs;*
- *to promote the optimal allocation and usage of public and private funds in order to enable the enrichment of our human resources and sustainable food production, agriculture, livestock, fisheries and forestry systems, as well as the development of potential rural areas on hillsides and flatlands;*
- *to further strengthen and increase coordination and cooperation in the areas of food security and nutrition between each of our Ministries through a relevant inter-ministerial coordination body as well as to empower Timor Leste's National food Security Committee alongside our foreign partners such as the United Nations, Development Partners and civil society organization;*
- *to implement, monitor, assess and carry out a follow-up action plan including all actors in the cooperation effort, our development partners and the civil society.*

Além das questões acima, são necessárias políticas e programas governamentais que abordem seriamente os problemas de saúde pública, particularmente aqueles relacionados com a disseminação da doença em Aidaba Leten. À semelhança de outros lugares em Timor-Leste, os residentes de Aidaba Leten encontram-se suscetíveis a várias doenças, como infeções respiratórias, tuberculose e doenças de pele. A propagação da doença em Aidaba Leten também está associada à escassez de água e é em grande parte devida a más práticas de higiene, à falta de gestão de resíduos e também ao desconhecimento da população, sem esquecer a falta de apoio para o desenvolvimento das aldeias.

5.3. A perspectiva da sociedade rural sobre a saúde feminina

5.3.1. A perspectiva das mulheres sobre as suas experiências e comportamentos na saúde e na doença nas comunidades rurais do Suco de Aidaba Leten

De acordo com Josh Trindade (cit. Vicente Paulino, 2016: 28), *Lulik* refere-se ao cosmos espiritual que contém a criatura divina, o espírito dos ancestrais e a raiz espiritual da vida, incluindo as regras e os regulamentos sagrados que ditam as relações entre as pessoas e entre as pessoas e a natureza. Com referência ao conceito de 'dualismo', que foi desenvolvido por Van Wouden (1968 [1935]), Johs Trindade (ibid) afirma que *Lulik* é um sistema que está sempre associado a duas coisas opostas, mas que sempre se complementam e formam um equilíbrio na vida, por exemplo, feminino-masculino, *belak-kaibauk*, *Fetosa-umane*, norte-sul, leste-oeste, sol-lua, e assim por diante. Esta estrutura dualista é amplamente utilizada por antropólogos para descrever o povo da Indonésia Oriental, incluindo Timor-Leste (Trindade, 2008, 178).

Com base no conceito de dualismo, Josh Trindade analisa *Lulik* como um sistema que governa a relação entre elementos / valores elementares contraditórios (opostos) na vida. De acordo o autor, *Lulik* surge como o centro do ritual, como o cosmos, a entidade suprema, o mundo espiritual, o lugar dos ancestrais, a base da vida, o nível moral, os valores fundamentais.

Lulik é o primeiro mundo, é o fundamento, enquanto o segundo mundo é o mundo feminino (interno), que representa os valores femininos, ou seja, paz, fertilidade e prosperidade. O terceiro mundo é o mundo masculino, que representa os valores masculinos, a saber, segurança e proteção. Na crença timorense, o *Lulik* é a fonte que dá vida. Por este motivo, todos os timorenses são sempre obedientes aos valores e regras do *Lulik*. Qualquer um que violar ou vá contra as regras do *Lulik* sofrerá uma maldição em forma de doença ou infortúnio.

A segunda área importante é a “área feminina”, paz, prosperidade e fertilidade. Esta área é muito importante, porque a vida vem de dentro do *Lulik*, da figura feminina (mulheres/mães) para a figura masculina (homens/pais). Aqui, a fertilidade das mulheres e a sua posição encontram-se num patamar alto de importância. Assim, na sociedade timorense, a posição das mulheres é conhecida como “Feto Maromak” (mulher é Deus). A área masculina é responsável por fornecer segurança e proteção aos outros mundos, ou seja, *Lulik* e o mundo feminino. A área masculina /

do pai macho protege as fundações da vida. Por este motivo, a posição das mulheres na filosofia de vida dos timorenses é muito elevada, porque ela é o dador da vida e por isso ela deve ser protegida pelos homens. Neste contexto, o papel doméstico das mulheres na sociedade timorense pode ser entendido, assim como os papéis associados aos esforços para proporcionar vida e garantir a sua segurança para que a vida possa florescer.

Por isto, muitos membros da comunidade acreditam que o papel das mulheres na sociedade é o papel doméstico, em casa, a fim de gozar de uma vida fértil. Nesta visão, as preocupações com a saúde, de acordo com a sociedade de Aidaba Leten, são da responsabilidade das mulheres, assim como os assuntos domésticos. São as mulheres quem tem de cuidar das crianças em casa, incluindo levá-las à escola, e quando a criança ou o marido está doente, são elas quem cuida de tudo. Em alguns casos, quando o marido está doente, é a esposa quem deve pedir os medicamentos no centro de saúde. Com base na observação dos pacientes do Centro de Saúde de Atabae, são mais as mulheres quem procura ajuda médica. Uma mulher entrevistada explicou ao pesquisador que "às vezes o meu marido está doente, tenho que pedir medicamento no centro de saúde".

Na dimensão sociocultural, os determinantes das condições de doença podem ser culturais, sociais ou ecológicos. Componentes da cultura podem ser costumes tangíveis, crenças sobre os comportamentos de vida saudáveis, a dieta e a bebida. O componente psicológico inclui elementos de percepção da doença ou atitudes em relação à dor. Os componentes sociais incluem o nível de educação, profissão, rendimento e status económico. O componente ecológico consiste em elementos do estado do ambiente natural, limpeza do ambiente físico, casas de residência e meio ambiente.

Os quatro componentes socioculturais apresentados afetam direta ou indiretamente as formas de viver saudável, o comportamento ao mudar de um estado saudável para uma doença ou vice-versa. O conhecimento, as atitudes e o comportamento das pessoas para com a saúde e a doença continuam a mudar com os tempos. Saudável e doente estão intimamente relacionados com o ambiente natural e cultural das pessoas. Para viver uma vida saudável, as pessoas devem ter conhecimento sobre o estilo de vida saudável por meio da compreensão da saúde, ambiental e cultural.

A percepção da comunidade da ocorrência de diferentes doenças de uma região para outra depende da cultura que existe e se desenvolve na comunidade. A percepção das pessoas locais sobre as causas das doenças é muito diferente da definição da ciência. A sociedade tem a sua própria

visão das causas das doenças e do seu comportamento de cura. Essa percepção é influenciada por experiências de vida e mitos que há muito existem e se desenvolvem na sociedade de geração em geração. Ainda, essa percepção afeta o comportamento das pessoas ao lidar e ao resolver os problemas de saúde que enfrentam.

De seguida lê-se um exemplo da percepção da comunidade sobre “estar doente”, partilhada por alguns informantes deste estudo. EP explica a sua experiência no tratamento da dor de cabeça, dizendo que:

"Agora estou com dor de cabeça novamente. Eu fui ao Posto de Saúde e só tomei paracetamol e amoxicilina. Até agora não curar também. Já faz uma semana. Então agora há um vizinho que está tratando minha dor de cabeça com remédios tradicionais. Ela só usava alho e tamarindo azeda na parte da minha cabeça que estava doente, mas não se curou tão bem, e ela mudou novamente com raiz de marungge e raiz de coco. Ele bateu então ele colocou na minha cabeça. No início me sinto picante e minha cabeça está começando a se recompor. Ela colou duas vezes então agora eu sinto que estou acordado e não estou mais doente".

As percepções da doença e suas causas na comunidade são obtidas e determinadas a partir da experiência e dos elementos culturais existentes. Por exemplo, a doença pode surgir da maldição do *Lulik*, seres sobrenaturais, espíritos malignos e espíritos dos mortos ou antepassados.

Fotografia 4. Ritual *Posi Luha*

Foto 1



Foto 2



Foto: Uma família conduzindo uma cerimónia oral a 08-01-2018 no antigo túmulo de um ancião tradicional, implorando pela cura de uma mãe doente. Foto de Cecília Pereira.

Explicação das atividades nas fotos acima:

Foto (1): Na foto, uma família está *Posi Luha*, preparando-se para dar de comer aos antepassados ou a uma pessoa que é considerada *Lulik* e que amaldiçoou o membro doente da família. Foto (2): É considerada uma violação do *Lulik*, uma mãe doente. Quando o pai da mãe ainda estava vivo, o pai tinha *hafoli*¹³ de sua mãe e, em seguida, a mãe foi atraída para se tornar um membro da família do clã *uma mane*. No final do passeio, a mãe é puxada de volta para um membro da família do clã *mane foun* feto sem aviso prévio ou adeus ao clã *uma mane*, eventualmente a mãe está doente e sofre de perda de memória. A família supõe que o *mane foun* violou o *Lulik*, portanto deve ir encontrar um dos túmulos da *uma mane* para realizar o *Lulik* neste caso, pedir desculpas e pedir o *matak malirin* e curativo dos antepassados / ancestrais da *uma mane*.

¹³ Casamento tradicional, com dote.

Referimo-nos à opinião de Tyler de que o animismo envolve a crença em espíritos e numa existência futura, no controlo das divindades e espíritos subordinados, resultando, na prática, num certo tipo de culto ativo (Tyler, [1871] 1913). De acordo com Tyler, a prática demonstrada na figura acima mostra a prática do animismo, com a experiência das pessoas no campo, por exemplo, através da cerimónia de alimentação do parceiro para solicitar a cura dos espíritos dos mortos, considerados a causa da doença.

Apesar de acreditarem na existência de uma divindade suprema, um Deus denominado *Maromak* em *tetun*, que significa “brilhante”, esta não é, normalmente, objeto de culto, mas antes os espíritos dos antepassados e os *lulik*, objetos naturais ou artificiais que são considerados portadores de poderes sobrenaturais (Thomaz, 1976). A crença na imortalidade da alma é muito forte, pelo que a religião fica quase reduzida ao culto dos espíritos dos antepassados, que formam como que o elo de ligação entre *Maromak* e as criaturas (Hicks, 2001).

O comportamento doente é definido como qualquer forma de ação realizada por indivíduos doentes para obter a cura, enquanto os comportamentos saudáveis são ações de um indivíduo para manter e melhorar a sua saúde, incluindo a prevenção de doenças, os cuidados com a higiene pessoal, o exercício físico e uma alimentação nutritiva.

O comportamento saudável manifestam-no indivíduos que se sentem saudáveis, embora não sejam necessariamente saudáveis. De acordo com a perceção de doente e de doença, o comportamento doente e o comportamento saudável são subjetivos por natureza. A perceção da comunidade sobre doente e saudável é muito influenciada pelo elemento da experiência, além dos elementos socioculturais. Em vez disso, os profissionais de saúde tentam aplicar critérios médicos objetivos com base em sintomas aparentes para diagnosticar a condição física do indivíduo doente.

A visão da sociedade sobre a saúde e o acesso aos cuidados de saúde é determinada pelo seu comportamento cultural e posição socioeconómica. Em geral, as comunidades rurais não otimizaram os serviços de saúde modernos por causa da sua visão tradicional da saúde e da sua capacidade económica limitada, preferindo os sistemas tradicionais de tratamento, como os xamãs. Além disso, o informante DP compartilhou a sua experiência da seguinte forma:

"Eu tenho diabetes. Estava doente e internado no hospital. O médico disse que minhas mãos tinham que ser amputadas e eu não queria. Minha saúde era muito severa em meus ossos e decidi sair do hospital. Então eu fui ao xamã e ele rezou e fez seu ritual e, em seguida, usando a medicamento tradicional, ele anexou às minhas feridas até que fosse curado. Até agora cada uma semana que eu sempre consome a folha de Mindi (*Melia azedarach*)".

Fotografia 5. Remédio das folhas de plantas



Foto de Cecília Pereira, Haramé 09-02-2018.

Na foto, as pessoas acreditam que apenas por tomarem folhas de Mindi podem neutralizar os diabetes, portanto consomem-na uma vez por semana.

Explica JGS que a condição das mulheres da aldeia, sobrecarregadas com trabalho doméstico, as torna menos preocupadas com os seus problemas de saúde:

"Saudável significa boa vida, boa rendimento, boa sanitário. Não é tão saudável que não há dor, dependendo do corpo de uma pessoa, o doente sempre vem depende do estilo de vida. Todos estão preocupadas com sua saúde, mas as mulheres da aldeia estão mais ocupadas com o dever de casa e com outras tarefas domésticas, como o número de filhos e a falta de rendimento familiar, de modo que não prestam muita atenção à saúde de seus próprios corpos".

AP disse também:

"As mulheres em áreas remotas menos preocupadas com a própria saúde porque estavam mais ocupadas com as demandas de membros da família pesada".

Com base nos testemunhos acima, pode concluir-se que as atitudes e os comportamentos de saúde da mulher em Aidaba Leten são mais influenciados pela sua crença no poder mágico da cultura. Isto é o que faz com que as mulheres ignorem as doenças genéticas que têm, por exemplo, que muitas vezes acabam por se tornarem crónicas e difíceis de serem tratadas clinicamente.

5.3.2. A vida quotidiana das mulheres rurais no Suco de Aidaba Leten

A vida das comunidades rurais é caracterizada por relações sociais coletivas e homogêneas na sociedade com um forte nível de solidariedade social. Do ponto de vista cultural, o padrão das relações da comunidade rural em Timor, especialmente da comunidade de Aidaba Leten, é patriarcal, no qual a vida das mulheres é domesticada e encerra apenas papéis domésticos e de família.

Esta situação é onerosa para as mulheres, porque são responsabilizadas por atividades domésticas muito exigentes. Isso torna as mulheres mais preocupadas com as atividades domésticas e menos com os problemas de saúde.

Na sociedade de Aidaba Leten existe uma divisão dos papéis de homens e mulheres que pode ser vista a partir das suas atividades diárias em família e na sociedade. As atividades que são públicas e produtivas são as atividades diárias masculinas, enquanto as atividades domésticas e reprodutivas são de responsabilidade feminina. Atividades produtivas são todos os trabalhos relacionados com a produção de bens e serviços para a obtenção de rendimento que suporte a economia de subsistência (atendimento às necessidades básicas).

5.3.2.1 Atividades produtivas e reprodutivas

a. Agricultura

Com base nos resultados da pesquisa, nem todas as comunidades têm atividades agrícolas, já que apenas algumas apresentam meios de subsistência com elas relacionados. Em geral, aqueles que trabalham na agricultura são agricultores e trabalhadores rurais. Os agricultores têm pleno acesso e controlo sobre todos os insumos agrícolas, como terras, instalações de produção agrícola e mão de obra, enquanto os trabalhadores rurais trabalham apenas nas terras. Por outro lado, há também as atividades piscatórias. Os pescadores têm pleno acesso e controlo sobre os insumos de pesca, como barcos e arrastões, enquanto quem não tem facilidades, como barco, trabalham apenas com o patrono.

A cultura patriarcal causa uma divisão do trabalho por género. Na agricultura, há também uma diferença entre o trabalho de mulheres e de homens. As mulheres usam equipamentos mais simples, colhem e plantam arroz, enquanto os homens usam equipamentos modernos como tratores para arar os campos e pulverizar inseticidas para erradicar pragas e doenças nas culturas. Na pesca, as mulheres ajudam a preparar as ferramentas dos pescadores, como na pesca de arrasto, procuram marisco na maré baixa e vendem peixe.

Fotografia 6. Os agricultores



Foto de Pedrucu Jildo, 2018

Comentários fotográficos: A figura acima mostra que as mulheres também têm um papel importante no setor público. As mulheres estão sobrecarregadas com as tarefas domésticas, bem como com o trabalho nos campos e a gestão das necessidades econômicas familiares. No setor público, as mulheres também realizam trabalhos de alto risco para a saúde: sentadas na lama, como é possível ver na foto acima, podem vir a sofrer de doenças relacionadas com a saúde dos órgãos reprodutivos.

b. Adquirir meios de subsistência

No início, o trabalho tornou-se responsabilidade dos homens como chefes da família, mas devido às crescentes necessidades econômicas, pela insuficiência do rendimento do marido, as mulheres precisam de trabalhar para conseguir um rendimento adicional. Contudo, por vezes o rendimento recebido ainda não é suficiente, então veem-se obrigadas a aumentar o seu tempo de trabalho extra, vendendo legumes do seu quintal ou fazendo a revenda de outros produtos.

c. Trabalho extra

Estes trabalhos são geralmente feitos por mulheres, especialmente à tarde depois de realizarem o seu trabalho principal, como abrir quiosques, receber costuras, ajudar a cozinhar para

outras pessoas ou receber pedidos de bolos, trabalhar na casa de outras pessoas como empregadas domésticas, etc.

Na sociedade de Aidaba Leten, são da responsabilidade das mulheres as atividades reprodutivas e aquelas que se relacionam com a manutenção do lar, como cozinhar, lavar a roupa, limpar a casa, cuidar dos filhos, entre outras.

d. Abastecimento de água

A provisão de água potável é uma responsabilidade compartilhada entre homens e mulheres, porque a água é uma necessidade primária na vida humana. No suco de Aidaba Leten, nas aldeias de Aidaba Leten Foho e Harame, são as mulheres que usam a água do SAS (Serviço de Água e Saneamento) para beber, cozinhar, tomar banho, para os gados, etc. No suco de Aidaba Leten, a maioria da população costeira cavou poços e usa a água do SAS. Mesmo assim, as pessoas têm de andar entre 300 a 500 metros para a recolher e por vezes na época seca transportá-la nas fontes já amareladas e sujas revela-se pouco adequado.

e. Fornecimento de comida

Em termos de provisão de alimentos, as mulheres são totalmente responsáveis por determinar as refeições, que devem seguir os desejos dos seus maridos e dos restantes membros da família, para além de fazer compras no mercado, cozinhar, procurar água e lenha e até servir a comida. Portanto, às mulheres cabe gerir as preferências alimentares e ainda organizar as refeições de acordo com o rendimento da família.

f. Cuidados com as crianças

As mulheres têm o dever de cuidar das crianças em casa. A carga de trabalho pesada, que é exacerbada pelo número de crianças, torna muito difícil para as mulheres dividirem o seu tempo entre o serviço doméstico e o cuidado das crianças. Geralmente o cuidado das crianças exige a divisão de tarefas entre a mulher e outros membros da família, que cuidam delas quando a mãe está mais ocupada.

5.3.2.2. O padrão das atividades domésticas e públicas das mulheres rurais

a. O perfil do trabalho doméstico

O tipo de tarefas domésticas que são realizadas diariamente por mulheres ou donas de casa não é muito diferente das tarefas domésticas comuns, como virar o fogo na cozinha, cuidar das crianças, cozinhar, limpar, lavar, ir buscar lenha, recolher água, bater arroz, dar comida ao gado e restantes animais, entre outras. Elas realizam o trabalho doméstico desde manhã, antes de o marido sair para o trabalho, até à tarde. O tipo de trabalho dos maridos, com horário de trabalho fixo, relaciona-se com cargos de funcionário público, trabalhadores agrícolas e vendedores de legumes, podendo gerir o seu tempo para atividades dentro e fora da casa. Já os empregos temporários permitem dividir o tempo entre a família e o trabalho. Muitas vezes há o sacrifício dos interesses familiares devido à demanda económica, tendo de trabalhar para além do limite de tempo normal. Assim, deve haver uma divisão de trabalho / atividades domésticas. As mulheres que querem trabalhar ou estudar fora de casa também devem ter em conta as expetativas dos cuidados domésticos e a sua própria saúde (Wigglesworth et al., 2015).

Fotografia 7. A vida quotidiana das mulheres



Foto sobre as atividades quotidianas das mulheres. Foto de Cecília Pereira, 2018.

b. O perfil das atividades sociais da comunidade

Além de desempenharem o papel de donas de casa e ganharem a vida, as mulheres também realizam atividades comunitárias. As atividades sociais das mulheres no Suco de Aidaba Leten são de cariz religioso e social. Nas atividades religiosas destacam-se ir à igreja, reuniões na igreja e a

prática de coro na comunidade, enquanto nas atividades sociais destacam-se *sau batar iha uma lulik, hader mate uma, fase matan, finado, lihiu, posi luha* e outras atividades como consultas no centro de saúde (Foto 10). Nas atividades sociais, por vezes as mulheres também atuam como gestoras, especialmente mulheres que possuem um status social mais elevado, independentemente do nível de educação, porque são consideradas mais experientes e possuem um maior conhecimento.

Fotografia 8. Atividades sociais das mulheres



Foto a atividade de mulheres em centro saúde Atabae, Foto de Centro Saúde 2018

Geralmente, pode dizer-se que as vidas das mulheres rurais têm semelhanças em muitos aspetos, mas as condições geográficas de cada região determinam os diferentes meios de subsistência. As pessoas que vivem nas áreas montanhosas têm os seus meios de subsistência no cultivo itinerante, enquanto que a comunidade costeira vive de pescadores e pequenos vendedores ambulantes. As condições geográficas e de subsistência das comunidades nestas diferentes áreas geográficas determinam o vazio quotidiano da população, o que implica o papel das mulheres na vida familiar e social. As conexões sociais quotidianas sobrecarregam-nas e fazem-nas ignorar a sua própria saúde, por isso é necessário mudar as suas perceções e também o seu comportamento em relação à sua saúde.

Assim, podemos perceber que o papel da maioria das mulheres nas áreas rurais, como esposas, é o de responsável pela família. As mulheres desempenham um papel importantíssimo na

esfera doméstica e privada. Muitas informantes-chave reconhecem que nas suas vidas nunca fizeram atividades recreativas. A atividade física relacionada à recreação, por exemplo, não é comum, especialmente entre as mulheres, sendo que 95% de todas as inquiridas não participam em atividades recreativas de nenhuma espécie (WHO, 2015b). Por conseguinte, deve melhorar-se o estatuto das mulheres e aumentar o seu controlo sobre os recursos produtivos associados à melhoria na educação, saúde e nutrição das crianças (Quisumbing, 2003).

Com base nas descrições acima, pode concluir-se que os vários fatores mencionados estão inter-relacionados na influência da percepção e do comportamento de saúde na comunidade de Aidaba Leten. Os resultados deste estudo indicam que o conhecimento e a consciencialização da importância da saúde nas comunidades rurais são influenciados por uma tradição de vida que está intimamente relacionada com os aspetos da cultura local. A interconexão entre esses aspetos afeta os padrões de comportamento de saúde na comunidade e os padrões de comportamento comunitário, moldados pelas experiências de vida e pelos aspetos culturais, educacionais e económicos.

Os níveis de educação e consciencialização também afetam os padrões individuais de comportamento na saúde pública e no ambiente físico. O comportamento comunitário também é moldado por produtos políticos, como políticas públicas relacionadas com as infraestruturas e o acesso aos serviços de saúde em áreas rurais. Este estudo conclui que a comunidade não participa ativamente nos serviços públicos de saúde, pois a infraestrutura rodoviária danificada e a distância entre o centro de saúde / posto de saúde dificultam a deslocação de alguns membros da comunidade durante a época chuvosa. Estas condições obrigam a comunidade a encontrar soluções de saúde tradicionais, mais baratas e de mais fácil acesso.

Por outro lado, as influências culturais locais também moldam a conceção das comunidades rurais sobre as mulheres e o seu papel na sociedade, desempenhando um papel importante na definição de padrões de comportamento comunitário relacionados com a sua saúde. O processo de estabelecimento de padrões de comportamento por meio da inter-relação entre os aspetos acima mencionados acaba por afetar a percepção da comunidade acerca da saúde das mulheres rurais. Nesse nível, a percepção pública da saúde das mulheres rurais pode ser traçada a partir dos padrões de comportamento de saúde pública, gerados por meio de relações mútuas entre aspetos socioculturais, económicos e políticos da região.

Capítulo VI. Conclusão

Com base nos resultados deste estudo, pode concluir-se que:

1. A percepção pública sobre a saúde e o comportamento de vida saudável está intimamente relacionada com fatores económicos, a educação, experiências de vida, a própria consciência e fatores culturais. Os fatores económicos e culturais são os fatores dominantes que afetam o comportamento de vida das pessoas em relação à saúde, enquanto o nível de educação, as experiências de vida e os serviços públicos de saúde afetam o nível de consciencialização do público na promoção e desenvolvimento do conceito de vida saudável na família.

2. A comunidade de Aidabaleten possui a sua própria conceção do conceito de *saudável*, que está relacionada apenas com o estado do indivíduo que está fisicamente livre de doenças. Do ponto de vista ambiental, a definição deste conceito surge relacionada apenas com as condições de higiene física e ambiental da casa, tanto dentro como no exterior, bem como com os comportamentos individuais relacionados com a higiene pessoal e os esforços preventivos individuais para evitar os germes e a transmissão de doenças. A visão pública da saúde está centrada apenas no indivíduo e no seu comportamento relacionado com o seu ambiente doméstico. Por outro lado, outros aspetos, como o conceito de *saudável* relacionado com o comportamento individual na relação das interações sociais e fatores ambientais físicos no contexto mais amplo, ainda não estão a receber a atenção do público.

3. A percepção pública da comunidade de Aidaba Leten sobre as condições de saúde e doença baseia-se sobretudo na influência dos elementos culturais locais. O papel da cultura local, normas, valores e crenças das comunidades locais, influencia fortemente as opiniões, atitudes e comportamentos dos indivíduos na compreensão das condições de saúde e doença.

4. A percepção pública da comunidade de Aidaba Leten sobre saúde e doença e as causas da doença e o seu comportamento de cura, é predominantemente enraizada nas percepções místicas / de superstição (supersticiosas). A consciência geral da sociedade de Aidaba Leten ainda se encontra

ao nível da consciência mágica, que se baseia no pressuposto de que a dor surge causada por uma maldição pertencente ao sobrenatural. Considera-se que a pessoa doente violou normas e regras costumeiras de *lulik*. Essa percepção afeta o comportamento de vida das pessoas em relação aos estilos de vida saudáveis e às medidas preventivas e curativas das doenças.

5. Exis
tem vários fatores inter-relacionados que influenciam a percepção e o comportamento da saúde das pessoas de Aidaba Leten, tais como fatores económicos, políticos, culturais, educacionais e de consciencialização. Enquanto isso, o conhecimento e a consciencialização da comunidade sobre a importância da saúde nas comunidades rurais são influenciados por uma tradição de vida que está intimamente relacionada com os aspetos culturais locais. A interconexão entre esses aspetos afeta os padrões de comportamento de saúde pública de Aidaba Leten.

6. Os
níveis de educação e consciencialização também afetam os padrões de comportamento individuais na saúde pública e no ambiente físico. O comportamento comunitário também é moldado por produtos políticos, como políticas públicas relacionadas às infraestruturas e ao acesso aos serviços de saúde em áreas rurais. As comunidades participam menos ativamente nos serviços públicos de saúde, porque a infraestrutura de ligação entre elas e os centros de saúde apresentam mau estado e constituem um obstáculo à sua deslocação, levando-as a recorrer a serviços de saúde tradicionais.

7. A
influência da cultura local também afeta a concepção das comunidades rurais sobre as mulheres e o seu papel na sociedade, assim como desempenha um papel importante na definição dos padrões de comportamento comunitário relacionados com a saúde das mulheres rurais. O processo de estabelecimento de padrões de comportamento por meio da inter-relação entre os aspetos supracitados afeta a percepção pública da saúde das mulheres rurais. Assim, a percepção pública da saúde das mulheres rurais pode ser traçada a partir dos padrões de comportamento de saúde pública, gerados por meio de relações mútuas entre os aspetos socioculturais, económicos e políticos da região.

Referências

Livros e Artigos

1. Alves, F. (2013). *Saúde, Medicina e Sociedade Uma Visão Sociológica*. Lisboa.
2. Augusto, Fernando de Figueiredo (2011). *Timor A Presença Portuguesa (1769-1945)*. Lisboa: Centro de Estudos Históricos Universidade Nova Lisboa.
3. Andersen, R. and Anderson, O. (1979) Trends in the use of health services. In Freeman, H., Levine, S. and Reeder, L. (eds) *Handbook of Medical Sociology (3rd Edition)*. New Jersey: Prentice-Hall.
4. Balog, J. E. (1978). *An historical review and philosophical analysis of alternative concepts of health and their relationship to health education* (Unpublished dissertation). Maryland: University of Maryland.
5. Bauer, W. W. & Schaller, W. E. (1955). *Your Health Today*. New York: Harper and Row. 2nd Edition.
6. Baumann, B. (1961). *Diversities in conceptions of health and physical fitness*. *Journal of Health and Human Behavior*, 2 (1), 39-46.
7. Becker, M. H. (1979). *Understanding patient compliance: The contributions of attitudes and other psychosocial factors*. In S. J. Cohen (Ed.), *New directions in patient compliance* (p. 1-31). Lexington, MA: Lexington Books.
8. Bedwell, R.M. et. al (2017). *Factors Influencing the Use of Biomedical Health Care by Rural Bolivian Anemic Women: Structural Barriers, Reproductive Status, Gender Roles, and Concepts of Anemia*. Published online 2017 Jan 26. doi: 10.1371/journal.pone.0170475 Disponível e: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5268784/m> Consultado em 08-10-2017.
9. BLUM, H. L., 1981. *Planning for Health*. Generics for the Eighties. New York: Human Sciences Press.
10. Carapinheiro, G. (2010). *Equidade, Cidadania e Saúde. Apontamentos Para Uma Reflexão Sociológica*. (Disponível <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/580/1/Equidade,%20cidadania%20e%20sa%C3%BAde.pdf> Consultado em 20-10-2017).
11. Clamagirand, B. (1980). *The Social Organization of the Ema of Timor*. In J. J. Fox (Ed.), *The Flow of Life: Essays on Eastern Indonesia* (pp. 134-151). Cambridge: Harvard University Press.

12. _____ (1975). *Marobo: Organisation Sociale et Rites d'une Communauté*
13. Cockerham, W. (2000) *Medical Sociology*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
14. Correia, J. (2013). *Construção de Casas Sagradas (UMA LULIK) na sociedade Timorense* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
15. Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications. SAGE Los Angeles, London, Washington Dc.
16. Deen, J. et. al (2013). *Identifying national health research priorities in Timor-Leste through a scoping review of existing health data*. Published online 2013 Mar 1. doi: 10.1186/1478-4505-11-8. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599283/> (Consultado 08- 10- 2017)
17. Dixit, Shikha et.all (2008) *Conceptualisation of Health and Illness: A Study of Social Representations among Bondos of Orissa*. Jornal: Psychology & Developing Societies
18. Dili: *Instituto Nacional de Linguística – Universidade Nacional de Timor Lorosa'e* (UNTL). Disponível em: <http://web.archive.org/web/20080119191225/www.asianlang.mq.edu.au/INL/langs.html> (Consultado em 05-06-2018)
19. Dolfman, M. L. (1973). *The concept of health: an historic and analytic reexamination*. *The Journal of School Health*, 43, (8), 491-497.
20. Engle PL, Menon P, Haddad L. 1999. *Care and nutrition: concepts and measurement*. *World Development*; 27: 1309-37.
21. Eberst, R. M. (1984). Defining health: a multidimensional model. *Journal of School Health*, 54 (3), 99-104.
22. *Ema de Timor*. These de Doctorat de 3o cicle (Ethnologie). Paris: Ecole Pratique des Hautes Etudes – Universite Rene Descartes.
23. Fakh, Mansour, 2011. *Runtuhnya Teori Pembangunan dan Globalisasi*. Jogjakarta. Insist Press dan Pustaka Pelajar.
24. Fox, R. (1989) *The Sociology of Medicine: a Participant Observer's View*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
25. Fontoura, A. (1942). *O Trabalho dos Indígenas de Timor*. Lisboa: Agencia Geral das Colonias.
26. Giddens, A. (2013). *Sociologia*, 9.ª Edição Revista e Atualizada com Philip W. Sutton Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa. p 451.

27. Helman, C.G., 1990. *Culture, Health and Illness*. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.
28. Hicks, D. (2001). *Traditional Society in East Timor*. In J. D. C. Arez (Comissario Cientifico), *Cerâmicas de Timor Loro Sa'e* (pp. 37-46). Catalogo de Expositcao. Lisboa: Centro Cientifico e Cultural de Macau.
29. Hoyman, H. (1962). *Our modern concept of health*. *Journal of School Health*, 32, 253.
30. Hull, G. (2004). *The Languages of East Timor: Some Basic Facts (Revised 24.8.2004)*.
31. Kalnins, I. & Love R. (1982). *Children's concepts of health and illness – and implications for health education: an overview*. *Health Education Quartely*, 9 (23), Summer/Fall.
32. Khanal, V. et. al (2015). *Under-utilization of antenatal care services in Timor-Leste: results from Demographic and Health Survey 2009–2010*. *BMC Pregnancy and Childbirth* > Ausgabe 1/2015. Disponível em www.springermedizin.de/under-utilization-of-antenatal-care-services-in-timor-leste-resu/9743382 (Consultado em 08-10-2017)
33. Kutner, B. (1956) *Five Hundred over Sixty: a Community Survey on Aging*. New York: Russel Sage Foundation.
34. Lewis, A. (1953). Health as a social concept. *British Journal Society*, (4) 110-115.
35. Leite, J. R. (2010). *Técnicas usadas em Medicina Comportamental*. Disponível em <http://www.saudecomportamento.com.br/index.html> (Cosultado 05-10-2017)
36. _____ (1986). Saúde. In: Silva, B., org. *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1986. p.1099-101.
37. Lover, A. A. (2014). *Demographic and Spatial Predictors of Anemia in Women of Reproductive Age in Timor-Leste: Implications for Health Program Prioritization*
38. Loedin, AA. et. al (1989). *Tinjauan Fenomena Sosial*. Cet.pertama Penerbit Kanisius, hal.7-8.
39. Manuel, H. I. B. M. (2012). *Crenças, Atitudes e Práticas de Saúde Reprodutiva em Timor-Leste: Uma Abordagem Intercultural*. P.243-274
40. Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., & Caballo, V.E. (2001). *Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos*. In: B. Rangé (org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, (pp.463-474). Porto Alegre: Artmed.
41. Mubarak, W.I., 2009. *Sosiologi untuk Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
42. Natapoff J. N. & Essoka G. (1989). *Handicapped and able-bodied children's ideas of health*. *Journal of School Health*, 59 (10), 436-439.

43. Norton, R. (2016) *Women's health: a new global agenda*.
44. Niner S, Wigglesworth A, dos Santos AB, Tilman M. 2013 *Baseline study on attitudes and perceptions of gender and masculinities of youth in Timor-Leste*: Final Report. Dili: Paz y Desarrollo, UNTL, and Cooperatcion Espanola.
45. Nodin, N. (2002). *A Sexualidade de A a Z*. Lisboa: Circulo de Leitores.
46. Notoatmodjo, S. (1993). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
47. _____ (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
48. _____ (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni*. Jakarta. PT Rineka Cipta.
49. Nunes, J. (2009). *Saúde, Direito a Saúde e Justiça Sanitária*. Revisão Critica de Ciências Sociais. (Disponível www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=2305. Consultado em 20-09-2017).
50. Oberteuffer, D. (1960). *School Health Education*. 3rd Edition. New York: Harper and Brothers.
51. Padilla, P. et. al (2013). *Cidadania e diversidade em saúde; necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados*. Centro de investigação e estudos de sociologia instituo. Editora Universitário de Lisboa (CIES-IUL).
52. Pedersen, J.; Arneberg, M. (1999) (Eds.). *Social and Economic Conditions in East Timor*. Columbia University's International Conflict Resolution Program (New York, USA). Oslo: Fafo Institute of Applied Social Science.
53. Pélissier. René. (2007) *Timor em Guerra A Conquista Portuguesa 1847-1913*. Estampa, Lda. Lisboa.
54. Ratna, W., 2010. *Sosiologi dan Antropologi Kesehatan dalam Perspektif Ilmu Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Rihama
55. Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. [s.l.]: Merck, Sharp & Dohme.
56. República Democrática de Timor-Leste (2002). *Constituição da República Democrática de Timor-Leste*. (Disponível em http://timor-leste.gov.tl/wp-content/uploads/2010/03/Constituicao_RDTL_PT.pdf consultado em 08-12-2016).
57. República Democrática de Timor-Leste (2012). *Plano Estratégico de Desenvolvimento 2011-2030*. (Disponível em http://timor-leste.gov.tl/wp-content/uploads/2012/02/Plano-Estrategico-de-Desenvolvimento_PT1.pdf, consultado em 02-10-2017).

58. Sanne, P. A E. (2016). *Women's health: a new global agenda*. Published online 2016 Nov 1. doi: 10.1136/bmjgh-2016-000080
59. Serapioni, A.F. (2014). *Participação em Saúde: Conceitos e Conteúdos*. (Disponível em <http://www.uc.pt/en/feuc/notas-economicas/artigos/pdf/ne040n0232>, consultado em 16-12-2016). Editora CES Universidade de Coimbra (CEISUC:FEUC/CEISUC:ARS-Centro).
60. Sapolsky RM. *Why Zebras Don't Get Ulcers*. New York, NY: Henry Holt and Company; 2004.
61. Sarafino, E. P. (2004). *Context and Perspectives in Health Psychology*. In S. Sutton, A. Baum, & M. Johnston. *The Sage Handbook of Health Psychology*, (pp. 01-26). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
62. Sarafino, E.P. (2006) *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. Fifth edition. USA: Jhon Wiley & Sons, Inc
63. Seguin, R. A et al (2017). *Development and testing of a community audit tool to assess rural built environments: Inventories for Community Health Assessment in Rural Towns*. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.06.008>
64. Skinner, B. F. (1973/1979). *O que é comportamento psicótico?* In T. Millon (Ed.), *Teorias da Psicopatologia e Personalidade* (E. D. V. Vianna, E. Nick, L. Peotta & M G. R. Maron, Trad.) (pp.188-196). Rio de Janeiro: Interamericana (Trabalho original publicado em 1973).
65. Silva, Luísa (2010). *Saúde Comunitária: A participação numa estratégia reguladora*. (Disponível <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/641/1/Sa%C3%BAde%20comunit%C3%A1ria.pdf>, Consultado em 16-12-2016).
66. Silove D, Rees S, Tay AK, et al. 2015. *Pathways to perinatal depressive symptoms after mass conflict in Timor-Leste: a modelling analysis using cross-sectional data*. *The Lancet Psychiatry*; 2: 161-7.
67. Spector, R. E. (2000). *Cultural Diversity in Health & Illness* (5th ed.). New Jersey:Prentice Hall.
68. Taylor, S.J. (1984). *Introduction to Qualitative Research Methods: The Search for Meanings*, Second Edition. John Wiley and Sons. Toronto
69. Taylor, S. E. (1999). *Health Psychology*. 4 th Ed. [s.l.]: McGraw-hill International Editions
70. _ (2003) *Health psychology*, Fifth edition Boston: McGraw-Hill

71. Tyler, E. B. ([1871] 1913). *Primitive Culture* (Vols. 1-2) (5th ed.). London: John Murray
72. Thomaz, L. F. (1976). *O Drama de Timor. Brotéria - Cultura e Informação*, 102 (1), 17- 36.
73. Parsons, T. (1951) *The Social System*. Free Press: New York.
74. _____ (1958). *Definitions of health and illness in the light of American values*. In Jaco E. F. (Ed.). *Patients, Physicians, and Illness*. Glencoe: The Free Press.
75. Quisumbing A. (Ed.) 2003. *Household decisions, gender, and development: a synthesis of recent research*. Washington, DC: IFPRI. Disponível em: <http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/129647> (Acessado em 03-03-2018)
76. Wild Kayli et. al (2010) *Birth choices in Timor-Leste: A framework for understanding the use of maternal health services in low resource settings*. *Social Science & Medicine* Volume 71, Pages 2038-2045 Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.012> (Consultado em 08-10-2017)
77. Williams, J. F. (1946). *Personal hygiene applied*. Philadelphia: W B Saunders.
78. Zahra A, Lee EW, Sun LY, Park JH, 2015 *Perception of lay people regarding determinants of health and factors affecting it: an aggregated analysis from 29 countries*. *Iran J Public Health*. ;44:1620–31
79. Zid, Muhammad, et al., 2016. *Sosiologi Pedesaan, Teoretisasi dan Perkembangan Kajian Pedesaan di Indonesia*. Jakarta, Rajawali Press.

Páginas Consultadas

1. *Constituição Da República de Timor Leste* (Disponível em: http://timor-leste.gov.tl/wp-content/uploads/2010/03/Constituicao_RDTL_PT.pdf Consultado em 22 - 09 – 2017)
2. *Fundo de População da ONU destaca casos de gravidez na adolescência em Timor-Leste* (Publicado em ONUBR Nações Unidas no Brasil 06/11/2017) Disponível em: <https://nacoesunidas.org/fundo-de-populacao-da-onu-destaca-casos-de-gravidez-na-adolescencia-em-timor-leste/> Consultado 07-11-2017)
3. Ministério da saúde da República Democrática de Timor-Leste (2016). *SISCA Health and Service*. (Disponível em <http://www.moh.gov.tl/?q=node/82%20Consultado%20em%2005> Consultado 08-11-2017)

4. https://de.wikipedia.org/wiki/Atabae#/media/File:Atabae_posto_administrativo.png
Acessado em 22-06-2018
5. *Census Fo Fila Fali*, 2010 Disponível em <https://www.mof.gov.tl/wp-content/uploads/2011/10/bobonaro-aidabaleten-fo-fila-fali-tetum-FINAL.pdf> Consultado em 26-06-2018)
6. <http://www.thediliweekly.com/tl/noticias/saude/14800-taxa-anemia-aas-iha-timor-leste>
(Consultado 30-07-2018)

Documentos Adicionais

1. Health Alliance International (HAI) (2004). *Strengthening Maternal and Newborn Care in Timor Leste: Focus Group Discussions with Midwives – Aileu, Ermera, Liquiça and Manatuto Districts*. Dili: HAI.
2. Médicos do mundo em timor leste: *a investir na qualidade e acesso a cuidados de saúde* (2016). (Disponível em www.medicosdomundo.pt/.../médicos-do-mundo-em-timor-leste--a-inve, consultado em 02-10-2017).
3. Ministério da Saúde de Timor-Leste (2008a). *Timor Leste Annual Health Report 2008*. Dili: Office of Health Management Information System and Epidemiological Surveillance, Ministry of Health.
4. Ministério da Saúde de Timor-Leste; United Nations Population Fund (UNFPA); World Health Organization (WHO) (2004). *Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva 2004 – 2015*. Dili: Ministerio da Saude.
5. Ministério do Ultramar (1968). *Serviços de Saúde e Assistência no Timor Português*. Lisboa: Ministério do Ultramar.
6. Agencia-Geral do Ultramar, (1970). *Serviços de Saúde e Assistência no Timor Português*. Lisboa: Ministério do Ultramar.
7. Ministério da Saúde de Timor-Leste; *United Nations Population Fund (UNFPA)* (2007). *Timor-Leste National BCC Strategy for RH/FP/SM 2007-2011*. Dili: Ministerio da Saude.
8. Ministério da Saúde de Timor-Leste; *Timor-Leste Asistencia Integrada Saude (TAIS)*(2007). *Community Consultation” on Child Health Practices in Timor-Leste*. Dili. Acedido a 20 de Novembro de 2009 em: http://www.basics.org/about_basics/countries/pdf/Community_Consultation_Timor_Leste.pdf

9. National Statistics Directorate, Ministry of Finance, & Democratic Republic of Timor-Leste 2010, Timor-Leste. *Demographic and Health Survey 2009-10*, Dili, Timor-Leste and ICF Macro, Calverton, Maryland, USA.
10. *Relatório da Relatora Especial sobre pobreza extrema e direitos humanos no seguimento da sua missão em Timor-Leste* (13 a 18 de novembro de 2011)
11. Timor-Leste Asistencia Integrada Saude (TAIS) and Ministry of Health (MOH). 2007. *“Community Consultation” on Child Health Practices in Timor-Leste*. Dili: USAID.
12. World Health Organization (2005). *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1. Guiões das entrevistas

Guião de observação a acompanhar a entrevistadora

Os principais pontos que serão observados nos sites de investigação são: instalações de saúde, ambientes físicos e sociais nos locais de investigação.

1. Condição física do ambiente do posto de saúde: (infraestrutura e desempenho dos médicos)
 - a. O centro de saúde já fornece as instalações para apoiar as atividades dos serviços de saúde da comunidade rural?
 - b. O centro de saúde possui equipamentos médicos adequados?
 - c. Existe algum medicamento disponível em posto de saúde com sala de exames de pacientes que garanta sua privacidade?
2. Características da aldeia (Suco) dos aspetos do ambiente físico e social em relação à saúde
 - a. Condição física das casas.
 - b. Limpeza dentro e fora da casa, condições sanitárias na família e na aldeia
 - c. Apoio às instalações de saúde materno-infantil, bem como aos serviços SISCA (Serviço Integrado de Saúde Comunitária)
 - d. As atividades diárias das mulheres nos sites de investigação, tais como: comportamento higiene, culinário, dieta e opções de menu de alimentos.
 - e. Acesso a água potável e sanitários (incluindo banho, lavagem e latrinas)
 - f. Existe algum WC/ *toilet* público em cada aldeia?
 - g. A distância entre a casa e os estábulos de gado, a condição e a limpeza da gaiola e a gestão dos resíduos de gado
 - h. Gestão de lixo da família e também em todas as aldeias
3. Aspeto da educação
 - a. Instalações e infraestrutura de educação
 - b. Acesso comunitário à educação (distância da escola e consciência da sociedade)
 - c. Participação da comunidade na gestão escolar.
4. Aspetos socioculturais:
 - a. Interações sociais entre membros da comunidade
 - b. Implementação de normas sociais
 - c. Atividades culturais
5. Aspetos econômicos:
 - a. Produção agrícola, meios de transporte e acesso a mercados tradicionais

- b. Artesanato doméstico
- c. Potencias econômicos e oportunidades de mercado. Estes incluem potenciais alimentares, plantações, pecuária, pescas e potenciais de turismo comunitário.

Guião de entrevista às mulheres

IDENTIDADE DE RESPONDENTE

Data:

1. Nome:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Estado civil:
5. Número de membros da família:
6. Número de crianças:
7. Nível de educação:
 - a. Escola básico
 - b. Ensino primaria
 - c. Ensino secundário
 - d. Ensino superior (D1, Licenciatura, Mestrado e Doutoramento)
8. Profissão:
 - a. Funcionário público
 - b. Empregados privados
 - c. Autônomo
 - d. Outros
9. Trabalho de marido ou mulher:

Perguntas para entrevistas:

1. O que você acha que é a saúde e o que é uma doença? e como isso se relaciona com uma mulher que vive em uma aldeia como na aldeia de Aidaba Leten?
2. Qual é a perspectiva das mulheres sobre a vida saudável e os fatores que causam doenças. Quais são as experiências das mulheres relacionadas à saúde e à doença.
3. Como são praticados comportamentos saudáveis e quais são as doenças que existem na vida comunitária?
4. Quais são os fatores que influenciam o comportamento da vida saudável e a doença nas mulheres na aldeia?
 - a. **Aspeito Socio economico**
 1. Quanto é o seu rendimento por mês?
 2. Tem uma plantação ou um campo de arroz? em que plantações são plantadas?
 3. Quanto dinheiro você depositou por mês?
 4. Quanto dinheiro você gastou por mês?

5. Quantas crianças você tem que cuidar nessa casa e sua renda também é suficiente para elas?
6. Qual é a sua estratégia para atender às necessidades da família? (GDF)
7. Você tem depósito específico para necessidades de saúde da família?
8. Você costuma comprar necessidades de medicamentos em farmácias ou clínicas? (quanto dinheiro para comprar medicamentos?)
9. Qual é a interação social entre pessoas com doenças transmissíveis e membros da comunidade?
10. Como o comportamento do consumo saudável e nutritivo de alimentos na família? (GDF)
11. Quantas refeições por dia?
12. Existe um lanche da manhã e da tarde?
13. Como você obtém a comida: vegetais e frutas?
14. Qual é o seu estado familiar na estrutura da comunidade?

b. Aspectos da educação

1. Grau/nível da educação
 - a. Escola primaria
 - b. Escola pré secundaria
 - c. Escola secundaria
 - d. Universidade (D-1, D-2, D-3, Licenciatura, Mestrado)
 - e. Doutorado
2. Qual é a importância da educação para sua família?
3. Quantos filhos são a escola?
4. Qual o nível de educação de seus filhos?
5. Qual o status das escolas de seus filhos (escolas privadas ou públicas)?
6. Seus filhos vivem com você e eles têm alguma bolsa de estudos? ~
7. Você tem algum depósito para a educação de seus filhos?
8. Você abriu uma conta de poupança? (em um banco ou em uma cooperativa de poupança e empréstimo? Com que frequência você poupa dinheiro?)
9. Qual é o propósito de salvar?
10. É a renda da sua família é suficiente financiar educação de qualidade para o seu filho até a faculdade?

c. Aspectos do conhecimento e da consciência da saúde da sociedade rural

1. Qual é a sua opinião, o que é saudável? Como que está doente? Em que situação uma pessoa é chamada de saudável e a situação de como alguém é chamado de doente?

2. Como você conhece e entende sobre a saúde familiar? Por favor, explique! Onde você obtém fontes de informações sobre saúde? Dos pais, internet, TV, rádio, professores, amigos?
3. Você sabe quais instalações de saúde existem em posto de saúde?
4. Você costuma fazer o exame médico? O rendimento é suficiente para financiar a saúde da família? Explique a sua razão!
5. Nível de conhecimento sobre nutrição; Dieta: como é a composição ou comida diária?

d. Aspectos culturais:

1. Quais são as opiniões comuns da sociedade sobre a saúde, como a superstição: os curandeiros, os bruços, feiticeiros na causa da assistência das mulheres, as mulheres que ajudam no nascimento dos bebês?
2. Se estiver doente, onde ir para o tratamento? Hospital, medicamentos tradicionais, ou clínicas privadas ou xamãs.
3. Qual é a maior parte do dinheiro gasto? Para a escola, construir uma casa, para cerimonia cultural (costume), poupando para a saúde
4. Na sua opinião, quais são os papéis das mulheres na família e na sociedade?
5. Quem é responsável pela saúde familiar? pai ou mãe? Por quê?
6. Se o seu filho está doente, quem é preocupado? pai ou mãe? por que pai? por que mãe?
7. Pergunta para o pai ou o marido: você entende sobre a saúde da sua filha? Tal como a menstruação e qualquer doença relacionada com ela como mulher?
8. Pergunta para o pai ou o marido: você entende a puberdade de uma mulher? (Por favor explique)
9. Quais são os diferentes papéis e responsabilidades entre homens e mulheres, meninos e meninas na família e na sociedade? E como os diferentes papéis são definidos?
10. As opiniões das mulheres são consideradas no processo de tomada de decisão familiar? E como é implementado? (FGD e observação)
11. Qual é o papel da mãe e suas filhas nas atividades diárias na comunidade?
12. Será que todos os anos a sua família sempre participa de eventos culturais na casa tradicional (casa sagrada)? Se não participar, quais são as consequências?
13. Será que cada 2 de novembro (*day of the ghost*) você e sua família sempre visitam o cemitério para semear flores e oferecer ofertas aos espíritos dos antepassados?
14. Qual é o nível de violência doméstica na comunidade? (pergunta para organizações que tratam os vitimas violência doméstica tal como: Redi Feto e polícia comunitária).

O comportamento comunitário também é influenciado por aspetos do ambiente físico, experiências de vida e compreensão da comunidade sobre o conceito de saúde e doença

a. Aspetos do ambiente físico, experiências de vida e compreensão da comunidade sobre o conceito de saúde e doença

1. Como cozinhar na família? Como é a dieta diária na família?
2. É o alimento que consumiu pela família, comprado ou colhido na horta da família?
3. Existe alguma planta que use para medicamentos tradicionais? (como: gengibre, açafrão, *marunggi*, lima, limão, etc. e os membros da família o consomem? O membro da sua família entende os benefícios da medicina tradicional?
4. Você já visitou um médico e um xamã? Qual é a diferença? Qual você escolhe, médico ou xamã? Por quê? Qual é a sua experiência?
5. Algum membro da família ficou doente porque os espíritos ancestrais estavam bravos ou porque não visitaram a casa tradicional (casa sagrada)? Como isso aconteceu e quando?

b. Políticas, infraestrutura e acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais

1. Como é o serviço de saúde pública através de posto saúde e programa SISCA?
2. O que é que você acha sobre o estado geral dos serviços de saúde pública nesta aldeia?
3. Na sua opinião, o que foi feito pelo governo central e local para resolver problemas de saúde da comunidade nesta aldeia?
4. Que tipos de doenças são comumente experimentadas pela comunidade e o que causa isso?
5. As mulheres compreendem os benefícios dos programas de planeamento familiar? GDF
6. As pessoas aqui seguem o Programa de Planeamento Familiar? O marido compreende e permite isso?
7. Quais são as doenças sofridas e reclamadas por mulheres nesta aldeia e como o governo local respondeu?
8. Existe alguma atenção especial às pessoas com doenças infecciosas como tuberculose, malária e dengue, etc.?
9. Quais os programas ou esforços que o governo tem feito para melhorar os serviços de saúde pública?
10. Existem algumas condições para seguir o programa?
11. Onde estão implementados os programas?
12. Desde quando o programa foi planeado?
13. Que critérios devem ser cumpridos para poder seguir este programa?
14. Esse programa foi realizado de forma otimizada?
15. Quanto o financiamento foi atribuído ao governo para o programa? As pessoas locais apoiam o programa? Qual é a forma de suporte?

16. Quais são os efeitos positivos e as implicações deste programa
17. O que os serviços de saúde podem ser feitos aqui?
18. Existe o programa de cuidados de saúde para adolescentes?
19. Em que forma é dado o serviço de saúde para gestantes e como é o nível de participação da comunidade?
20. Quais são fornecido o serviço de saúde para as mulheres que dão nascimento, pós-parto, amamentação e idosas? Ao fornecer serviços de saúde aos pacientes, como explicar aos pacientes sobre o conceito de saúde e doença?

Guião de entrevista para os grupos de discussão focal (GDF):

1. Conhecimento geral sobre a saúde:

1. Qual é a sua opinião sobre o conceito de saudável e doente? (O que é doença e o que é saudável?)
2. Para que uma pessoa viva limpa e saudável, o que ele deveria fazer? (tome um banho regularmente, coma regularmente, coma alimentos saudáveis, lave as mãos antes de comer, faça exercícios regulares, descanso adequado e o que mais? Ele deve evitar a doença? O que ele deveria fazer?)
3. Você já ouviu falar de um estilo de vida limpo e saudável?
4. Qual é a importância de um estilo de vida limpo e saudável para famílias e comunidades?
5. O que você conhece sobre comportamentos de vida saudáveis e limpos?

2. Comportamento:

1. Para que você possa viver limpo e saudável, quais ações você deve tomar?
2. Como o comportamento do consumo saudável e nutritivo de alimentos na família?
3. Se há membros da comunidade que estão doentes, quais são as suas atitudes e ações?
4. Como devemos nos comportar em relação aos pacientes (pessoas doentes), especialmente mulheres que sofrem?
5. Como devemos nos comportar com doenças infecciosas, tanto dentro da família como no ambiente social?

3. Saúde das mulheres:

1. Quais são instalações de saúde para mulheres são fornecidas?
2. As mulheres aqui compreendem os benefícios dos programas de planeamento familiar?

3. O que você percebe sobre saúde reprodutiva em mulheres?
4. Quais são os problemas encontrados diariamente em relação à saúde reprodutiva das mulheres?
5. Você sabe que existe uma facilidade para os serviços de saúde reprodutiva das mulheres neste posto de saúde? Já visitou lá? Obteve informações de quem? se não por quê?
6. Na sua opinião, qual introdução básica deve ser dada às raparigas e meninos relacionados à saúde reprodutiva?
7. Qual é a sua estratégia para atender às necessidades da família?

4. Serviços de saúde da mulher (SSM):

1. Os serviços de saúde das mulheres fazem algum bem? Se sim, por quê? Você está interessado se houver informações sobre saúde e serviços de saúde das mulheres?
2. Você acha que o tipo de serviço SSM em posto de saúde Atabae é suficiente para acomodar problemas de SSM existentes? Você já usou os serviços do SSM? Se sim, como é o serviço e quais os benefícios que obtém? Se não, por quê?
3. Existe outro programa, além do posto de saúde, que organiza esse tipo de serviço?
4. Qual é o seu conselho para melhor apresentar o problema da SSM em adolescentes?
5. O que você sugere sobre os serviços de SSM para ser melhor?
6. Você tem alguma ideia do que o método deve ser implementado para tornar a facilidade de serviço SSM mais efetiva?
7. Na sua opinião, que informação é necessária para que a adolescência tenha boa saúde reprodutiva?

5. Cultura

1. Quais são as opiniões comuns da sociedade sobre a saúde, como a superstição: os curandeiros, os bruços, feiticeiros na causa da assistência das mulheres, as mulheres que ajudam no nascimento dos bebês?
2. As opiniões das mulheres são consideradas no processo de tomada de decisão da família e da sociedade?
3. Qual é o papel das mulheres na tomada de decisões na família e na comunidade?
4. Qual é o papel das mulheres nas atividades diárias na família e na sociedade?
5. Existem programas de aldeia relacionados à igualdade de gênero?

Anexo 2. Fotografias obtidas durante a pesquisa

Centro saúde de Atabae





Cede Suco de Aidabaleten



Ritual Fase matan



Ritual Posi Luha



Ritual *Sao Batar* em *Uma Lulik*



Foto sau batar Uma Lisan Narbai, 06 de Agosto de 2018 de Ally Ally

Ritual *Hare urat/ Tau Bula*



Fotografia de El- ano Puma, 28 de julho 2018

Mercado tradicional Atabae





Típica casa de área remotas





GDF em aldeia Miguir





GDF em aldeia Harame



Em aldeia de Aidabaleten Foho



GDF em aldeia Biacou

