

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CONVÊNIO REPENSUL: POLO II - UFPel / FURG

**CUIDAR PARA UM ENVELHECER SAUDÁVEL: a
construção de um processo educativo com mulheres de
uma comunidade rural de Passo Fundo/RS.**

Mestranda: Marilene Rodrigues Portella
Orientadora: Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Co-Orientadora: Mestre Marlene Teda Pelzer

Florianópolis, Agosto de 1998

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CONVÊNIO REPENSUL: POLO II--UFPeI//FURG

**CUIDAR PARA UM ENVELHECER SAUDÁVEL: a
construção de um processo educativo com mulheres de uma
comunidade rural de Passo Fundo/RS.**

DISSERTAÇÃO

Marilene Rodrigues Portella

Orientadora: Prof^a Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Co-Orientadora: Prof^a Mestre Marlene Teda Pelzer

Florianópolis, Agosto de 1998

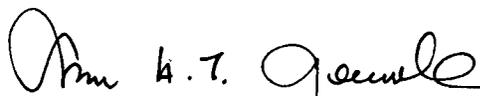
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CONVÊNIO REPENSUL: POLO II - UFPel / FURG**

**CUIDAR PARA UM ENVELHECER SAUDÁVEL: a
construção de um processo educativo com mulheres de uma
comunidade rural de Passo Fundo/RS.**

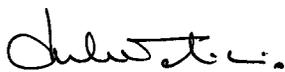
**Dissertação submetida a Banca Examinadora para obtenção do Grau de
Mestre em Enfermagem**

Por

MARILENE RODRIGUES PORTELLA



**Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Orientadora**



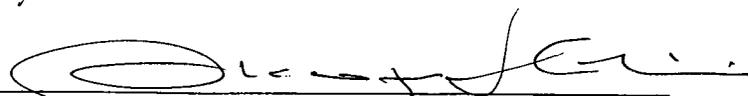
**Dra. Zuleica Maria Patrício
Examinadora**



**Dr. Ivo Gelain
Examinador**



**Dda. Maria de Lourdes Denardin Budó
Examinadora**



**Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Suplente**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Às mulheres rurais, em especial, àquela que cuidou de mim e me educou, minha mãe.

E à minha filha, Ariene, que no desabrochar de sua adolescência, acompanhando minha trajetória de mestrado, mais que uma amiga, foi também, minha cuidadora.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, entre todas as coisas, por ter me dado forças, por iluminar esta caminhada e a minha fé.
- Ao meu esposo Arizoli e a minha filha Ariene, com todo meu amor e carinho, agradeço-lhes por compreenderem a minha ausência e humor.
- À Teda, amiga e mestra, companheira ao longo desta trajetória, pelas orientações, pelo estímulo, apoio carinhoso e pela oportunidade de ter conhecido e convivido contigo e com tua mãe, meu sincero agradecimento.
- À orientadora Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, pela preciosa atenção, orientação, pela troca de idéias e participação do conhecimento.
- À Zuleica e ao professor Ivo Gelain, pela riqueza de seus comentários, uma contribuição ímpar.
- À Marta Vaz, minha âncora no porto de Rio Grande. Eu tive vontade de zarpar, logo ao chegar, porém, me amparaste. Tudo que ganhei, também devo à ti.
- À Alacoque, por suas idéias, desafios e estímulos. Você marcou presença.
- À amiga Rosane, pelos desabafos e o companheirismo, nesta caminhada.
- À Hedi, seu esposo Pedro e suas filhas, amigos que conheci e que muito contribuíram para que minhas viagens a Pelotas fosse cheia de alegria, carinho e calor, amenizando a saudade de casa.
- Às amigas e colegas de mestrado, em especial à Sônia, Eda, Helena, Nalu, Geane e a “Preta”, pela oportunidade de convívio e pelo companheirismo. Valeu tê-las conhecido.
- À Universidade Federal de Santa Catarina, em especial ao Departamento de Enfermagem, e à Universidade de Passo Fundo, pela oportunidade concedida.
- À mulheres rurais com quem convivi, pelos saberes compartilhados e pela amizade, meu sincero reconhecimento.
- À Dda. Maria de Lourdes Denardin Budó, por aceitar compor a banca examinadora deste estudo, pela sua disponibilidade e reconhecimento, obrigada.

RESUMO

Este estudo relata uma proposta de prática assistencial, que teve por objetivo a construção de um processo educativo para o envelhecer saudável, com mulheres de uma comunidade rural a partir de suas práticas culturais de saúde. Nesta proposta, o marco conceitual adotado foi construído com base na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger e em alguns princípios pedagógicos de Paulo Freire. Considerou-se nesta construção que a enfermeira e o grupo necessitam compartilhar seus saberes, o saber profissional e o saber popular, suas “práticas culturais de saúde”. Nesta perspectiva, a enfermeira atua buscando a constante ação-reflexão com o grupo de estudo, para a obtenção de práticas culturais de saúde que contribuam para o processo de envelhecer saudável. Os resultados mostraram que o marco conceitual elaborado e implementado na prática foi adequado permitindo, além de sua validade, seu aprofundamento. O processo de enfermagem desenvolvido oportunizou a consolidação de um plano de ações educativas seguindo princípios Freireano, e da proposta do Cuidado Cultural de Leininger, permitindo preservação, acomodação e/ou repadronização das práticas culturais de saúde das mulheres rurais, afim de contribuir para o processo de envelhecer saudável.

ABSTRACT

This study relate one proposal of practical assisting who had by objective the construction of a educative process to an healthy growing old with women of a rural community from their health cultural practices. In this propose the conceptual framework adopted was constructed with base on Transcultural Care Theory of Madeleine Leininger and in few pedagogic principles of Paulo Freire. This construction was considered that nurse and group needed share their knowledge, the professional knowledge and the popular knowledge, their healthy cultural practices. In this perspective, nurse actuate searching a constant action-reflection with the study group, to obtain healthy cultural practices that contribute to the healthy growing old process. The results showed that the conceptual framework adapted and implemented in the practice was adequated to allow over his validation, his deepening. The nursing process developed opportunisted the consolidation of a educational action plan following Freire principles and of proposal Care Cultural Leininger's, allowing preservation, accommodation and/or restandardization the healthy cultural practices of rural womem, in order to contribute to the healthy growing old process.

SUMÁRIO

1.	INTRODUZINDO O TEMA	10
2.	APRESENTANDO A BUSCA DO MARCO CONCEITUAL PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	25
2.1.	Pressupostos	27
2.1.1.	Pressupostos dos autores	27
2.1.2.	Pressupostos pessoais	28
2.2.	Conceitos	29
3.	APRESENTANDO O PROCESSO DE CUIDAR.....	44
3.1.	Estabelecendo contato - conhecendo o grupo	44
3.1.1.	Estabelecendo contatos.....	44
3.1.2.	Conhecendo o grupo.....	46
3.2.	Apresentando a metodologia	51
3.3.	Conhecendo a comunidade rural, local da prática assistencial	53
3.4.	Vivenciando os encontros	57
3.5.	Registrando os dados	61
4.	OPERACIONALIZAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL	63
4.1.	Refletindo sobre as questões éticas e legais	63
4.2.	Avaliando os conceitos	65

4.2. Avaliando os conceitos	65
4.3. Apresentando a metodologia do Processo de Enfermagem...	87
4.3.1. Conhecendo o grupo	90
4.3.2. Identificando e refletindo sobre as práticas culturais de saúde	92
4.3.3. Discutindo e construindo com o grupo novas práticas culturais de saúde	95
4.3.4. Analisando o processo de mudança das práticas culturais de saúde.....	103
5. AVALIANDO O MARCO CONCEITUAL ADOTADO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	113
5.1. Avaliando o marco conceitual.....	113
5.2. Apresentando a contribuição do estudo	114
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
7. ANEXOS	126

1.INTRODUZINDO O TEMA

Há onze anos percorro a minha trajetória profissional de enfermeira e docente, utilizando a prática educativa como parte fundamental do processo de assistir o ser humano.

A experiência educativa tem proporcionado um processo de reflexão e ação constante, ampliando, desse modo, meus conhecimentos sobre minha pessoa e sobre outros para os quais desenvolvo o processo educativo; sejam eles o cliente, o aluno, a família, a comunidade, enfim, os seres humanos com quem interajo profissionalmente.

Esta trajetória foi permeada de situações que refletiam a condição humana dos idosos, em nossa sociedade.

Tanto como docente do Departamento de Enfermagem ao Adulto, no Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências Biológicas (ICB), desde 1992, assim como membro do CREATI - Centro Regional de Estudos e Atividades da Terceira Idade, desde 1993, e ainda, mais recentemente, a partir de 1997, como professora e orientadora no Curso de Pós Graduação "latu sensu" Especialização em Gerontologia Social, todos da Universidade de Passo Fundo (UPF), tenho dirigido minhas atividades e interesse que vão ao encontro das questões cujo foco é o envelhecimento humano, orientando projetos e monografia.

O tomar conhecimento da realidade das pessoas idosas, das suas condições de saúde, suas limitações e, em muitos casos, do próprio abandono em que vivem, “atirados a sua própria sorte” pela nossa sociedade, conduz a uma situação que, muitas vezes, “choca”, “constrange” e “apavora” o profissional, levando-o a refletir sobre a sua própria condição de velhice futura, seu processo de trabalho e a prática de assistir ou de cuidar/educar as pessoas idosas.

Oliveira (1987), sugere que, antes de ensinar, é preciso aprender. E, se considerarmos o ensino como uma contribuição, para contribuirmos com algo, precisamos, primeiro, ser capazes de aprender. Nesse sentido, também Oliveira e Oliveira(1987) acrescentam que a educação não se constitui em um campo separado e especializado da atividade humana; para eles, “ninguém se educa apenas durante um período determinado do dia”, mas, sim, aprende-se com a vida e com a experiência, pois a própria experiência da vida é educação.

Portanto, o impacto produzido pelo confronto com essa realidade, foi e está sendo uma experiência educativa que produziu e produz em mim conhecimentos novos, novos comportamentos e, conseqüentemente, aguça o interesse em aprofundar os estudos nessa área.

Minha condição de mulher, rumo à meia-idade, nascida e criada na zona rural, tendo presente a vida dura e sofrida que minha mãe sempre levou, mas cuja sabedoria, apesar de todas as dificuldades, permitiu criar e educar seus quatro filhos de sangue e “mais uma de coração” (palavras suas, referindo-se à caçula adotada), contribuiu para minha decisão de optar por desenvolver um projeto de estudo, ou seja, a construção de uma prática educativa, em que os sujeitos fossem, a princípio, as mulheres idosas rurais e a enfermeira, numa

sujeitos fossem, a princípio, as mulheres idosas rurais e a enfermeira, numa troca de saberes, em que as práticas culturais de saúde, entre elas, pudessem ser aprendidas, compartilhadas, preservadas, acomodadas e/ou repadronizadas.

Também a experiência educativa de trabalhar como enfermeira em saúde comunitária, como membro do PIAPS ¹, junto a uma comunidade, na sua grande maioria migrantes da zona rural, com seus hábitos e costumes interioranos, embora vivendo na zona urbana, cuidando de si e dos seus e passando, através dos tempos, ensinamentos sobre cuidados, ervas medicinais, rezas e simpatias, todos para a preservação ou busca da saúde, foi outra razão que despertou minha curiosidade e vontade de conhecer melhor essas práticas, “coisas” (grifo meu) que muitas vezes não são entendidas nem aceitas pelos integrantes do sistema profissional de saúde.

A respeito do “cuidando e sendo cuidado” na comunidade rural, Budó (1994) coloca que, o procedimento integra todas as fases do processo de viver dos moradores, formando, na realidade, um verdadeiro modelo cultural que orienta as pessoas, auxiliando-as nos diferentes momentos de suas vidas.

Esse cuidando e sendo cuidado, referido por Budó, pode ser entendido como um verdadeiro processo educativo. Afinal, a ligação entre o processo educativo e o tempo humano foi sempre tida como evidente, comenta Rodrigues (1995), quando fala de educação na terceira idade.

A passagem de conhecimento de uma geração mais velha por meio do cuidar, a gerações seguintes, é reconhecida como um processo educativo. É o processo educativo, acontecendo mediante as práticas culturais de saúde. Junto com o cuidado transmite-se também os ensinamentos.

¹ PIAPS - Programa Integrado de Ações Primárias a Saúde. Projeto desenvolvido pela UPF em convênio com a Cáritas Diocesana de Passo Fundo, no período de 1990-1993.

É desse modo que os mais velhos educam os mais jovens, são antigos saberes que se transformam em novos saberes, passando através do tempo.

Isto é educação. E não é uma exclusividade do sistema educacional formal. Não é por acaso que gerontólogos, em seus discursos, falam em educação referindo-se as práticas de cuidado passado de uma a geração à outra, tomo aqui como exemplo, Nara Costa Rodrigues, que em seu discurso de abertura, do IV Fórum Nacional de Ações Educacionais na 3ª Idade em Nível Superior e Iº Seminário Internacional de Pesquisa sobre a 3ª Idade (que aconteceu em Santa Maria/RS em 1995), falando sobre a educação na terceira idade, toma como exemplo o cuidado passado de uma geração para outra, como a ligação entre o processo educativo e o tempo humano.

Julgo, portanto, que meu conhecimento acerca das práticas culturais de saúde das mulheres da comunidade rural foi instigado pelas experiências vividas, e também por considerar que o profissional de saúde necessita entender e compreender a visão de mundo dos seres humanos com quem interage, para que possa guiar suas ações de saúde num sentido coerente.

Outro motivo que me levou a desenvolver este tema foi o fato de ser uma profissional do sistema de saúde, que se preocupa com a questão do envelhecimento humano. Não se pode ficar alheio aos múltiplos problemas decorrentes do crescente aumento da população idosa em todo o mundo.

Esse crescimento traduz-se não só em maior número de problemas de saúde, crônicos e degenerativos, mas, fundamentalmente, em necessidades socioeconômicas e educativas. Os avanços da assistência médica e os progressos tecnológicos - responsáveis pelo aumento da expectativa média de vida, protegendo a população da morte prematura e, conseqüentemente,

levando-a ao envelhecimento populacional - são, paradoxalmente, as causas dos problemas citados (Netto, 1996).

De qualquer forma, independente das causas que levam ao envelhecimento populacional, é certo que, aos problemas de saúde, mais freqüentes e graves entre os idosos, associam-se outros, comumente presentes num mesmo indivíduo. Assim, os cuidados de que necessitam os velhos não se reduzem à assistência médica, mas abarcam também medidas de amparo social, econômico e de educação.

Os idosos, então, por serem, com freqüência, portadores de problemas de saúde, sociais, econômicos, psicológicos, nutricionais e de enfermagem, não raramente se beneficiam do cuidado de seus problemas, como também de um atendimento que lhes garante uma transformação no seu agir e reagir frente a esses problemas. Com efeito, o atendimento ao idoso pode ser definido como um processo educativo projetado para atendê-lo do ponto de vista de um envelhecer saudável, procurando mantê-lo em sua plena capacidade e autonomia pelo maior período de tempo.

Os problemas gerados pelo grande crescimento da população de idosos, embora presentes em todas as regiões, são sem dúvida, mais agudos e dramáticos em países como o nosso, que caminha a passos largos para se tornar um país com grande contingente de idosos. As estimativas são de que, na virada do século, entre os detentores das dez maiores populações de idosos em nível global, o Brasil estará em quinto lugar (Kalache, 1996). Assim, se algum país tem motivos de preparar-se para enfrentar o problema do envelhecimento populacional, este é o Brasil. Do mesmo modo, se algum profissional deve preparar-se para atender esse segmento da população, este é o enfermeiro. Pois, à medida que as pessoas vão alcançando idades mais

significativo, ocasionando desequilíbrio na saúde e, por conseqüência exigindo atenção dos profissionais do sistema oficial de saúde, do qual o enfermeiro é elemento essencial e indispensável.

Se o aumento da população idosa, por um lado, traz a lume as doenças referidas, por outro, faz surgir a consciência de que estas podem levar a deficiências e incapacidades físicas, funcionais e psicológicas. O idoso poderá desenvolver graus variados de deficiências e incapacidades, principalmente se estiverem associadas às multipatologias. Situação essa, que poderá ocasionar diversos transtornos não só ao idoso, como aos familiares e profissionais com quem interage, caso não estejam preparados.

É necessário esclarecer o que se entende por deficiências e incapacidades. Para Gonçalves (1992), Cardoso e Gonçalves (1996), valendo-se de conceituações veiculadas em publicações da OMS, entendem a deficiência como toda perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Enquanto incapacidade como qualquer restrição ou falta de capacidade para executar uma atividade de uma maneira ou dentro das margens que se consideram normais.

Em pessoas idosas, segundo os autores, a instalação de deficiências de várias ordens, em menor ou em maior grau, pode ser ocasionada por fatores intrínsecos ligados ao processo de envelhecimento normal e às multipatologias crônicas de incidência comum entre os idosos. Os autores citados referem ainda, em seus estudos, que as deficiências podem ser contornadas por meio de recursos médicos, econômicos, socioculturais e de recursos pessoais (vontade interna da pessoa), com a finalidade de prevenir quando possível, minimizar e/ou retardar a incapacidade.

Gonçalves (1992) acrescenta que não se pode atribuir somente à evolução das multipatologias e à extensão das deficiências devidas ao processo de envelhecimento, a responsabilidade pelo grau de incapacidade. O que tem contribuído, segundo ela, e no meu entender também, é o comportamento pessoal do idoso frente a determinada deficiência e à escassez de recursos externos da rede de apoio social. Questões essas que têm levado algumas pessoas a se conscientizar da amplitude do problema.

Tal conscientização, que já mobiliza setores da sociedade, se deve, fundamentalmente, à pressão passiva exercida por uma população, que hoje não pode ser considerada pequena, e que tem problemas que não podem ser relegados a um segundo plano.

Por isso, Kalache (1996, p. 14), ao referir-se às políticas de assistência ao idoso, coloca que, além de ser necessário estarmos preparados pessoalmente para desfrutar esta etapa da vida, o mesmo devem fazer os governos: “é preciso se preparar, desenvolver políticas inteligentes, realistas e igualitárias. Não adianta nada ter políticas fantásticas que beneficiam 10 ou 15% da população, absorvendo uma quantidade fenomenal de recursos e deixando a maioria de fora”. O autor reforça ainda que “envelhecer é um triunfo, mas, para gozar da velhice, é preciso dispor de políticas adequadas que possam garantir um mínimo de condições de qualidade de vida para os que chegam lá”.

No Brasil, a política nacional do idoso, preceituada pela Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, assegura os direitos sociais do idoso, criando sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

No dispositivo que trata da atual política nacional do idoso consta, como objetivo, no Capítulo I, Art. 1º - “Assegurar os direitos sociais do idoso,

criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” Ainda no Capítulo II, Art. 3º, desta mesma Lei, encontram-se os princípios e diretrizes: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo-lhe sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida.” Fica estabelecido ainda que “o idoso não pode sofrer discriminação de qualquer natureza”.

No plano das políticas, a Lei contempla as necessidades e garante os direitos do cidadão idoso, mas no plano das relações reais, a coisa se dá de maneira diferente.

Freqüentemente, nos deparamos com situações que, não só evidenciam a discriminação dos idosos, mas também os maus tratos. Uma pesquisa feita com 700 idosos de 12 cidades do Paraná (Arantes, 1997), revela que 84% deles já foram, de alguma forma, maltratados pela própria família. Entre os tipos de maus-tratos, os idosos listaram discriminação, ofensas, agressões físicas e morais. Além desses, aparece também o abandono e a solidão, pois, cerca de 65% deles referem sentir-se abandonados e sozinhos. Não é só a família que os maltrata. O próprio sistema de assistência à saúde também contribui com uma parcela, basta acompanhar os fatos pelos noticiários da televisão e pelos jornais, diariamente, para perceber a ineficiência e a inexistência de recursos disponíveis para atender a saúde dos seres humanos, em qualquer faixa etária.

Aqui Já se observa hoje um grande número de profissionais e entidades vivamente interessados em planejar ações e discuti-las, tendo por finalidade precípua defender e implementar os programas de atenção à saúde dos idosos e também das mulheres trabalhadoras rurais.

Embora incipientes, algumas medidas têm sido colocadas em prática por entidades representativas da sociedade. Já se avolumaram, nas grandes cidades, núcleos preocupados em buscar soluções para os problemas que afligem as pessoas da terceira idade, visando sua integração ao meio e no atendimento às suas múltiplas necessidades de atenção à saúde e ao social. No que diz respeito à atenção à saúde, ao social e às políticas referentes às mulheres trabalhadoras rurais, já existe uma organização bastante ativista (MMTR, 1992; Navarro, 1996), o Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR), na qual se unem em busca de seus direitos, tais como, aposentadoria, salário-maternidade, entre outros.

Existe também a EMATER (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural) que faz um trabalho educativo, entre outros, já de longa data, na zona rural, promovendo encontros com as mulheres nas comunidades, dando orientações sobre saneamento básico, alimentação sadia e saúde ambiental.

No Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual do Idoso, assim como o MMTR/RS, tem merecido destaque por sua atuação e presença constante em simpósios, mesas-redonda, seminários e congressos que reúnem profissionais e demais pessoas, visando não somente à formação como, e principalmente, à conscientização dos problemas; no caso do Conselho, os que atingem os idosos e as políticas de atenção aos mesmos, e no caso do MMTR, que atingem as mulheres trabalhadoras rurais e as políticas de atenção às mesmas.

Passo Fundo conta com uma direção regional do MMTR/RS, que tem como papel fundamental organizar e mobilizar as mulheres trabalhadoras rurais em volta das suas necessidades, para transformá-las em reivindicações e em conquistas (MMTR, 1990a).

Segundo Navarro (1996, p.31), “o MMTR, no Brasil, emergiu como um movimento autônomo de mulheres rurais, articulado, mas não subordinado a outros movimentos sociais regionais, como o sindical ou dos sem-terra, ou mesmo a Igreja Católica”, ainda que sempre trabalhando articulado com os mesmos. Aqui na região, planalto médio e norte do estado do Rio Grande do Sul (RS), é comum o MMTR/RS organizar, por meio dos Sindicatos dos Trabalhadores Rurais; ou das paróquias, nos bairros; e das capelas, no interior, palestras e encontros com as mulheres rurais cujos temas enfocam assuntos relacionados à saúde delas (MMTR, 1990b).

No que diz respeito à atenção ao idoso, na zona urbana, no município de Passo Fundo, temos várias iniciativas, tanto do poder público como de instituições privadas. Existem, cinco grupos de convivência: dois mantidos pela Secretaria Municipal da Criança e da Ação Social de Passo Fundo (SEMCAS); um mantido em parceria da SEMCAS com a 7ª DE (Delegacia de Educação); um da UPF e outro da Sociedade Cultural Recreativa Beneficente “São João Bosco” (SOCREBE). Temos ainda o CREATI, mantido pela UPF, que por meio das diversas oficinas, oferece aos idosos diversas formas de atenção e entretenimento. O DAATI (Departamento de Apoio às Atividades da Terceira Idade), mantido pela SEMCAS e 7ª DE, reúne 850 idosos e funciona em 16 vilas do perímetro urbano.

Segundo dados do IBGE, de 1997 (O Nacional, 1998 p. 11), Passo Fundo conta hoje com 10.724 idosos.

Todos os grupos, em funcionamento em Passo Fundo, tem como objetivo maior o trabalho, a não-segregação do idoso, o desenvolvimento da auto-estima, por meio de ações de lazer, recreação e atividades oferecidas nas

diversas oficinas. Ainda na zona urbana, existem quatro asilos, mantidos por entidades não-governamentais, abrigando 132 idosos.

Salvo melhor juízo, é justamente na área urbana que se observa maior número de ações, pois, além das assistências hospitalares e ambulatoriais clássicas, outros modelos de assistência à saúde, conforme já referenciados, estão sendo colocados em prática em nossa sociedade, somando-se aos demais existentes.

Já na zona rural, em nosso município não registramos qualquer iniciativa do poder público, concernente a ações de saúde, além do clássico atendimento médico, uma vez por semana, em algumas unidades sanitárias situadas nas sedes dos distritos. Quanto às de cunho educativo e preventivo, existem, como no caso das ações promovidas pelo MMTR/RS ou mesmo pela EMATER, mas são escassas, já que se resumem a palestras ou encontros esporádicos.

Com isso, esta proposta, realizada na zona rural, traduziu-se num processo educativo, por meio do qual mulheres rurais e enfermeira compartilham seus saberes, gerando novos conhecimentos a respeito de suas práticas de cuidados culturais de saúde.

Reconhecendo-se, portanto, que a assistência de enfermagem é de extrema importância, faz-se necessário colocar em prática estudos dessa natureza, que permitam ampliar o conhecimento a respeito da assistência de enfermagem à mulher rural, levando em consideração suas práticas culturais de saúde, em seu contexto ambiental.

É sabido que o envelhecimento implica em uma série de mudanças de natureza biopsicossocial, e que a assistência ao idoso requer se considere não somente as peculiaridades do indivíduo no processo de senescência, como também no aspecto cultural, respeitando seus hábitos e costumes.

Também a mulher da zona rural, no seu processo de viver/envelhecer, aparece inserida em uma conjuntura socioeconômica muito desfavorável, pois tem que partilhar, com seu companheiro, as durezas, de uma vida trabalhosa, sofrida e pouco reconhecida, que é a realidade da vida camponesa (Lemos, 1995). Esse fato merece a atenção dos profissionais de saúde, pois os rigores a que são submetidas essas mulheres, muitas vezes, levam-nas a um envelhecimento nada saudável.

A enfermagem, por sua vez, é chamada a comprometer-se com esta nova situação, a buscar formas de orientar a sua prática assistencial de maneira sistemática e racional, sem perder a marca do humanismo e o respeito às questões culturais dos seres humanos com quem interage.

Estudos e pesquisas, na área de assistência de enfermagem, abrangendo o cuidado cultural, assim como o processo educativo como prática assistencial de enfermagem, vêm tendo um papel relevante nos dias atuais, como bem demonstra o grande número de trabalhos realizados nos Cursos de Mestrado e Doutorado em algumas universidades, como é o caso da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), e de trabalhos publicados em revistas nacionais, abordando os múltiplos aspectos que envolvem o velho, a velhice e o processo de envelhecimento.

Paralelamente aos estudos já existentes sobre o cuidado cultural, bem como os que tratam da questão do envelhecimento e dos aspectos que envolvem o idoso, há necessidade de que se prossiga nas reflexões, contribuindo e somando-se aos estudos já existentes. Justifica-se, portanto, a relevância desta proposta.

Autores nacionais de enfermagem, como Patrício e Monticelli, com seus estudos sobre o cuidado cultural; Gonçalves e Neri, entre outros, abordando

sobre o ser humano idoso; Budó, trazendo a questão do “cuidando e sendo cuidado”, em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul; além de Bruschini, Scariot, Louro e Lemos, com seus estudos sobre a questão da mulher trabalhadora rural; todos serviram como suporte e fundamentação para o encaminhamento desta proposta, além, é claro, os conceitos e princípios de Madeleine Leininger e Paulo Freire, norteadoras do marco conceitual.

A escolha de alguns conceitos de Leininger e princípios pedagógicos de Paulo Freire, para sustentar o marco conceitual utilizado na prática, deve-se ao fato de que ambos, em suas idéias, têm como princípio o respeito à cultura do ser humano.

Leininger defende que a essência da enfermagem é o cuidado, o cuidado transcultural, onde o profissional deve entender os valores, as crenças e hábitos dos indivíduos com quem interage, a fim de preservar, acomodar e/ou repadronizar o cuidado cultural, valendo-se do saber popular (sistema popular de saúde) e do saber sistematizado (sistema profissional de saúde).

Freire, em seus princípios pedagógicos, entende que educação é um compartilhar de saberes, tornado possível pelo diálogo. Todo saber humano tem em si o testemunho do novo saber, a partilha do conhecimento, que só pode acontecer por meio do diálogo, estabelecendo-se a partir daí, um processo de ação-reflexão da realidade, com vistas à transformação.

Patrício (1992), ao refletir sobre o cuidado enquanto instrumento de enfermagem para promoção da cidadania, enfatiza que a prática do “cuidado” deve estar centrada nas reflexões do saber do cliente e do profissional, em seus universos culturais, permeada pelo diálogo, o que permitirá a transformação de ambos.

Assim como Freire (1979b p.33) que diz: “quando o homem compreende sua realidade pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções”, também a enfermeira, quando compreende as práticas culturais de saúde das mulheres idosas rurais, pode, junto com elas, levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade, bem como procurar preservar, acomodar e/ou repadronizar suas práticas.

Sandri (1997, p.25) afirma que “na prática educativa, é importante partir da realidade cultural em que o indivíduo e família vivem, pois o principal elemento da prática educativa é a questão do saber construído no processo educativo, relações de igualdade entre educando e educador, já que a participação do educando se constrói durante o processo, no qual ele ensina e aprende ao mesmo tempo”.

A prática assistencial associada a uma teoria é um processo de construção, um processo de aprendizagem. Baseada neste princípio, estou apresentando o produto do meu trabalho que, inicialmente, tratava-se de uma proposta de prática assistencial, solicitação da disciplina Prática Assistencial de Enfermagem coordenada pela Professora Dra. Zuleica Maria Patricio, integrada com as disciplinas: Educação e Assistência de Enfermagem, ministrada pela Professora Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende e Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem ministrada pelo Professor Dr. Ivo Gelain, do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, convênio REPENSUL - Pólo II (UFPEL/FURG), sob a orientação da Professora Mestre Marlene Teda Pelzer, sendo que seu resultado serviu de escopo para a dissertação, agora então, sob orientação da Professora Dra. Lúcia H. T. Gonçalves e co-orientação da Professora Mestre Marlene Teda Pelzer.

Faz-se necessário ressaltar que este estudo não deve ser entendido como um produto final, mas, sim, como um despertar, pois muito poderá ser aprofundado em futuras propostas.

Assim sendo, este estudo, teve como objetivo desenvolver uma prática assistencial de enfermagem com foco centrado num processo educativo, voltado a um envelhecer saudável, com mulheres de uma comunidade rural de Passo Fundo, baseada em conceitos da Teoria do Cuidado Transcultural, de Madeleine Leininger, e em alguns princípios pedagógicos de Paulo Freire, bem como, avaliar, junto ao grupo de mulheres, após desenvolvimento do processo educativo, o que elas entendem por envelhecer saudável, e quais as práticas culturais de saúde que estão adotando, para que seu próprio envelhecer ocorra de forma saudável.

2. APRESENTANDO O MARCO CONCEITUAL DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Para apresentar o marco conceitual dessa prática, tomei, para minha compreensão, a definição dada por alguns autores contemporâneos. Segundo Neves e Gonçalves (1984, p.210), “o marco teórico consiste na ligação entre a teoria e a pesquisa, a partir da análise do corpo de conhecimentos existentes, em determinada área-problema, e da seleção de conceitos ou proposições de uma teoria para testagem na prática através da pesquisa ou da exploração de conceitos, visando a formulação de proposições”. Ainda as mesmas autoras (p. 213), lembrando Batey, dizem que “marco conceitual é uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação”.

Para Patrício (1990), o marco conceitual é importante, tanto para o ensino e a pesquisa, quanto para a prática da assistência. Para ela, a prática profissional deve ser guiada e orientada por uma fundamentação teórica. Sendo os marcos conceituais os elementos de referência fundamentais. Como os marcos conceituais são formados por conceitos e proposições, vale lembrar, entretanto, que os mesmos são construções que, além de ser embasados em conhecimentos já referenciados, associam-se também aos valores e crenças ou

pressupostos de quem os elabora ou reelabora, refletindo a sua “visão de mundo”.

Assim, para a organização de um marco conceitual que atenda as exigências desta proposta, busquei alicerce na literatura e destaquei como autores principais, Madeleine Leininger, Paulo Freire, Zuleica Patrício e Marisa Monticelli, além de pressupostos meus e de autores que trabalham com enfoque no envelhecimento humano.

Busquei em Leininger o cuidado que se ajusta às crenças, valores e modos de vida das pessoas, ou seja, o cuidado considerando a cultura e o contexto social do grupo, por ter sido ela a primeira enfermeira a trazer, para a prática de enfermagem, o cuidado cultural.

Utilizei a concepção pedagógica de Freire, para buscar uma abordagem educativa conscientizadora, contemplando e respeitando os aspectos culturais dos envolvidos no estudo e visando à busca do envelhecer saudável.

Optei por Patrício (1990), por tratar-se de uma autora brasileira, enfermeira, diga-se, uma das primeiras a utilizar conceitos e pressupostos da teoria de Leininger para fundamentar sua prática, bem como para elaborar marcos contextualizados para o Brasil, dessa forma operacionalizando a teoria de cuidado cultural. Também, por mostrar o quanto o processo cuidar de enfermagem, pode ser um processo de educar em saúde.

Monticelli (1997) também foi escolhida por utilizar conceitos da teoria de Leininger, no marco conceitual de sua dissertação de mestrado, em que trabalhou com o cuidado cultural, apresentando resultados significativos quanto à aplicabilidade desse marco na situação escolhida; assim como Patrício (1990), trata-se de referência atualizada, ambas comprovada na prática.

3.1.Pressupostos

3.1.1. Pressupostos dos Autores

- a) “Cultura é todo o resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem... é resultado de seu trabalho... é um acrescentamento que o homem faz ao mundo que não fez... é aquisição sistemática da experiência humana”(Freire, 1979).
 - b) O cuidado é essencial ao nascimento, crescimento, desenvolvimento, auto-realização, bem-estar e sobrevivência humana, bem como para uma morte tranqüila (Leininger, 1978, 1984).
 - c) O cuidado é universal, porém varia entre as diversas culturas do mundo, sendo que; ao longo da história, vem sendo influenciado por diferentes contextos, físico, cultural e social (Leininger, 1984).
 - d) O conhecimento do cuidado cultural é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial da enfermagem (Leininger, 1978, 1991).
 - e) A saúde e a doença são determinadas no homem, pelas suas características biológicas, crenças, valores e práticas de cuidados de saúde, bem como pelas limitações e recursos presentes no seu ambiente, incluindo o sistema profissional de saúde (Patrício, 1990).
 - f) Os estágios de crescimento e desenvolvimento são vividos, diferentemente por cada homem, de acordo com sua cultura, suas condições biológicas e condições de atendimento às suas necessidades de bem viver (Patrício, 1990).
 - g) O processo de cuidar de enfermagem é também um processo de educar em saúde (Patrício, 1990).
-

h) Além de “respeitar” e “levar em consideração” os cuidados populares, é imprescindível que a enfermeira compreenda o contexto cultural dos clientes, famílias ou comunidades com quem ela co-participa (Monticelli, 1997).

3.1.2. Pressupostos Pessoais

- a) Os seres humanos são seres únicos, inacabados e culturais, em constante processo de aprendizagem e troca de saberes (o saber popular e o saber acadêmico), numa inter-relação com o meio onde vivem.
- b) A ação educativa é inerente ao cuidado que é a essência da enfermagem, mas que não é exclusividade somente dessa. O ser humano, mulher, também cuida de si e se educa, baseada nas suas próprias experiências, fruto tanto de conhecimentos populares como de conhecimentos científicos a que tem acesso, pelos diversos meios (profissionais de saúde e mídia; imprensa escrita, falada, televisionada e outros).
- c) A enfermeira, como profissional de saúde que deve prestar cuidados ao ser humano, utiliza a prática educativa no seu processo de trabalho, prática esta construída por meio do saber científico e do saber popular.
- d) O cotidiano das mulheres rurais está repleto de situações de troca de saberes, em educação e saúde. Nesse contexto, a mulher rural contribui com o que a vida lhe permitiu aprender dentro da sua cultura (o saber popular), e a enfermeira contribui com o conhecimento adquirido na academia (o saber sistematizado). A construção de uma nova visão de mundo, partindo das mesmas, resulta em um processo de aprendizagem em que ambas se educam.

- e) O envelhecimento é um processo natural, gradual e contínuo através da vida, mas que influenciado por fatores biológicos, ambientais, culturais e educacionais, pode ocorrer de forma saudável ou não.
- f) A prática assistencial da enfermagem, um cuidar/educar transcultural, auxilia o ser humano a tomar consciência da realidade do seu processo de envelhecimento, com seus ganhos e limitações, e de sua própria capacidade para transformá-la.
- g) As mulheres rurais, junto com a enfermeira, podem discutir sobre o uso de suas práticas culturais de saúde, para tornar o processo do envelhecimento um acontecimento saudável.

3.2. Conceitos

No processo de definir os conceitos, procurei adequar alguns conceitos da Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger, assim como alguns princípios de Paulo Freire. Também foram consideradas as concepções de vários autores que têm trabalhado com abordagens culturais e de educação, e com o processo do envelhecer humano e suas implicações.

CULTURA

Cultura é conceituada por Leininger (1985, 1991), como valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo.

Quando nos reportamos ao conceito de cultura trazido por Freire (1979a), vimos que “cultura é todo o resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem... é resultado de seu trabalho... é um acrescentamento que o homem faz ao mundo que não fez... é aquisição sistemática da experiência humana”.

Quando o ser humano vem ao mundo, ele é introduzido na cultura pelo contato que passa a ter com seu grupo; a partir desse contato, ele passa a incorporar, a adquirir valores, crenças e hábitos do grupo, incluindo, nestes hábitos, normas de comportamento.

Entendo que cultura, por tratar-se de práticas relativas ao estilo de vida, pode também ser entendida como um conjunto de hábitos incorporados pelo grupo, mediante a aquisição sistemática da experiência humana ao longo da vida.

Essa aquisição é um processo contínuo e dinâmico, pois, à medida que o ser humano passa a interagir com os demais, a experiência humana, produto dessa interação, passa a ser aprendida, compartilhada e transmitida, resultando numa formação de hábitos. Hábitos esses que somente podem ser aprendidos, quando adquiridos com consciência e discernimento da situação.

Hábito, segundo o dicionário de Filosofia (Santos, 1957), “é uma condição de continuidade, porque confere à vida esta coesão pela qual os atos que realizamos formam, não episódios isolados e fragmentários, mas uma trama cerrada e contínua, em que o presente está ligado ao passado e na expectativa do futuro. Uma vez formados, os hábitos se desenvolvem pelo seu próprio jogo, e permitem conservar os frutos dos esforços anteriores.

Por conseguinte, a cultura de um grupo - suas crenças, seus valores e seus hábitos - permeia o processo de viver e envelhecer dos seres humanos, seja enquanto indivíduo ou enquanto grupo.

Assim, acredito que os hábitos adquiridos e desenvolvidos influenciam o envelhecer do ser humano, processo que nem sempre se dá de forma saudável, uma vez que o envelhecimento de um indivíduo, que faz parte de seu ciclo biológico e também do seu processo de viver, está embebido na cultura do seu meio e com ela relacionado intimamente, assim como nas interações que o meio tem com a natureza, as estruturas da sociedade e o ambiente.

Para o presente estudo considere, no marco conceitual, a cultura, como sendo um conjunto de práticas, crenças e hábitos a serem aprendidos, compartilhados e transmitidos pelo grupo - mulheres rurais/enfermeira - num esforço de criar e recriar o processo de viver/envelhecer saudável.

SER HUMANO/MULHER RURAL

É um ser único, inacabado, que tem crenças e valores que lhe são próprios. É um ser que vive num ambiente físico e sociocultural em relação com a natureza e o mundo, onde se educa e se transforma pelo diálogo (baseado em Leininger 1985, e Freire 1979^a, 1979b).

O ser humano não vive sozinho, ele nasce como membro de uma família, inserida numa certa comunidade, sob influência de suas crenças e valores, adquirindo e desenvolvendo hábitos que influenciam seu processo de viver e envelhecer.

Nesse contexto, o ser humano aprende e compartilha, por meio das experiências vividas e divididas, das relações permeadas pela cultura, de suas práticas de saúde que também permeiam o processo de envelhecer.

Envelhecer representa um momento especial do processo de viver de cada indivíduo, que pode traduzir-se por sentimentos negativos ou positivos, de limitações e perdas, ou de ganhos adquiridos ao longo da vida, isto é, um processo único e particular, próprio de cada ser humano. Porém, natural, normal e universal, como já dizia Simone de Beauvoir: “Sempre se é velho em algum lugar e num determinado tempo histórico” (1993).

Neste marco, o ser humano corresponde à mulher, que vive e trabalha na zona rural (a mulher jovem, a madura, a de meia-idade e a da terceira idade), e à enfermeira, que vive e trabalha na zona urbana. Além disso, cada ser humano, com suas práticas culturais de saúde, está vivendo um momento único no seu processo de viver/envelhecer, em que o compartilhar e transmitir saberes é uma prática necessária para gerar novos conhecimentos, num esforço de criar e recriar o envelhecer saudável, seja no ambiente urbano ou rural.

Este ser humano, que vive e trabalha na zona rural, é submetido a uma sobrecarga de trabalho. Cuida da educação dos filhos, da horta, trata os pequenos animais e trabalha na roça. Muitas vezes, é a própria mulher quem garante a sobrevivência da família, com a chamada pequena produção, como; verdura, leite, queijo e carne (Scariot, 1995).

Com a responsabilidade de gerar, criar, educar e produzir, a mulher rural, no seu contexto histórico-cultural, constrói sua visão de mundo. Seus hábitos de vida diária refletem sua condição de saúde, de doença e de envelhecimento. Ela trabalha, lado a lado, com o marido e os filhos, na lavoura; exerce também atividades dentro do lar; assume a educação dos

filhos, uma tarefa exclusivamente feminina. Mesmo estando grávida, não é poupada do exaustivo trabalho da lavoura, sendo que muitas delas ganham os filhos, quando voltam de uma jornada árdua na lavoura, sem ao menos o auxílio de uma parteira (Antunes e Oliveira, 1994 p.18).

Sobre o comportamento e as práticas relativas ao estilo de vida da mulher camponesa de origem italiana, Louro (1992, p.36) comenta que “a responsabilidade que as mulheres assumem com relação a casa, ao chamado mundo privado, implica não só na manutenção das condições materiais desse mundo (alimentação, saúde, higiene, etc.), como também do zelo e do bem-estar dos que ali convivem”. Reconhecemos, portanto, essa mulher, como sendo a cuidadora da família.

O cuidado encontra-se na própria raiz da história das mulheres, para assegurar a manutenção e continuidade da vida. Em todas as sociedades do mundo, mulheres desenvolvem cuidados, principalmente relacionados ao corpo e à alimentação. O valor social dessas práticas está ligado ao desenvolvimento de sua autoconfiança, sendo, dessa maneira, construída a sua prática (Collière, 1986).

Por ter essas características, a mulher do meio rural necessita de cuidados e práticas culturais de saúde que lhe permitam viver e envelhecer de forma saudável.

ENFERMEIRA

A enfermeira é um ser humano cuja profissão possui um corpo de conhecimentos e habilidades próprias. Ela está capacitada a atuar, mediante sua prática assistencial - um cuidar/educar - nas situações de saúde e doença

do processo de viver/envelhecer do ser humano/mulher rural. Por meio do diálogo com as mulheres rurais, busca práticas culturais de cuidados de saúde que sejam culturalmente congruentes (popular e profissional). Para que a enfermeira desenvolva um processo educativo das práticas culturais de saúde, é necessário que desempenhe seus papéis de acordo com suas próprias expectativas, e também com as expectativas das mulheres rurais que participam do processo, procurando, dessa forma, a manutenção, acomodação ou reorganização das práticas culturais de saúde desenvolvidas durante o processo, de maneira conjunta (baseado em Leininger, 1985; Monticelli, 1997).

A enfermeira, ser humano, único, inacabado, em constante processo de aprendizagem, tendo sua própria cultura, desenvolve um trabalho profissional, interage com outros seres humanos, transmite e compartilha hábitos, num esforço de criar e recriar o processo de viver/envelhecer.

Nesse contexto, atua em termos de saúde e doença, buscando congruência entre as práticas profissionais de saúde e as práticas populares de saúde, desenvolvidas pelas mulheres da zona rural, tornando-as práticas culturais de saúde propícias ao envelhecer saudável.

As práticas populares, como cuidado popular, compreendem comportamentos, técnicas e processos desenvolvidos de acordo com valores culturais, contendo informações tanto do sistema profissional de saúde como do popular. Esses cuidados visam a ajudar as pessoas a se cuidarem em situações de saúde e doença. São cuidados cognitivamente reconhecidos por uma religião, um extrato social, um grupo cultural, uma família ou outro segmento da estrutura social de uma sociedade (Leininger, 1981).

Por sua vez, o cuidado profissional tem sua base no aspecto personalizado, por meio da holística do homem, a partir de suas necessidades, problemas, crenças/valores, expectativas, atitudes, e dos recursos que possui para o cuidado. É fundamentado em conhecimentos precisos, no uso de instrumentos tecnológicos, técnicas, e também no cuidado popular (Leininger, 1981; Patrício, 1990).

O homem, através dos tempos, sempre se valeu do cuidado com o propósito de manter-se com saúde, entretanto, o ato de cuidar sempre foi visto como uma particularidade feminina. Nesse sentido, Collière (1986) afirma ser o cuidado parte integral da vida, e que nenhum tipo de vida pode sobreviver sem cuidado. Refere também que o cuidado se encontra na própria raiz da história das mulheres.

A mulher, através dos tempos, sempre exerceu o papel de “cuidadora do lar” (grifo meu), provendo a alimentação e assumindo o cuidado dos filhos, quando não da comunidade (as benzedoras, parteiras..). Dessa forma, o cuidado, em muitas culturas, tornou-se uma exclusividade feminina (Bertoncini, 1991; Budó, 1994, 1997; Antunes e Oliveira, 1994; Zambonini, 1995; Silva, 1998).

A enfermeira, profissionalmente, como um ser cuidador, é também um ser educador por excelência. Ao desenvolver o processo de cuidar e, portanto, de educar, é necessário que ela tenha consciência de que os seres humanos com quem interage, no caso, as mulheres rurais, são seres em relação com a natureza e com o mundo, que têm uma consciência capaz de captar o mundo e transformá-lo.

Gonçalves et al (1996), em um estudo sobre assistência a idosos no contexto domiciliar, ressaltam a ação da enfermeira enquanto agente educador,

o que torna as tarefas do cuidar menos estressantes para os familiares cuidadores. Além de agir na prevenção de doenças dessas pessoas - fato comum devido à sobrecarga e desgaste pelo trabalho adicional - a enfermeira assume papel importante, como elemento integrador, em situações de conflitos intrafamiliares e de apoio e busca de suporte social na comunidade.

No interagir, considerando o referencial cultural, durante o desenvolver da prática assistencial, a enfermeira não é a única agente de mudanças, mas busca, de forma participativa, a ação-reflexão conjunta com a mulher rural, para que ambas sejam agentes de mudança. Poderá ainda buscar suporte na comunidade ou entre profissionais da área, de forma a contribuir para o processo de mudanças. Essa ação-reflexão é entendida como a própria prática educativa que deverá ocorrer durante o desenvolver do processo de enfermagem, na etapa “Discutindo e construindo novas práticas culturais de saúde”. Dessa maneira, a enfermeira também muda e redimensiona sua bagagem cultural, seu papel social e sua atuação profissional (baseado em Patrício, 1990; Leininger, 1991; Monticelli, 1997).

SAÚDE/DOENÇA e ENVELHECIMENTO

A saúde é vista por Leininger (1988, 1991), como um estado de bem-estar, culturalmente definido, valorizado e praticado, e que reflete a capacidade que os indivíduos ou grupos possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória.

A autora coloca ainda que a saúde é comum a todas as culturas e é definida no âmbito de cada cultura, segundo suas crenças, valores e símbolos.

Patrício (1990), em seu estudo com um marco conceitual de enfermagem de enfoque sociocultural, referiu-se à saúde como uma situação de “bem-viver”. No seu entendimento, saúde é ter recursos para o atendimento das necessidades na saúde e na doença (incluindo o cuidado popular e o cuidado profissional); para a recuperação de sofrimentos e vivência do seu processo de desenvolvimento, com capacidade de efetuar as tarefas de vida (incluindo a do cuidado); bem como para alcançar, com satisfação, os objetivos e padrões de vida desejados. A autora refere-se à doença como “situações de mal-viver”. Mal-viver, segundo ela, pode ser entendido como as dificuldades que o homem tem para atender as suas necessidades, que podem ser expressas por queixas de sofrimentos e incapacidades de realizar suas tarefas e expectativas, e por sinais de disfunções e incapacidades físicas, psicoespirituais e socioculturais, nos aspectos de crescimento e desenvolvimento.

No referencial cultural há um entendimento de saúde, como sendo a capacidade do indivíduo de realizar suas atividades da vida diária - cuidar de si mesmo - refletindo-se num estado de bem-estar, segundo sua cultura.

A doença, nesse entendimento, pode ser traduzida como a dificuldade ou até mesmo a incapacidade do indivíduo de realizar suas atividades da vida diário; isto ocorre quando não consegue cuidar de si mesmo ou quando o cuidado, culturalmente não está sendo satisfatório.

Assim, entende-se que saúde e doença fazem parte do processo contínuo de viver do ser humano, permeando também o processo do envelhecimento. Por conseguinte, o viver-envelhecer “saudável” pode constituir partes de uma percepção de saúde, dentro de um contexto sociocultural.

Ao observarmos a natureza humana e o ambiente que nos cerca, percebemos que o envelhecimento é um fenômeno natural, normal e universal.

Porém, o processo do envelhecimento resulta não só de fatores biológicos, como também de fatores ambientais, e sofre influência dos hábitos cultivados durante o curso da vida (Burnside, 1979; Baur e Egler, 1983; Smokvina, 1984; Serro Azul, 1992; Neri, 1993, 1995a, 1995b; Papaléu Netto, 1995, 1996).

Nossa prática e as observações do dia-a-dia têm-nos mostrado que ninguém envelhece da mesma maneira ou no mesmo ritmo. Também faz parte do conhecimento comum que, na velhice, o idoso se torna mais lento e precisa mais tempo que o jovem para se recuperar, após um período de esforço físico ou mental. Sabe-se ainda que ele é mais susceptível a doenças, aos acidentes pessoais e ao estresse.

Quando nos dirigimos para a literatura, encontramos diferentes conceitos para envelhecimento, assim como diferentes teorias que tentam explicar o envelhecimento biológico, muito embora não exista uma elucidação completa. No entanto, há um consenso entre os estudiosos de que o envelhecimento está relacionado aos hábitos que o indivíduo cultivou ao longo da vida (Burnside, 1979; Bauer e Egler, 1983; Gonçalves et al, 1992; Neri, 1993, 1995a, 1995b; Papaléu Netto, 1996).

Gonçalves et al (1992), fazendo uma reflexão sobre “ser ou estar saudável na velhice”, pressupõe que “a saúde e o bem-estar dos idosos dependem, consideravelmente, do estilo de vida que tenham adotado, nos períodos anteriores da vida...das condições coletivas de vida prevalentes em uma sociedade... dos projetos de vida compartilhados entre as pessoas, em nível familiar ou extrafamiliar... e que o envelhecimento saudável pode ser resultante, em grande medida, em pessoas cujos projetos de vida incluíram e incluem a vivência de sua própria história e realidade cultural, da realidade

sociopolítica da sociedade onde vivem, em constante mudança e do exercício da cidadania”.

Neri (1993), ao fazer uma reflexão a respeito das tendências da investigação sobre qualidade de vida na velhice, em seu livro “Qualidade de Vida e Idade Madura”, destaca que qualidade de vida na velhice, bem-estar subjetivo, envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido, são expressões tidas como equivalentes, formando um construto global, referenciado a diversos pontos de vista sobre o envelhecimento, como fato individual e social. Seguindo em suas reflexões, Neri reforça que, para envelhecer bem ou ter uma boa velhice, “seja lá o que for que isso signifique, não é atributo ou responsabilidade pessoal única. Depende, sim, da interação entre o indivíduo e o seu contexto, ambos em constante transformação” (1993, p.13).

A participação e interação das mulheres no processo de viver/envelhecer, na comunidade rural, inclui as crenças, percepções, hábitos e as práticas de cuidado, para definir e explicar saúde e doença dos indivíduos ou famílias (Budó, 1994). Todo esse processo é organizado culturalmente, por meio das práticas culturais de saúde.

As práticas culturais de saúde são ações desenvolvidas ao longo da vida, incluindo aí o envelhecimento. Essas ações são práticas de cuidados populares, com crenças e valores, constituindo-se em hábitos de vida que têm a finalidade tanto de expressar a percepção de saúde e doença durante todo o processo de viver/envelhecer, quanto o desejo de envelhecer saudável. Também o anseio do homem de prolongar a vida e de viver, mantendo força e saúde por muitos anos, é tão antigo quanto a própria humanidade (Gonçalves et al, 1992).

Na nossa sociedade, é usual afirmar que as práticas de cuidar da casa, dos filhos ou dos idosos é função da mulher. É culturalmente aceito, que as práticas de cuidar da vida doméstica e da família é tarefa da mulher, ou melhor dizendo, essas funções são vistas, pelo senso comum, como funções femininas (Silva, 1998).

Dessa maneira, as práticas de saúde tanto falam das mulheres e do seu processo de viver e envelhecer, quanto dizem algo para elas, ou seja, tanto permitem a retransmissão dos hábitos e costumes ao grupo, como permitem a sua reelaboração.

Neste estudo, além de considerar que saúde e doença permeiam todo o processo de viver e, portanto, também o processo de envelhecimento, levamos em conta que o ser humano, mulher rural e enfermeira, executa práticas de cuidados, com o intuito de viver e manter-se saudável. Logo, existem práticas de cuidados populares desenvolvidas pelas mulheres rurais, e práticas de cuidado profissional desenvolvidas pela enfermeira.

As ações desenvolvidas pela enfermeira são baseadas num corpo de conhecimentos que englobam sua cultura pessoal e profissional (Monticelli, 1997), por conseguinte, sua visão de saúde/doença e envelhecimento dos seres humanos com quem interage.

Por esse motivo, as práticas culturais de saúde, populares e profissionais podem ser conflitantes, cabendo à enfermeira a tarefa de refletir, em conjunto com as mulheres, sobre essas diferenças, de maneira que possam estabelecer práticas de saúde culturalmente satisfatórias.

A enfermeira interage profissionalmente, buscando compartilhar valores, crenças, normas e hábitos com as mulheres rurais, para juntas preservarem,

acomodarem e/ou reorganizarem ações, comportamentos e práticas culturais de saúde, com vistas ao envelhecer saudável.

A troca de saberes entre as mulheres e a enfermeira, com base no compartilhamento de hábitos e costumes, influenciará na saúde-doença e poderá possibilitar reorganizações tanto do grupo, quanto da enfermeira.

SOCIEDADE/AMBIENTE

A sociedade é composta pelos seres humanos, seres de relações, que estão no mundo e com o mundo. O ambiente representa a natureza física e o contexto sociocultural no qual o homem estabelece as relações.

“A partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. Faz cultura”(Freire, 1979b p.43).

Portanto, a sociedade situa-se num ambiente físico, tem uma estrutura social, tem uma cultura e está em constante mudança (baseado em Leininger 1985; e Freire, 1979a, b).

O ambiente, neste estudo, corresponde ao meio rural, onde a mulher vive sua condição de mulher cuidadora do lar e trabalhadora rural, com suas crenças, seus hábitos e suas práticas culturais de saúde.

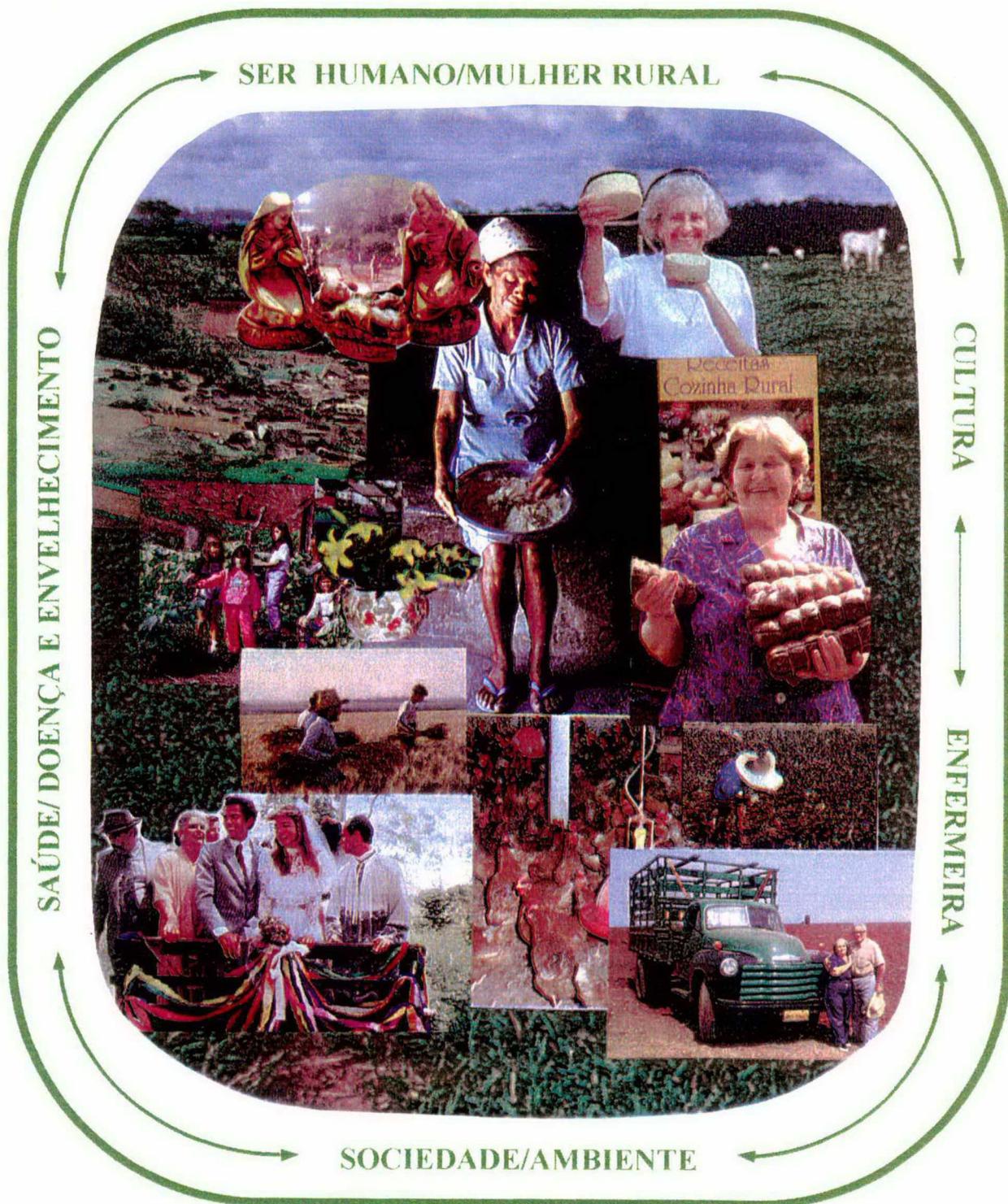
A estrutura social é constituída de agregados organizados dentro de uma sociedade que interdepende entre si: sistema religioso, sistema de saúde, sistema econômico e classe social, educacional, de parentesco, e outros.

A sociedade/ambiente rural, no Rio Grande do Sul, reflete hoje o nível de desenvolvimento ou de subdesenvolvimento da estrutura sociopolítica do Sul do Brasil. Constata-se atualmente, por omissão dos governantes, um quadro de descaso, quase abandono, da agricultura, sem política agrícola para os pequenos produtores ou pequenas propriedades. Por parte das mulheres, como trabalhadoras rurais, um quadro de mudança e reivindicações, seja integrando movimentos sociais ou participando na atividade política, tanto como mulheres sem-terra quanto como pequenas produtoras e/ou proprietárias.

Dessa forma, neste estudo, sociedade são as relações que as mulheres - que vivem no ambiente rural, interior de Passo Fundo/RS- mantêm entre si, no grupo, e as relações que o grupo mantêm com a enfermeira, com os integrantes de suas famílias, com a comunidade à qual pertencem e com os demais (incluindo aqui os profissionais da saúde, os políticos, e tantos outros).

Na figura 1, procuro ilustrar, com base no marco adotado, como vejo a presente proposta de prática assistencial, isto é a construção de um processo educativo com as mulheres rurais, com vistas a um envelhecer saudável, partindo de suas práticas culturais de saúde, e respeitando suas crenças, seus hábitos, seus costumes, enfim, sua cultura e também seu ambiente.

Figura 1 - Representação do Marco Conceitual* organizado pela autora.



* Fonte: Portella, Marilene Rodrigues. **Cuidar para um envelhecer saudável: a construção um processo de educativo com mulheres de uma comunidade rural de Passo Fundo/RS**, 1998.

3. APRESENTANDO O PROCESSO DE CUIDAR

Neste momento, apresento o processo de cuidar, ou seja, a trajetória metodológica percorrida. Assim, o leitor poderá conhecer, mais detalhadamente, o grupo estudado; a metodologia selecionada para guiar o estudo; o local onde a prática assistencial foi realizada; a vivência dos encontros e a forma como foram feitos os registros dos dados.

3.1. Estabelecendo contatos - conhecendo o grupo

3.1.1. Estabelecendo contatos

Para iniciar a prática assistencial e conhecer a comunidade rural com a qual iria trabalhar, contei com o auxílio da extensionista da EMATER. Segundo Neto (1994: 54) “a aproximação com as pessoas da área selecionada para o estudo pode ser facilitada, através do conhecimento de moradores ou daqueles que mantêm sólidos laços de intercâmbio com os sujeitos a serem estudados”.

Fui conduzida por ela ao interior do município, onde se localiza a comunidade, no caminho; conversamos sobre a necessidade de se iniciar uma

atividade com as mulheres idosas, principalmente, porque muitas não têm opções fora dos seus afazeres domésticos.

Fomos à casa de Margarida, pois, segundo a extensionista, era com ela que sempre buscava uma referência para os trabalhos locais. Ao se referir sobre a simpatia e disponibilidade de Margarida, assim a descreve:

A Margarida é uma senhora muito prestativa, é uma pessoa agradável, simpática, conhece todas as mulheres da comunidade. Ela já frequenta um grupo na cidade, com isso fica mais fácil ela explicar para as outras como é participar de um grupo.

Margarida passaria a ser meu contato, no local. Chegando à sua casa, numa manhã de quarta-feira, linda e ensolarada, fomos recebidas com um sorriso espontâneo e faceiro, sob os protestos dela, que reclamava com a extensionista o tempo que fazia desde o último encontro. Logo em seguida veio o chimarrão, costume comum na região, e que significa hospitalidade e agrado ao visitante.

Fui apresentada por minha acompanhante, que fez um breve relato do objetivo da visita. A seguir, coloquei para Margarida, mais detalhadamente, o que pretendia com meu trabalho, para cuja execução necessitaria de encontros com um grupo de mulheres. Ela prontamente ofereceu-se para iniciar os contatos com as vizinhas, enumerando, nos dedos, as demais mulheres da comunidade que poderiam participar.

Acertamos que o primeiro encontro seria dali a quinze dias, na primeira semana de outubro, pois na próxima não seria possível: haveria um casamento na comunidade, com o qual muitos estavam envolvidos; e ela aproveitaria a ocasião para fazer mais contatos e combinar o encontro com as mulheres.

Isso reflete a cultura do pessoal, morador no interior, onde os acontecimentos são socializados entre eles.

A respeito da questão cultural interiorana, referente às solenidades em que se celebram as relações sociais, Budó (1994), abordando as formas de viver dos colonos, numa comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos e relata que as celebrações - casamentos, festas de igreja ou mesmo os velórios - são pontos de encontro que propiciam a participação de toda a comunidade; é quando se dá a troca de informações e experiências entre os moradores.

Margarida aproveitaria a ocasião do encontro, no casamento, para informar as demais mulheres, sobre o acontecimento que se daria na comunidade: a proposta da formação de um grupo, para estudo e troca de idéias.

Depois de confirmados, data, hora e local do primeiro encontro com o grupo, despedimo-nos de Margarida que, muito contente, expressou:

...Mas vai ser tão bom a gente poder fazer um grupo aqui, a senhora nem imagina, as mulheres vão gostar muito, a senhora pode ter certeza, eu já vou duas vezes por semana no grupo do c., lá na cidade e isso me faz tão bem, eu sempre disse pras outras que nós tinha que conseguir fazer um grupo, pode deixar por minha conta...

3.1.2. Conhecendo o grupo

Meu contato com o grupo, que pensei ser o do estudo, ocorreu no primeiro encontro. Digo isso, porque minha proposta inicial era trabalhar

somente com mulheres idosas, considerando assim as que tivessem sessenta anos ou mais.

Pretendia desenvolver a proposta com um grupo de mulheres idosas dessa comunidade, foi com este objetivo e intenção que me desloquei até lá, naquele primeiro encontro.

A partir do segundo encontro, foram introduzidas novas mulheres no grupo, pelas primeiras, que afirmaram, ter gostado da proposta e, por isso, por terem achado muito interessante o primeiro encontro, resolveram convidar mais algumas.

Apesar de não preencherem os requisitos, no tocante à idade proposta inicialmente para o estudo, no meu entendimento, era o grupo que elas, as mulheres, queriam formar. Esse fato me fez refletir. Afinal, eu fui para essa comunidade, fiz uma proposta de conversarmos sobre as questões das suas práticas culturais de saúde, com vistas a um envelhecer saudável. Era óbvio, se elas gostaram da proposta, por que não dividir com as demais, de outras idades? Faz parte do mundo delas dividir com suas vizinhas, suas comadres, filhas, noras e demais, as coisas boas e ruins que acontecem por lá.

Diante dessa situação, eu me senti impotente para dizer: Olhem, eu estou aqui na comunidade de vocês, tirando vocês de suas casas, ocupando seu tempo, para fazer um trabalho. Mas só com as idosas! Não vou poder fazer esse trabalho com mulheres de outras idades... Isso eu jamais faria, pois contrariava todos os meus princípios. Eu estava lá para aprender e ensinar, para compartilhar saberes, com o objetivo de construir um processo de cuidar/educar, com vistas ao envelhecer saudável.

Foi então que resolvi, que respeitaria a decisão do grupo. Analisando mais profundamente meus conceitos, propostos no marco conceitual,

considereei que era possível trabalhar com todas as mulheres, não somente com as idosas, pois, afinal, o envelhecimento do ser humano é um processo normal, gradual e contínuo através da vida, influenciado não somente por fatores biológicos, culturais e educacionais, mas também por hábitos cultivados no decorrer dos anos.

O cotidiano das mulheres rurais está repleto de situações de troca de saberes, em educação e saúde, e em suas práticas de cuidados no processo de viver-envelhecer, dentro de sua visão de mundo. Ao interagir com a enfermeira haveria a possibilidade de compartilhar tais saberes. Esse compartilhar saberes, gerando novas aprendizagens, era parte da proposta. Foi aí também que busquei respaldo para trabalhar com este novo grupo que ora se apresentava.

Acho que o número maior de mulheres, no princípio tido como fator limitante, atribui-se mais à minha inexperiência, somada à ansiedade de estudante e, talvez, a meu despreparo. Mas esse impacto inicial foi superado. E como ser humano que vive em relação com a natureza e com o mundo, que aprende e se transforma a partir dessa relação, aprendi.

Aprendi a achar uma saída, achei alternativas, por meio do diálogo, fui criativa, o que me permitiu desenvolver meu projeto e também ensinar e aprender, com quem quisesse participar.

O grupo que freqüentava os encontros, variava de oito a dezesseis mulheres, em média, com doze freqüentadoras assíduas. Conheci, entre outras: Primula, Cravina, Hortência, Rosa, Primavera, Azaléia, Camélia, Orquídea, Violeta, além de Margarida, é claro.

Essas mulheres todas fazem parte do trabalho e, por serem as participantes com maior frequência aos encontros, resolvi apresentá-las ao leitor, para o mesmo ter uma idéia do perfil das mulheres com quem trabalhei.

- Margarida, 63 anos, viúva há onze anos, aposentada desde os 58. Mãe de dois filhos homens, sendo que um é separado e veio morar com ela. De descendência italiana, inclusive com sotaque acentuado; pele clara, cabelos castanhos, curtos, levemente ondulados; sorriso fácil no rosto, aparência simpática, usa óculos, estatura mediana, massa corporal reforçada, indícios de obesidade; roupas simples, mas com ótima aparência de higiene, o que já tinha observado em sua casa; tem mãos ásperas e calejadas, dando mostras de trabalho rude.

- Prímula, 60 anos, casada, mãe de quatro filhos, dois rapazes e duas mulheres. Pele morena clara, cabelo castanho escuro, curto, liso; com aparência e sorriso tímido. Seu semblante lembra os índios (descobri, em ocasião posterior, que seus pais eram “caboclos”, nome dado ao cruzamento de portugueses com índios), estatura mediana, massa corporal em equilíbrio com a estatura; veste roupas simples e com boa higiene; braços expostos, evidenciam os efeitos do sol; pés com falta de trato, sola grossa, rachaduras nos calcanhares, fato muito comum na zona rural, pois as mulheres vão à roça de chinelo; nas pernas, são evidentes inúmeras picadas de mosquitos, algumas em processo de desaparecimento e outras muito recentes.

- Primavera, 60 anos, casada há 42, aposentada há cinco anos, mãe de cinco filhos, três homens e duas mulheres. Uma senhora de pele clara, típica representante do imigrante italiano, até mesmo no falar; bastante extrovertida, falante, sorriso largo, gargalhada fácil, estatura mediana, cabelos curtos e

castanhos. Obesa, com boa aparência de higiene, mas o sinal do trabalho presente nas mãos; pele áspera e grossa, pernas castigadas pelos mosquitos.

- Hortência, 64 anos, pele clara com rugosidades em evidência, rosto com manchas hiperpigmentadas, cabelo grisalho, curto e liso, magra, apresenta dificuldades da locomoção, com a perna direita “mancando”; algum tempo depois, me contou que esse encurtamento da perna começou há mais ou menos treze anos, no início sem dor nem dificuldade para caminhar, apenas um enfraquecimento esporádico. Hoje há desgaste ósseo muito sério. Nem mesmo o médico lhe garante solução pela cirurgia (informações dela).

- Rosa, 60 anos, típica italiana, pele marcada pelo sol, obesa, alegre, expansiva, cabelos curtos com sinais de tintura, o que se percebe pelos grisalhos que já estão em crescimento. Em suas pernas, as varizes são salientes, bem como a falta de trato com os pés; os mosquitos têm provocado danos também nas pernas de Rosa, com suas picadas.

- Cravina, 60 anos, senhora esbelta, alta, pele clara, cabelos com tintura, tons castanho-claros, lisos, e de comprimento na altura do ombro; fala animada, sempre com sorriso no rosto, nota-se que está bem vestida para a ocasião e com roupas alegres. Ao apresentar-se foi logo falando sobre seus inúmeros problemas de saúde, que sente e de que está em tratamento. Em seguida, disse ter uma filha médica, que mora na cidade; disse também que possui aparelho de pressão e que controla a mesma todos os dias; falou ainda que faz muitos anos que esses problemas a incomodam.

- Azaléia, uma senhora de 64 anos, de descendência italiana, estatura média, obesa, cabelos castanho-claros, curtos; muito simpática e falante; viúva, mãe de dois filhos homens e uma filha mulher. Tem cinco netos, mora com o filho mais novo, a nora e dois netos. A casa onde mora é dela, deixada pelo

marido que faleceu há onze anos. Costuma trabalhar na roça e tira leite das vacas; é aposentada, mas prefere ter sua própria economia, proveniente das atividades domésticas e da agricultura. Continua ajudando o filho e a nora, tanto no ambiente do lar quanto na roça, segundo suas palavras. É crocheteira de “mãos-cheias”, conforme depoimento das próprias mulheres. Mais tarde, Azaléia informou-me que é a massagista da comunidade, resolve problemas de “mau jeito nos músculos”, “destroncados”, pequenas “quebraduras dos ossos”.

- Camélia, 23 anos, a mais jovem freqüentadora do grupo, assídua, diga-se de passagem. Casada, mãe de uma linda menina de 5 anos; moradora próxima ao salão da igreja, relatou que, por ocasião do primeiro encontro, estava ajudando o marido a fazer “massa” (de concreto), pois estão construindo uma casa nova. Também, como a maioria, é de descendência italiana. Além de toda a juventude estampada no rosto, é bonita, alta, esguia, pele clara, cabelos longos e loiros, olhos azuis e uma simpatia contagiante.

- Orquídea, 35 anos, casada, mãe de cinco filhos, dois rapazes e três mulheres, duas delas já casadas, avó de um menino de um ano e seis meses. A princípio, parecia muito séria, mas logo se revelou brincalhona e expansiva. Pele clara queimada do sol, cabelos curtíssimos, loiro-claro, tem sotaque bem acentuado, denunciando as origens.

- Violeta, 47 anos, casada, mãe de quatro filhos, dois homens e duas mulheres, avó de três netos. Pele clara, olhos azuis, cabelos lisos, acastanhados, curtos, estatura acima da média, estrutura corporal avantajada, porém não se pode dizer que seja obesa; simpática e de sorriso fácil.

3.2. Apresentando a metodologia

Tratando-se de um estudo que pretende desenvolver uma abordagem cultural das práticas do cuidado, ao vivenciar o processo de enfermagem, é necessário empregar uma metodologia apropriada, que possibilite a captação de dados e informações de natureza qualitativa.

Para estudos desta natureza, Leininger propõe guias habilitadores (assim chamados para substituir o termo “instrumento”, e por acreditar que os guias habilitadores são congruentes com o paradigma qualitativo). Um dos guias habilitadores proposto por ela é o Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R).²

Para viabilizar essa proposta, utilizei a observação, a participação e a reflexão, no desenvolvimento do processo de enfermagem, porém não foi utilizado na íntegra o modelo O-P-R proposto por Leininger.

Por ser essa, uma proposta que entende o processo de cuidar também como um processo de educar, a fase da reflexão não se deteve à metodologia proposta por Leininger. A reflexão aqui seguiu a perspectiva freireana, de ação educativa. Uma reflexão-ação conjunta, enfermeira-grupo.

Minha atuação no grupo baseou-se, então, na perspectiva freireana de ação educativa modelada na experiência dos “círculos de cultura”³, - embora

² Guias habilitadores- derivado da técnica tradicional de observação participante. Possui 4 fases: fase 1 - caracteriza-se, fundamentalmente, pela observação e o escutar ativo (não há participação ativa); fase 2 - caracteriza-se, fundamentalmente, pela observação com limitada participação; fase 3 - caracteriza-se, fundamentalmente, pela participação com observação continuada; fase 4 - se caracteriza fundamentalmente pela reflexão e confirmação dos achados, com os informantes.

³ Os “círculos de cultura” originaram-se nos anos sessenta, quando Paulo Freire se engajava no “Movimento de Cultura Popular” e coordenava um projeto denominado “Círculo de Cultura” e “Centros de Cultura”. Era uma experiência que reunia de três a vinte pessoas, sem temas “a priori”, onde o mediador tratava a temática que o grupo propunha, mas acrescentava outros temas, para melhor esclarecer o tema geral sugerido pelo grupo popular. O mediador tinha um trabalho de educador comprometido. Sua função era ver que, entre o tema “A” proposto pelo grupo e o tema “B”, haveria um tema “A-B”. Cabia ao mediador, educador comprometido, viabilizar a compreensão mais crítica da temática proposta pelo povo. Isso era um processo o “Círculo de Cultura”.

não estivesse utilizando esse itinerário metodológico - desempenhei o papel de facilitador, animador do grupo, respeitando seus saberes e crenças.

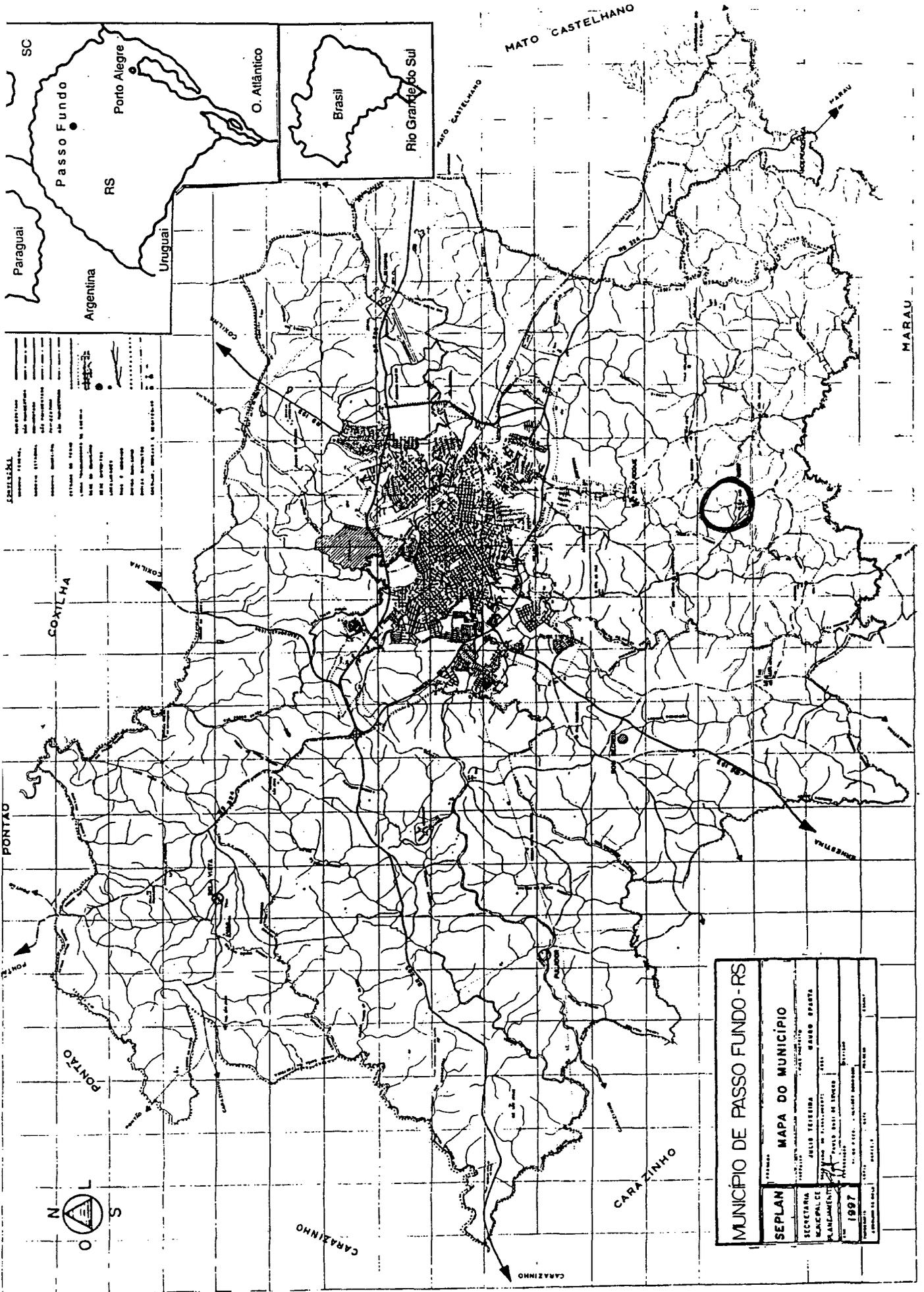
“ O respeito, então, ao saber popular, implica necessariamente no respeito ao contexto cultural. A localidade dos educandos é o ponto de partida para o conhecimento que eles vão criando do mundo. Seu mundo, em última análise, é a primeira e inevitável face do mundo mesmo... sua fala, sua forma de contar, de calcular, seus saberes em torno do chamado outro mundo, sua religiosidade, seus saberes em torno da saúde, do corpo, da sexualidade, da morte, da força dos santos, dos conjuros” (Freire, 1993 p.86).

Adotando a reflexão-ação, tendo como papel, animador do grupo, permiti-me aprender e compartilhar com o grupo suas práticas culturais de saúde. E, ainda, discutir com as mulheres questões sobre o envelhecimento, a forma de envelhecer e os fatores que interferem na conquista da velhice bem sucedida.

3.3. Conhecendo a comunidade rural, local da prática assistencial

Essa prática foi desenvolvida com um grupo de mulheres, da comunidade rural de São José, pertencente ao distrito de São Roque, zona rural do município de Passo Fundo, localizado na região do Planalto Médio, interior do estado do Rio Grande do Sul (ver figura 2). Passo Fundo possui uma área de 759,9 km², com 156.378 habitantes, uma densidade demográfica de 205,86 hab/km², sendo que 150.250 habitantes se encontram na zona urbana e apenas 6.128 na zona rural (IBGE). Segundo dados levantados junto ao IBGE, o município teve sua área rural bastante reduzida, a partir de 1992, devido à emancipação, na época, de três de seus maiores distritos (Pontão,

* Figura 2- Localização geográfica da área de estudo



Coxilha e Mato Castelhana). Atualmente, das 1088 propriedades produtivas da zona rural, a maior concentração encontra-se nos distritos de São Roque, Bela Vista e Bom Recreio.

A comunidade de São José é composta de mais ou menos 30 famílias, na sua grande maioria descendentes de italianos.

O acesso a essa comunidade se faz por uma estrada secundária, sinuosa, cheia de desníveis, devido ao terreno acidentado. A estrada penetra pelo interior do distrito, em condições razoáveis de tráfego, em virtude do precário estado de conservação, fazendo com que, em dias de chuva o trânsito se torne mais difícil, às vezes até impossível. O povoado fica a uma distância, de aproximadamente, 25 quilômetros do centro da cidade.

Na sede da comunidade há uma capela, cujo santo padroeiro lhe dá o nome. O salão de festas fica logo ao lado. Em frente à capela existem duas famílias moradoras, cujas casas são de construção mista, pintadas, em bom estado de conservação, com pátios fechados por tela e bonitos jardins. Logo atrás da igreja avista-se uma olaria, construção que chama atenção nesse distrito, em que a produção proveniente das olarias contribui para o orçamento familiar.

A economia e a renda principal das famílias provêm da agricultura em pequenas propriedades que, em média, possuem 15 hectares de terra; da avicultura e da produção do leite; da suinocultura, que serve também como complementação dos produtos de consumo interno; dos hortifrutigranjeiros e da piscicultura que está sendo introduzida na região, pois é comum avistarmos açudes nas proximidades das casas.

Na comunidade, percebe-se a coexistência do antigo e do novo, pelas construções, utensílios domésticos e os recursos tecnológicos. É comum, nas

casas, a existência da antena parabólica, do telefone, sistema ruralcel, que é considerado um recurso de grande valia, fazendo com que não se sintam isolados. Sobre isso, Primavera falou no grupo, uma tarde:

Às vezes quando estou muito sozinha, eu ligo para V. e ficamos conversando até me espairecer... é só ligar o telefone e a gente não tá mais sozinha.

Uma linha de ônibus, cumpre rigorosamente seu horário e trajeto, em dia de tempo bom. Já não acontece o mesmo em dias de chuva, quando o trânsito é mais difícil. A grande maioria das famílias possui um carro de passeio, popular e fora de linha.

Segundo a extensionista da EMATER - Regional de Passo Fundo - que há anos acompanha a evolução no meio rural, bem como a vida das pessoas no campo, o que ainda segura a população no interior são as pessoas idosas, porque os jovens estão abandonando o campo. Eles vêm para a cidade para estudar à noite, ficam conhecendo a situação de quem mora no meio urbano, em seguida acabam se mudando, em busca de emprego e de melhores condições, e só permanecem no interior os pais, avós e os irmãos casados, até que seus filhos cresçam.

A escolha dessa comunidade, deveu-se à facilidade de aproximação com a mesma, conforme indicação da extensionista da EMATER, amiga pessoal e companheira de trabalho em “feiras de saúde” (eventos de educação e saúde, surgidos aqui no município, por iniciativa da EMATER e demais entidades, no final da década de 80) há muito tempo, e que, há 13 anos, desenvolve trabalhos de cunho educativo, de orientação e assistência técnica, nas comunidades rurais de Passo Fundo. Ela conhece perfeitamente não só as

condições de vida, mas também as características da população, seus hábitos e costumes.

3.4. Vivenciando os encontros

Os encontros ocorreram, por decisão do grupo, no salão da comunidade, que fica ao lado da igreja. Observei que é uma construção recente, com algumas dependências ainda em andamento. Feito de alvenaria, tem uma cancha esportiva, nos padrões oficiais em relação à metragem, com revestimento apropriado para o esporte. Ao lado da cancha há uma área com uma copa; e os sanitários, masculino e feminino, mais aos fundos. Próxima à entrada de acesso fica outra copa, com dois *freezers* em funcionamento e com bebidas. No balcão, balas, chicletes e rapaduras, para comércio. Ainda nessa área, existem várias mesas e inúmeras cadeiras empilhadas num canto. Uma senhora me explicou que elas servem para arrumar o salão em dias de baile e de festa. A cancha sempre permanece livre nos demais dias, pois, às vezes há jogos.

As dependências em construção serão destinadas à cozinha e à churrasqueira.

Para se ter acesso ao salão, é necessário primeiro desligar o alarme que está instalado dentro da igreja, bastando para isso, acionar o controle, que é manual, e está no molho de chaves.

Margarida me contou que é muito perigoso deixar sem alarme, pois várias vezes houve tentativa de arrombamento. E antes de colocarem o alarme, já tiveram prejuízos, pois a copa foi saqueada. Observa-se que as janelas ao redor do salão são todas do tipo basculante e com grade de proteção por fora.

Explicaram que, como há dois moradores bem em frente, fica fácil de cuidar, é só disparar o alarme que todos vêm atender, até mesmo os que moram um pouco mais distante.

No primeiro encontro, meu objetivo era colocar para o grupo questões sobre o trabalho a ser desenvolvido; explicar a proposta, esclarecer os aspectos éticos e planejar com o grupo os temas a serem abordados.

Eu estava muito ansiosa, à espera desse primeiro encontro. Um certo receio de não ser aceita pelo grupo, pois era uma comunidade à qual eu estava chegando pela primeira vez, não conhecia ninguém, até então.

O fato de ter que explicar como o estudo se desenvolveria e a sua finalidade, não me angustiava tanto quanto a espera pelo momento. Eu tinha uma expectativa, por exemplo, de realizar encontros semanais, contudo, meus conceitos me diziam que a construção devia ser conjunta, e não imposta. Por isso, os dias que antecederam ao primeiro encontro me trouxeram tantos desconfortos. Nada era pronto, a construção do trabalho se daria a partir daquele contato inicial.

Passados primeiros momentos, minha ansiedade e angústia não tinham mais sentido. Após a apresentação, feita um pouco timidamente, iniciei a conversa falando sobre o porquê de estarmos ali. Informei a elas também quem tinha me indicado aquela comunidade. Mais descontraída, depois da fala inicial, fui explicando o meu propósito. Falei sobre a preocupação da profissão da enfermagem em fazer um trabalho científico. Contei-lhes, brevemente, sobre minha trajetória profissional e os trabalhos em que estive envolvida, especialmente aqueles que diziam respeito a ações de educação e saúde e também minha experiência com idosos.

Dentro da proposta ética, expliquei, detalhadamente, sobre a garantia do sigilo, do anonimato, sobre a livre adesão de qualquer uma, e a não obrigatoriedade de participação, caso fosse o desejo de alguma delas. Calma e pausadamente, fiz minhas colocações, sob o olhar atento de todas.

Após a apresentação, perguntei-lhes o que acharam da proposta de trabalho, a Primavera foi prontamente falando:

Eu quero ouvir falar sobre tudo, mas também acho que tem que ser diferente das reuniões da ..., a gente já tá cheia de tanta receita, fica empanturrada de tanta coisa, não temos mais nem lugar para guardar tanta receita (uma gostosa gargalhada, que foi acompanhada pelas demais do grupo)... Olha, a gente tem que fazer exercícios, fazer ginástica, dançar, que nem as mulheres lá da cidade fazem, elas se reúnem prá conversar, mas também se divertem...

As demais, logo em seguida, começaram a sugerir assuntos, tais como: colesterol, pressão alta, pressão baixa, diabetes, dor na coluna, dor nas costas, reumatismo, problema de nervos, problemas do coração, ataque de fígado, entre outros.

Repassei com elas o que eu tinha consigo captar, validando as informações. Elas conferiram, reafirmando que era isso mesmo. Reforcei que, a cada encontro, qualquer outro assunto poderia ser tratado, e que os encontros seriam momentos de conversa e não palestras.

No meio rural, a conversa entre as pessoas é um acontecimento informal que, além de permitir a aproximação entre os participantes, permite ainda que eles próprios dirijam a discussão e o rumo que ela deve tomar, ao passo que a

palestra, no sentido tradicional, distancia as pessoas, que apenas ficam de ouvintes. E esse não era o objetivo.

A tentativa de validar os assuntos abordados como sendo interessantes, é uma técnica semelhante à dos temas geradores propostos por Freire, com possibilidade de discussão nos encontros posteriores, mas sem descartar que, a qualquer momento, outro tema pode ser acrescido.

Em relação ao horário, as mulheres acharam que logo após o almoço, no horário oficial, por volta das duas horas da tarde, estava bom.

Cravina explicou que, no interior, elas não seguem o horário de verão. Continuam seguindo o “horário do sol” (palavras dela), pois tem o serviço da lavoura. Os homens costumam vir para almoçar no horário antigo. Caso eles venham mais cedo, acabam perdendo um tempo precioso, num horário em que o sol ainda não está muito quente. Por isso a necessidade de continuar seguindo o horário do sol, a não ser quando alguém tem compromisso na cidade, então eles almoçam mais cedo.

Esse horário, das duas às três e meia, ou até quatro horas, elas consideraram bom, porque, segundo suas colocações, já teriam acabado as limpezas da cozinha e, quem quisesse ir na roça, também poderia ir mais tarde, na hora em que o sol não está tão forte. Evidenciei aqui, novamente, suas práticas culturais de saúde.

Quanto ao dia da semana, quarta-feira seria o melhor, nas colocações do grupo. Se decidissem por terça ou quinta-feira, Margarida não poderia participar em função de suas atividades, em outro grupo, na cidade. As sextas-feiras são reservadas para fazer as limpezas da casa, para deixar tudo em ordem para o final de semana, pois podem chegar visitas, principalmente no domingo; e aos sábados também não seria apropriado, como disse Cravina:

...O dia melhor é no meio da semana; no final de semana, nos sábados à tarde, eu não quero, é dia que vêm os netos da cidade, às vezes vem visita também. A gente quer fazer uma sobremesa pra domingo, dar uma ajeitada, daí vai ficar ruim, não vou poder participar...

Dentro do pretendido, um processo educativo participativo, o grupo, de comum acordo, decidiu os dias do encontro, o horário, a frequência dos mesmos. Todas elas não só deram sua opinião, mas também o delineamento. Muito decididas, justificavam sempre suas colocações, olhando em minha direção, como se aguardassem minha aprovação.

O planejamento já estava sendo consolidado, os dias apropriados, os horários, enfim, tudo planejado pelo grupo.

Ao todo, foram realizados nove encontros, sendo necessário retornar a campo depois, para complementação de alguns dados.

O período do estudo estendeu-se de outubro de 1997 a maio de 1998.

3.5. Registrando os dados

Os dados levantados, as anotações sobre os fatos observados e os diálogos foram registrados sob a forma de “diário de campo” (anexo 2).

Encontrei dificuldade em memorizar a totalidade das informações, mas creio que o perdido em quantidade foi ganho em qualidade.

Outra limitação que ocorreu com os registros foi a dificuldade de passar para o papel os diálogos, na íntegra, pois o grupo, em determinadas ocasiões era mais numeroso.

Logo após cada encontro, assim que entrava no carro, ainda no caminho de volta para casa, fazia a gravação de minhas observações mais imediatas. Ao chegar, passava para as notas de campo a memória do encontro. Depois complementava com as transcrições da gravação.

A duração dos encontros variava de uma hora e quarenta até duas horas e meia, geralmente. Optei por não fazer anotações enquanto estava com o grupo, por julgar que essa atitude poderia distanciar-me dele. Por isso confiei em minha memória e nos recursos da tecnologia.

4. OPERACIONALIZAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL

Neste capítulo, apresento em primeiro lugar, uma reflexão sobre as questões éticas que permeiam a proposta de estudo, a seguir a análise dos conceitos, na prática, e a metodologia do processo de enfermagem, para a implantação da proposta.

4.1. Refletindo sobre as questões éticas e legais

O agir do ser humano é norteado, ética e moralmente, pelas suas crenças e valores e pelas que a sociedade e o meio lhe impõem.

De uma maneira geral, a prática assistencial de enfermagem deve preocupar-se, continuamente, com as questões éticas decorrentes da interação entre os sujeitos que dela fazem parte.

Para Lenoir (1996, p.68), “ os problemas éticos são indissociáveis uns dos outros, haja vista que se ocupam de preocupações universais comuns: a preservação da dignidade e da liberdade da pessoa humana e a afirmação de sua responsabilidade, que é a contrapartida”.

Para as pessoas que participaram do presente estudo foi assegurado o anonimato e o sigilo na identidade, garantidos por meio de nomes fictícios. Para isso optei pelo uso de nomes de flores.

Só fizeram parte do estudo as mulheres que desejaram fazê-lo e que preencheram os requisitos propostos pelo projeto.

Às participantes, após os critérios de seleção, foram esclarecidos os objetivos da proposta e o modo de participação de cada uma. Foi solicitado também o consentimento por escrito, o que, no entender do grupo, era desnecessário, pois todas consideraram a proposta aceita, algumas esclarecendo que uma vez que tinham dado a palavra, não seria necessário assinar, a não ser que a falta de suas assinaturas viesse prejudicar ou impedir o trabalho.

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe, após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”(Resolução nº 196/96 - Ministério da Saúde).

Mesmo havendo preparado o consentimento formal, achei melhor não utilizá-lo (anexo I), devido aos hábitos culturais do grupo e à sua manifestação expressa, que acatei como decisão.

Não foi utilizado o gravador, pois, como fez parte do processo a observação participante, considerei desnecessário; e ainda porque, em experiências anteriores, em entrevistas com idosos, o uso do gravador acabou prejudicando a coleta de dados e deixando as pessoas pouco à vontade, assim, optei por não usar esse recurso.

Foi assegurada a todos as participantes qualquer informação sobre o estudo, em qualquer momento do seu desenvolvimento, bem como ficou esclarecida, e a cada encontro reforçada a livre e inteira liberdade de cada uma, em continuar ou abandonar o grupo, em qualquer fase do processo.

Toda atividade com as mulheres foi programada de maneira conjunta, seja em relação aos encontros do grupo, seja em relação aos horários e disponibilidades de cada uma delas.

4.2. Avaliando os conceitos

Para a discussão dos conceitos utilizados neste estudo, procurei basear-me no marco conceitual proposto e na própria vivência de cada conceito. Procuro, dessa maneira, estabelecer uma relação entre aquilo que era construção mental para guiar a prática, e aquilo que foi efetivamente realizado, pois entendo, como Minayo (1992), que os conceitos tanto são um caminho para ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações, quanto um caminho de criação.

Embora compreendendo que os conceitos utilizados ocorreram de maneira articulada uns com os outros, optei por refletir essa articulação da seguinte maneira: cultura, saúde/doença e envelhecimento, separadamente; ser humano/mulher rural, sociedade/ambiente e enfermeira, em conjunto. Esclareço que essa separação tem apenas um caráter analítico que permite, inclusive, salientar alguns pontos que surgiram no decorrer da prática assistencial, de forma mais evidente em um conceito do que em outro.

CULTURA

Vivenciar o conceito de cultura, na prática, foi extremamente importante, durante o desenvolvimento do processo de enfermagem, sob a forma de vivência em grupo.

A existência de diferentes práticas culturais de saúde desenvolvidas pelas mulheres rurais, no decorrer de seu processo de viver-envelhecer, permitiu confirmar a necessidade de que nossa visão de mundo, a partir do saber sistematizado, precisa ser revista e repensada. Isso, para evitar a prática que Freire denomina de invasão cultural: “A penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, impondo a estes sua visão de mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ou inibem sua expansão... indiscutivelmente alienante, realizada maciamente ou não, é sempre uma violência ao ser da cultura invadida, que perde sua originalidade ou se vê ameaçado de perdê-la” (Freire, 1983 p.178).

Mesmo com a preocupação prévia, no sentido da não interferência na cultura, só o fato da minha presença na comunidade já pode ser caracterizado como uma invasão, ainda que na melhor das intenções. O que temos a fazer, então, é mostrar intenção no sentido de minimizar esse processo invasivo, quer transformando a invasão numa aprendizagem de saberes, práticas, crenças e hábitos; quer valendo-nos do diálogo; quer estabelecendo com as mulheres um processo de compartilhar - visões de mundo -; e quer propondo ações concretas que, avaliadas em conjunto, possam produzir as transformações desejadas por enfermeira e grupo, num esforço de criar e recriar o processo de viver/envelhecer saudável.

A suposta universalidade de nosso saber precisa dar espaço a outras interpretações, para que seja garantido o tão almejado “compartilhamento” de símbolos e significados culturais, na busca do processo de viver saudável (Monticelli, 1997).

O conceito de cultura utilizado permitiu referendar as práticas culturais de saúde como auxiliares das pessoas na condução de suas vidas, no cuidado

de si próprias e na avaliação do que acontece com o corpo, no seu processo de viver/envelhecer. No diálogo a seguir, podemos perceber que a cultura é um conjunto de práticas, crenças e hábitos a ser aprendidos, compartilhados e transmitidos pelo grupo.

Prímula: *Aqui na roça... a gente só vai sentir as costas na hora que deita, é dor desgraçada... é nessa hora que a gente puxa das afumentações, das simpatias.*

Enfermeira: *É assim com vocês também?*

Hortênciã: *Olha, a vida da gente aqui na colônia não é fácil, Marilene! ...quando a gente é nova, a gente abusa da saúde, mas porque é preciso. Quando os recursos não tão perto, a gente faz o que aprendeu e também a gente não pode tá indo no médico por qualquer coisa.*

Primavera: *Ah! Isso que a Hortênciã falou é certo. A gente precisa fazer o serviço. Se o cansaço é demais a gente se vira como pode. Eu também faço umas afumentações que me ensinaram, quando eu trabalho demais e me ataca a coluna. Foi uma antiga benzedeira, a dona F.; é com cachaça, mestrus, caroço de abacate ralado, deixando por sete dias descansar... depois a gente usa para massagear... é um santo remédio... Nossa Senhora! Não tem dor que não alivia, é só fazer uma massagem bem feita*

Enfermeira: *Quem mais se cuida desse jeito?*

Camélia: *Olha, isso de fazer simpatia pra dor, pra dor de dente dá certo. Umas dessas simpatias que eu aprendi com*

a finada avó, eu ensinei pro meu marido. Logo que nós casamos, ele vivia se queixando de dor de dente, daí ensinei pra ele a simpatia. Fazer a barba na sexta-feira santa, e depois nunca mais fazer na sexta-feira. Mas tem que levar a sério. Ele levou e deu certo.

Orquídea: *Pra dor de cabeça eu faço simpatia, mas quando acontece muito seguido, eu até me benzo com uma benzedeira muito boa que tem aqui (silêncio).*

Enfermeira: *Você podia contar para nós que simpatia é essa?*

Orquídea: *É só cortar umas rodelas de batatinha, essas de fazer maionese, colocar na testa, deitar num quarto escuro e ficar bem quietinha, por meia hora. Olha, tira a febre da cabeça e a dor passa.*

Violeta: *Essa simpatia pra dor de cabeça funciona mesmo, eu canso de usar.*

Orquídea: *Mas quando acontece muito seguido, pode ser mau-olhado, inveja, daí é o benzimento que vai ajudar.*

Enfermeira: *Orquídea, acontece muito seguido, com você, sentir dor de cabeça? Já foi alguma vez ao médico para ver o que podia ser?*

Orquídea: *Eu já fui no médico, por causa da minha dor de cabeça. Uma vez me doía tanto que eu pensei que tinha um tumor. Ele disse que é enxaqueca. Já tomei remédio de tudo quanto é jeito, às vezes melhora, outras vezes fica do*

mesmo jeito, então eu apelo pra simpatia. Pra mim a simpatia adianta.

Se observarmos essas práticas de cuidados apenas com nossos olhos de profissionais, seguramente acharemos que não passam de práticas quaisquer, sem muito sentido. Porém, o significado dessas práticas vem demonstrar que a cultura permeia o processo de viver/envelhecer dos seres humanos, assim como o entendimento que estes têm de saúde e doença.

Monticelli (1997 p.122) chama atenção sobre isso, dizendo que “através da cultura, os homens comunicam, interagem e, muitas vezes, perpetuam e desenvolvem seus conhecimentos e suas atividades em relação à vida”. Ela coloca ainda que a maneira de cuidar, os ritos de cuidados desenvolvidos e como ensinar a cuidar são elementos que não nascem com a mulher; são aprendidos por meio de sistemas simbólicos compartilhados, no dia-a-dia do processo de viver com outras mulheres.

Cada ser humano é membro de uma cultura e tem necessidade de executar cuidados próprios dessa cultura; precisa relacionar-se, tem direito de ir e vir, é um ser de relações, portanto, em constante processo de aprendizagem, em transformação.

Ficou evidente que o componente cultural é fator determinante do comportamento desses seres humanos. Seus hábitos influenciam seu processo de viver/envelhecer saudável, sendo que uns têm mais e outros menos dificuldades de realizar cuidados próprios de sua cultura:

Violeta: *Olha, tem gente hoje que não acredita muito em simpatia, em benzimento, já não digo os outros, começando pelos de casa, até mesmo as filhas da gente, às vezes fazem, e às vezes duvidam. Mas de que jeito elas*

pensam que nós criamos elas? Antigamente, não tinha médico por perto, era em casa que a gente cuidava deles; quando era preciso, benzia, dava chá, fazia simpatia e com a graça de Deus nós conseguia criar a filharada.

Enfermeira: *Quem mais pensa como Violeta?*

Rosa: *Isso é verdade mesmo, com todas as dificuldades de antigamente, a gente sempre deu um jeito pra cuidar dos filhos. Até pra cuidar dos netos, com todos os recursos que tem hoje, a gente ensina muitas coisas pras filhas e pras noras. Às vezes elas fazem, às vezes, não.*

Margarida: *Eu acredito em benzimento e também em simpatia, sempre ensinei as filhas pra acreditarem, isso ajuda muito. Pra outras coisas eu acho também que a gente precisa do médico.*

Enfermeira: *A senhora acredita que tem caso que pode ser cuidado em casa, mas outros precisam do médico, é isso?*

Margarida: *É isso, quando a pessoa fica mal muito ligeiro, de uma hora pra outra...Olha, num caso que nem o do filho da M., ele tava com febre alta e vômito, era meningite. Daí não adianta querer cuidar em casa, precisa de hospital, é um caso grave. E tem uns caso também, que eu acho que os médicos também não resolve.*

Enfermeira: *Qual seria um caso que o médico não resolve?*

Margarida: *No caso dos cobreiros. Quando tem um cobreiro, não adianta levar nos médicos, eles não resolvem. Isso é só com benzimento.*

Percebemos que a cultura, entendida como um conjunto de hábitos incorporados pelo grupo, não é algo estático, fechado e nem mesmo acabado. A cultura consiste em recriar e não em repetir. O homem pode fazê-lo, porque tem uma consciência capaz de captar o mundo e transformá-lo (Freire, 1979a).

Esse mesmo entendimento tem Monticelli (1997 p.126), quando diz que “também a cultura modifica e é modificada pelos processos interativos através dos quais as pessoas e grupos adquirem e desenvolvem significados que são traduzidos pelas ações e comportamentos da vida cotidiana”.

SER HUMANO/MULHER RURAL; ENFERMEIRA e
SOCIEDADE/AMBIENTE

Neste marco, o conceito ser humano/mulher rural mostrou-se muito próximo do conceito sociedade/ambiente, assim como o conceito enfermeira encontrou-se inter-relacionado, por tratar-se também de um ser humano, num interagir com as mulheres rurais no seu contexto ambiental. Por isso decidi discuti-los analiticamente, de forma conjunta, pois o viver/envelhecer do ser humano/mulher rural se dá numa sociedade/ambiente, e a enfermeira, nesse contexto, busca a congruência entre as práticas profissionais de saúde e as práticas populares desenvolvidas pelas mulheres da zona rural, com vistas a torná-las práticas culturais de saúde propícias ao envelhecer saudável.

O conceito de ser humano/mulher rural é também influenciado pelo conceito de cultura uma vez que o próprio processo de viver/envelhecer é mediado pela cultura e pelo meio onde o ser humano vive. Dessa forma, também inclui o conceito de saúde/doença e envelhecimento, pois pressupõe que as condições do meio e as práticas culturais de saúde influenciem a condição de saúde ou doença deste ser humano/mulher rural, em constante processo de envelhecimento.

Durante a realização deste estudo, tive oportunidade de conviver com vários seres humanos, numa sociedade /ambiente onde as peculiaridades eram próprias. Ao conviver mais estreitamente com as mulheres rurais, pude perceber que as mesmas estavam vivendo numa interação com a sociedade/ambiente e, portanto, com características peculiares: seus valores, seus hábitos e suas crenças em relação à saúde/doença e envelhecimento, no processo de viver/envelhecer.

Hortência (64), Azaléia (64), Margarida (63), Prímula (60), Primavera (60), Rosa (60), Cravina (60), Violeta (47), Orquídea (35), Camélia (23)⁴, são seres humanos únicos, inacabados, que têm crenças e valores que lhes são próprios. Cada uma vivencia e experiencia um momento particular, no seu processo de viver/envelhecer. Cada uma tem sua visão de mundo, uma história de vida, um corpo, uma idade, uma aparência física, mas algo é comum entre todas: elas vivem e trabalham no meio rural. Quando Prímula diz:

aqui na roça, se é preciso, a gente levanta saco de soja, ajuda carregar o caminhão, vai carpir na roça, junta pasto pras vacas...

⁴ Os números entre parênteses indicam as idades das mulheres.

traduz uma realidade que, nos seus 60 anos de idade, também é vivida pelas demais. Quando Azaléia chega para a reunião do grupo, senta-se na cadeira, jogando o corpo e desabafa:

*eu hoje tou que é um caco, to moída; ontem plantei
mandioca a tarde inteira ...solita no mais...*

reflete a realidade da sociedade/ambiente rural, no Rio Grande do Sul, de muitas mulheres de hoje, seus hábitos de vida diária e sua condição de saúde e doença/envelhecimento. Como trabalhadoras rurais, as mulheres têm consciência do nível de desenvolvimento ou de subdesenvolvimento que enfrentam os pequenos produtores rurais do interior de Passo Fundo. Quando Primavera diz:

*aqui no interior nós não passamos necessidade de
ter o que comer, nem de vestir, porque a gente aqui não
precisa de luxo, e pra comer a gente cria e planta... mais a
necessidade maior é depender da lavoura, da criação, da
olaria. O governo não dá incentivo, se precisa de dinheiro,
os bancos não dão... O Prefeito? nem as estradas
arruma...é só vendo o que eles fazem. Em época de
campanha todo mundo aparece e faz promessa, depois...
se mandam...Olhe as nossas estradas, dia de chuva é uma
tristeza, tudo cheias de buraco, quando soltam pedra...
largam de qualquer jeito...*

evidencia que a mulher rural consegue sistematizar seu descontentamento pela situação marginal em que vivem os pequenos produtores rurais. Ela sente o quadro de descaso, quase abandono, em que a agricultura vive atualmente, sem uma política para os pequenos produtores, ou pequenas propriedades, pois que

o governo se mostra insensível aos problemas dos minifúndios rurais (Navarro, 1996).

Quando Camélia diz:

eu faço todo o serviço da casa, ajudo a tirar o leite e ainda de tarde, ajudo o marido a fazer massa para levantar as paredes da nossa casa;

ou então quando Violeta declara:

a Hortência não veio hoje porque, na hora que ela tava saindo, chegou um caminhão lá na olaria. A coitada apurou tudo o serviço hoje de manhã, pra poder sair de tarde, e agora teve que ficar pra ajudar a carregar os tijolos,

mostra que este ser humano, que vive e trabalha na zona rural, é submetido a uma sobrecarga de trabalho.

Na nossa sociedade, é usual afirmar que cuidar de casa, de filhos ou de idosos é função da mulher, porque ela é destinada, por natureza, para a vida doméstica, para ser mãe e cuidar da família. No entanto, a verificação de que a função da mulher é determinada pelo modo de organização social, na sociedade/ambiente rural, derruba-se as concepções que associam as funções das mulheres, como exclusiva, à vida doméstica, delegada culturalmente como espaço privado (Lemos, 1995).

O conceito ser humano/mulher rural não envolve somente a compreensão de que ele é único, inacabado, que tem crenças e valores que lhe são próprios, mas que tem também uma dimensão que extrapola essas características porque o vislumbra existindo na relação com o meio.

Compreendo-o como um ser do contexto ambiental, de sua situação, de suas experiências.

Nesta perspectiva de seres humanos como seres de relações, inseridos num meio sociocultural, as mulheres rurais aparecem para ilustrar as relações de gênero discriminatórias, que fazem parte da realidade da trabalhadora rural:

A gente tem que cuidar da casa, lavar roupa, cuidar do filhos, fazer comida e ainda vai pra lavoura; enquanto que os homens só querem fazer o serviço da lavoura, não querem lavar um prato em casa, mas são os primeiro que sentam na mesa pra se servir (Cravina);

Lá em casa não é diferente, sou só eu de mulher, é só eu pra cozinhar, pra lavar, pra passar, limpo a casa, cuido da horta, ajudo a buscar pasto pras vacas, aparto os terneiro de tarde, serviço de piá. Quantas vezes ainda vou ajudar, quando dá os apuros na lavoura (Prímula);

Às vezes toca tudo pra gente, os homem, quando não tão na lavoura, tão na cidade lidando com os banco; quando não tão na cidade, andam envolta fazendo uma coisa ou outra, lidando com uma cerca, lidando no açude, e a gente que fica em casa, tem que cuidar de tudo... É porco pra tratar, é pinto, galinha, vaca pra tirar leite. Se não é a mulher cuidar da horta, não sai coisa nenhuma, os homem vem, viram os canteiros e ...adeus-tia-chica, a mulher que se vire com o resto (Rosa).

Ser mulher e viver no meio rural parece constituir-se na tônica do cuidado. Ela cuida dos filhos, cuida da casa, dos pequenos animais, da horta.

Mesmo sofrendo discriminação na força de trabalho, algo intrínseco na cultura do meio rural, ela cumpre seu papel de “cuidadora do lar”.

Para Chodorow (1990, p.21), as mulheres ainda sofrem discriminação na força de trabalho e continuam desiguais na família, e a violência contra as mulheres não está diminuindo. Continuamos a viver numa sociedade machista, muito embora as bases da dominação machista estejam ruindo.

A constante revisão da literatura neste trabalho, e a própria vivência que tive com o grupo mostraram que a mulher rural, no seu contexto cultural, desempenha um papel de cuidadora e organizadora da vida doméstica. Na percepção de Santos (1998), diríamos que à mulher é destinado o espaço privado, e ao homem, o espaço público. Nesse sentido, Monticelli (1997, p.140) coloca que “a cultura, portanto, fornece um guia na construção do que é feminino e do que é masculino”. Porém, não se trata da existência de duas culturas, uma masculina e uma feminina. Segundo Saffioti (1992), há de se reconhecer que existe diferença de gênero, assim como de classe, de raça/etnia. Assim, quando se pensa os termos da contradição, não é possível pensar que há duas culturas: uma masculina e outra feminina. Nesse sentido, a diferença é constitutiva das relações de poder, o que se inscreve no campo das relações sociais. Há sim uma cultura em que as mulheres se subordinam ao poder dos homens. Exemplos disso são as percepções colocadas pelas mulheres acerca da ocupação do salão da Igreja, nos finais de semana, para lazer e diversão, preferencialmente pelos homens:

Aqui mesmo na comunidade, no final de semana, aos sábados à tarde, aqui no salão tá cheio. Os homens tomam conta, jogando carta, se divertindo, eles conversam, jogam o futebol deles, e se nós quiser se reunir pra se distrair e

se divertir, tem que escolher um outro dia da semana. Também nos sábados à tarde a gente gosta de ficar em casa, arrumando a casa, fazendo uma sobremesa, porque no domingo pode chegar visita (Primavera).

Na mesma medida em que as co-participantes deste estudo exteriorizavam seus hábitos e costumes, em relação às atividades da vida diária no nó de suas relações, e demonstravam seu descontentamento com suas próprias práticas culturais de saúde, também exteriorizavam suas preocupações e necessidades frente ao processo de viver/envelhecer:

A gente cuida de tanta coisa... é casa... é bicho... é planta... e a gente não cuida da gente mesmo... Depois, olha aí, fica velha que nem eu, cheia de poblemas, é pressão... é colesterol... Ainda quando tem gente por a gente, que nem no caso dos filhos, quando moram com a gente, ainda não é tão triste (Margarida).

Isso que a Margarida falou é pura verdade, quando a gente é nova trabalha que nem doida, ergue peso, enfrenta o rigor do tempo... Olha, eu tinha 10 anos de idade e já ia pra roça com a finada mãe e o finado pai. Com dezasseis pra dezessete eu tava barriguda do mais velho e ia pra roça de sol a sol, com arado de boi. Quanto trabalho, olha no que deu, hoje, tô cheia de poblema na coluna, tudo porque a gente acha que só porque é nova, tá na flor da idade, pode abusar da saúde, não se lembra que tem que se cuidar, porque vai ficar velha um dia (Azaléia).

Uma questão interessante começou a surgir, quando passei a questionar as mulheres sobre o que é envelhecer. Inicialmente, as respostas eram bastante vagas e abrangentes:

É coisa da vida, todo mundo fica velho (Cravina).

Envelhecer é uma graça de Deus, tem tanta gente que morre tão cedo (Rosa).

Percebia que responder a esse questionamento exigia reflexão, eram instantes de silêncio por parte de cada uma. Suas respostas, davam a impressão da busca de um alento. Porém, quando eu perguntava sobre o que era preciso ensinar ou aprender para viver e envelhecer o mais saudável possível, as respostas eram rápidas e precisas:

Mas eu acho que a vida da gente é uma lição pras mais novas, eu não canso de repetir pra minha nora: Não exagere F., se cuide enquanto é nova, não é com a desculpa que tem que criar os filhos e ajudar o marido, que vai trabalhar tipo bicho. Depois quando chegam na idade da gente, tão aí, caindo aos pedaços (Hortêncina)

A gente precisa aprender a cuidar da gente enquanto é nova, por que depois que o cabelo branqueia é só pintando (Violeta).

Essa mulherada nova precisa aprender a não querer fazer tudo de uma vez só. A gente não pode abusar nem do corpo nem da saúde da gente. Tá certo que a gente precisa das coisas pra viver, mas quando a gente é nova não pensa nisso... é devagar que se vai ao longe (Cravina).

O que a Cravina falou é bem verdade. A gente tem que dar valor pra vida, pra saúde, tem que aprender com a experiência dos mais velhos (Margarida).

A maneira como as mulheres rurais interagem umas com as outras e com a enfermeira, a forma como se comunicam e se expressam, a naturalidade com que expõem suas práticas culturais de saúde, demonstra que elas, como seres humanos em constante processo de viver/envelhecer, sentem necessidade de compartilhar saberes.

Baseadas nas experiências acumuladas ao longo dos anos, e nas suas referências culturais, para o grupo era importante partilhar o saber profissional, assim como também o era para a enfermeira, o saber popular.

Eu tenho uma ânsia de vontade de saber de muita coisa. Eu quero ouvir falar de tudo, falar de pressão alta, das coisas que incomoda os nervos da gente, das coisas do corpo da gente... Isso é coisa que a gente precisa saber, e a senhora podia explicar pra nós, porque faz falta pra gente podê entender (Rosa).

Durante o desenrolar do processo, pude perceber, considerando o referencial cultural, que as mulheres rurais acomodaram algumas práticas, assim como repadronizaram outras, tanto quanto a enfermeira acomodou e repadronizou em alguns pontos o seu saber profissional:

Violeta: *Aqui no interior a gente usa muito chá de ervas medicinais, a senhora sabe, às vezes é preciso. Os remédio tão caro, e tem erva que é melhor que remédio de farmácia.*

Enfermeira: *Quais as que vocês mais usam no dia-a-dia?*

Violeta: *Tem bastante, depende pra o mal que precisa, que doença tem...*

Enfermeira: *Vocês conhecem as plantas e sabem para que elas são indicadas, para que servem?*

Cravina: *Nós esses tempos atrás fizemos um cursinho com a EMATER, depois com a Pastoral da Saúde, eu e a Violeta, naquela época... tu, Hortência, participou uns dias, né? ... Eu tenho até bastante livros de plantas e chá, mas tem coisa que a gente nem ocupa.*

Violeta: *(olhando para mim) Tu qué conhecê umas (referindo-se as ervas, utilizadas para fazer chás)?*

Enfermeira: *eu gostaria muito, já conheço algumas...*

Violeta: *Eu tenho bastante chá na minha horta, e as outras a gente encontra no mato, no próximo encontro, posso trazer umas amostra*

Orquídea: *Já que a senhora tava falando antes, que é importante conhecer as plantas, saber quando colher, como guardar em casa e umas mulher daqui não conhece muito, então, no próximo encontro, cada uma traz uma amostra do chá ou da erva que usa...*

Cravina: *A gente pode trocar receita...*

Considerar a prática assistencial como um processo de cuidar/educar, um compartilhar saberes entre os seres humanos, foi fundamental para o desenvolvimento do processo de enfermagem, pois possibilitou que tanto a enfermeira quanto o grupo das mulheres rurais partilhassem seus saberes, a fim de que o viver/envelhecer delas se encaminhe de maneira mais saudável, ou mesmo as conduza a uma velhice bem sucedida.

SAÚDE/DOENÇA e ENVELHECIMENTO

O conceito saúde/doença e envelhecimento, integrante do marco conceitual, foi considerado, neste estudo, como algo contínuo que faz parte do processo de viver do ser humano, sendo a saúde entendida como a capacidade do indivíduo de realizar suas atividades da vida diária, cuidar de si, refletindo-se num estado de bem-estar, segundo sua cultura. A doença, nesse entendimento, pode ser traduzida como a dificuldade ou até mesmo a incapacidade do indivíduo de realizar suas atividades da vida diária, ou seja, o cuidado atribuído a si, culturalmente, não está sendo satisfatório. O envelhecimento é um fenômeno natural, normal, que sofre influência dos hábitos cultivados durante o curso da vida, conforme a cultura de cada ser humano, resultando em condições de saúde e/ou doença.

Pelo entendimento das práticas culturais de saúde desenvolvidas pelas mulheres rurais, foi possível observar que o processo saúde/doença e envelhecimento não está desvinculado da visão de mundo, da cultura e do próprio contexto ambiental onde elas mesmas vivem.

A percepção de saúde/doença e envelhecimento do grupo com o qual vivenciei esse processo, integra suas concepções de mundo e as interações que

as mulheres, do grupo, tem com a natureza, as estruturas da sociedade e o ambiente.

A discussão desse conceito limita-se aos aspectos que dizem respeito às práticas culturais de saúde das mulheres rurais, no seu processo de viver/envelhecer. Por tratar-se de um conceito que enfatiza a expressão de um referencial cultural, a discussão teórica não permite a análise de outros fatores que o influenciam, como por exemplo, as questões de gênero. Embora de maneira breve e superficial, isso veio à tona na discussão analítica dos conceitos de ser humano/mulher rural, sociedade/ambiente e enfermeira, mesmo com reflexos nas suas percepções de saúde/doença e envelhecimento. Essa discussão, portanto, não pretende dar conta da complexidade do conceito, mas explorar como as mulheres rurais, dentro de suas práticas culturais de saúde, se organizam para enfrentar o processo saúde/doença e envelhecimento.

De maneira geral, o que pude perceber, na convivência com as mulheres rurais deste grupo de estudo, é que a visão de saúde/doença e envelhecimento é construída culturalmente, a partir do entendimento de suas práticas de cuidados, que são experienciadas e vividas na comunidade. A maneira como percebem saúde, doença e envelhecimento está baseada nas experiências vividas pessoalmente, ou por alguma das integrantes do grupo, da família ou da comunidade. A dor é um elemento presente nas manifestações das mulheres, como mostram os seguintes depoimentos:

Ter saúde é não sentir dor, e não precisar andar tomando remédio... é não ter doença nenhuma...(Rosa).

Saúde é tudo pra gente. Quando a gente tem saúde, a gente tem disposição pra tudo, não há o que a gente não

faça. A pior coisa é sentir dor, é estar doente, daí vem o desânimo, o cansaço... (Cravina).

A questão de saúde e doença ligada aos hábitos alimentares também está presente neste grupo. Budó (1994), em um estudo, numa comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos, já aponta para o fato da alimentação ser uma questão cultural: “A alimentação, o comer bem, ter as despensas com muito alimento, faz parte dos valores fundamentais. As pessoas se alimentam e preocupam-se em alimentar os familiares, visando à saúde, e esta deve ser preservada a fim de proporcionar a possibilidade de trabalho”.

Olha, eu sou uma pessoa que não tenho mais saúde. Eu sofro de pressão alta, de colesterol, sofro do coração, tenho que viver tomando remédio, não posso mais comer de tudo, nem o que tenho vontade, a gente tem que viver fazendo dieta. A gente aqui na roça é pobre, mas tem de tudo pra comer, até de fartura. A gente carneia porco, faz morcilha, faz salame, mas não pode comer, só os outros que são sadio. Até a banha que é boa para temperar o feijão, que dá aquele gostinho, eu não posso mais comer, bolo então, nem falar... Isso sim que é não ter saúde...(Primavera).

No grupo, surgiu também o significado de saúde relacionado à questão da espiritualidade. Pereira e Vieira (1996) em seu livro - “A terceira idade: guia para viver com saúde e sabedoria”, afirmam que é de fundamental importância que o idoso descubra sua fonte interior, para que ele possa se realizar em sua plenitude, e que a dimensão espiritual precisa ser buscada, à maneira de cada um. Os autores, reforçando suas colocações, fazem referência

aos pressupostos de Jung e Maslow, comentando que “Jung, há mais de meio século, dizia que o papel da dimensão espiritual é dar significado à vida”, e “Maslow afirmava que a vida espiritual é parte da essência humana; é uma característica definidora da natureza humana, elemento sem o qual esta não é plena”(p. 72).

Pra mim, saúde é o espírito estar bem. É claro que a gente, quando tem dor, não tem vontade de fazer nada, mas mesmo assim, mesmo que esteja “caindo aos pedaços”, a gente acaba fazendo tudo. Mas quando o espírito não está bem, quando a alma da gente não está bem, o corpo padece. A gente tem que ter uma fé muito grande, uma força lá bem dentro da gente, que ajude a gente viver. Isso é saúde... uma vontade que vem lá do fundo da alma da gente..(Cravina).

Percebe-se que a questão da religiosidade, como fator cultural, influi no conceito que as mulheres rurais têm de saúde e doença, nesta comunidade. A doença é vista, muitas vezes, como uma questão de punição, um castigo de Deus, pelo não cumprimento de suas leis. Monticelli (1997, p.181) explica que “o campo religioso não está separado da cultura popular, ao contrário, é parte integrante e indissociável dela”.

Influência essa que pode ser atribuída à própria religião católica que, desde a antigüidade, já pregava a doença como um castigo de Deus. Isso está muito presente, na cultura de descendência italiana, onde o catolicismo é predominante.

Acho também que um pouco a gente tem que pedir a Deus, pra ter saúde, não adianta se cuidar muito, se não

tem fé em Deus. Tem gente que nunca vem na Igreja rezar, a não ser em casamento e batizados, e depois ainda se queixam que não tem saúde... Deus castiga, sabia? Não adianta só fazer promessa depois quando as desgraças aparecem...(Hortência).

Pra mim, ter saúde é a gente estar em paz com Deus, respeitando as suas leis. Não adianta nada querer ter tudo. Se não viver conforme as leis de Deus, o castigo vem. Olha, é tanta doença nova que apareceu por aí, isso tudo é castigo, ninguém mais tem fé em nada. Essa tal de AIDS! ...isso é puro castigo de Deus, pra queles que vivem em depravação... (Cravina).

Ao refletir sobre a percepção das mulheres rurais, sobre saúde e doença, percebe-se que a cultura é que influencia o valor e o significado de saúde e doença, bem como as necessidades de cuidado, como já dizia Leininger (1985).

A noção de saúde/doença para as mulheres do grupo, é fortemente influenciada pelo contexto cultural. Sente-se claramente o significado dessas noções relacionado à questão das suas práticas culturais de saúde, do cuidar-se de si mesmo ou da falta deste cuidado.

Tem gente que não tem saúde, mas acho que é porque também não se cuidam... bebem demais... fumam demais... comem tudo o que vem pela frente..(Margarida).

A gente sabe como é triste estar doente, mas também tem gente que não dá valor pra saúde... eu vejo gente às

vezes que se ataca a beber, fumar e nem bola dão..(Primavera).

O significado de envelhecimento, no entender das mulher rurais, está associado à sua compreensão do que é saúde e doença.

Sempre se é velho em algum lugar e num determinado tempo histórico, já dizia Simone de Beauvoir, e explicitava que “a velhice, como todas as situações humanas, tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história” (1990, p.30).

As reações à velhice são diferentes em cada pessoa, devido à individualidade do ser humano; decorrem, especialmente, do ambiente familiar, e de determinantes socioculturais (Costa, Madeira, 1994). É o que podemos observar pelos depoimentos expressos pelas mulheres:

A gente tem que aceitar que a gente não é mais aquela que era antes, é só olhar na certidão (Prímula).

Às vezes, eu não me conformo que eu não consigo fazer mais o que eu fazia antes... erguer um peso... fazer um serviço, às vezes, eu não consigo mais (Rosa).

A gente tem que aceitar que está envelhecendo, não é coisa grave, não é uma doença, nada, é uma coisa normal da vida... se até as casas, que não tem vida, ficam velha... imagine nós.(Violeta).

Você se dá conta que tá envelhecendo, quando não tem as mesmas condições que tinha antes (Hortência).

A gente vê as diferenças no corpo, tem que perceber as mudanças, as diferenças aparece no corpo (Cravina).

A gente não tem mais aquela disposição, que nem quando era mais nova. A gente tá ficando mais lenta é porque a gente tá ficando mais velha (Margarida).

O envelhecimento é influenciado pela cultura. Também a noção de saúde e doença é fortemente influenciada pelo contexto cultural, variando de uma cultura para outra (Gualda e Hoga, 1992).

Envelhecer representa um momento especial do processo de viver de cada indivíduo, que pode traduzir-se por sentimentos negativos ou positivos, sentimentos de limitações, perdas, ou ganhos adquiridos ao longo da vida, isto é, um processo único e particular, próprio de cada ser humano, no seu contexto cultural.

4.3. Apresentando a metodologia do Processo de Enfermagem

Embora utilizando, como referencial teórico de enfermagem, o “cuidado cultural” de Leininger, considero importante destacar que ela não propõe, de maneira específica, o processo de enfermagem. Na verdade, aponta um caminho que guia a prática, e que muito se assemelha ao processo de enfermagem apresentado por Stanton (1993), com os cinco componentes básicos: avaliação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução, muito utilizado pelas enfermeiras na prática assistencial.

Patrício (1990), em seu trabalho com adolescentes grávidas no qual utilizou um marco conceitual de enfermagem de enfoque sociocultural, baseou seu processo de enfermagem no caminho proposto por Leininger. Apresenta-o como um processo de cuidar-cuidado, que representa as interações entre

enfermeiro e cliente, indivíduo, família e outros grupos sociais. Essas interações se fundamentam nos componentes do cuidar.

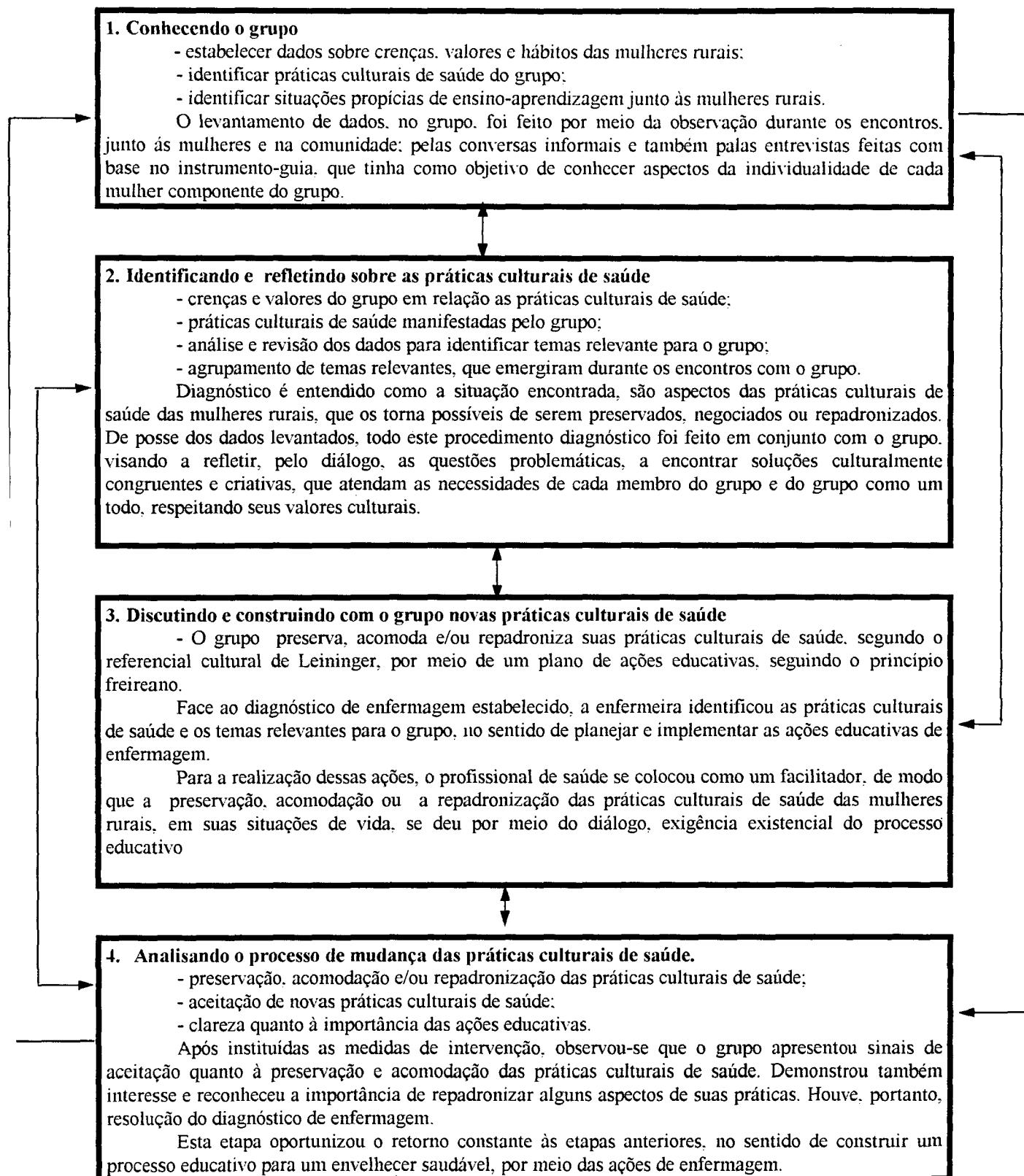
Nesta proposta também o processo de enfermagem foi baseado em Leininger. Porém, compreendo o processo de enfermagem aqui como um processo de cuidar/educar, que representa as interações entre enfermeira e o grupo de mulheres. Essas interações se fundamentam tanto nos componentes do cuidar como do educar.

A minha prática profissional como enfermeira somada aos conhecimentos adquiridos e, principalmente, ao marco conceitual adotado, levou-me à seguinte definição de processo de enfermagem: Um método de cuidar/educar em enfermagem, dinâmico, intencional, baseado num marco conceitual e que requer, portanto, da enfermeira, não só conhecimentos e habilidades específicas, mas também conhecimento das práticas culturais de saúde dos seres humanos com quem interage. Neste estudo, o processo de enfermagem apresenta-se, didaticamente, em quatro etapas:

- 1. Conhecendo o grupo** (levantamento de dados).
- 2. Identificando e refletindo sobre as práticas culturais de saúde** (diagnóstico de enfermagem/situação).
- 3. Discutindo e construindo com o grupo novas práticas culturais de saúde** (intervenção de enfermagem).
- 4. Analisando o processo de mudança das práticas culturais de saúde** (avaliação).

A desenvolvimento do processo se deu de forma integral, dinâmica e flexível, passando por todas as etapas e com possibilidade de, mesmo estando na fase de intervenção, retornar à fase de levantamento de dados, fazer novo diagnóstico e assim por diante. A figura 3 demonstra, mais claramente, as etapas do processo de enfermagem adotado.

Figura 3- Processo de Enfermagem: etapas do processo, conforme o marco conceitual adotado.



4.3.1. Conhecendo o grupo

Desde o início da implementação do marco na prática assistencial, tive a preocupação de manter as pessoas informadas sobre a dinâmica do trabalho, os objetivos a que me propunha e como se daria a participação delas no estudo. Com base nas questões éticas presentes na proposta, procurei conversar com todas de maneira muito simples e clara, a fim de informar e garantir-lhes que todas teriam o direito de obter esclarecimentos, em qualquer momento do estudo; que a participação de qualquer uma deveria ser de livre e espontânea vontade; e que o sigilo e o anonimato seria garantido a todas, pela utilização de nomes fictícios, de flores, para os registros efetuados. Essa condição foi aceita com naturalidade, o que me deixou bastante à vontade.

Essa primeira fase do processo de enfermagem mostrou-se muito importante durante todo o trabalho e, mais enfaticamente, mostrou-se essencial e indispensável nos momentos de compartilhar saberes, pois, conforme o marco adotado, fazia-se necessário: levantar qual era o universo referencial das mulheres; ver o que elas traziam; captar qual o entendimento delas sobre o envelhecer saudável; e identificar quais eram suas práticas culturais de saúde, e não, simplesmente, ensinar novas formas de cuidados.

Conforme já detalhei no item “*Apresentando a metodologia*”, optei por uma abordagem qualitativa que me permitia explorar, junto ao grupo, seus saberes, suas crenças e seus hábitos de cuidados populares. De uma maneira geral, não senti dificuldades para iniciar esta fase, pois, durante todo o tempo, procurava manter uma atitude de quem estava ali para aprender, colocando-me como alguém que, embora representasse um profissional da equipe de saúde, era receptivo e aberto ao saber popular.

De acordo com Monticelli (1997), para adquirir confiança no profissional é fundamental, além do respeito à cultura, um genuíno interesse pelas experiências das mulheres, pois só assim elas são capazes de abrir o seu mundo.

À medida que os encontros iam-se realizando, eu ia descobrindo, vagarosamente, o mundo das mulheres rurais. Acredito também que o fato dos assuntos terem sido escolhidos e encaminhados por elas, facilitou a penetração no mundo de suas práticas de cuidado e no compartilhamento dos saberes. Este, em particular, era algo que realmente motivava as “conversas” dos encontros, aguçava seus interesses. Nesse sentido, o marco proposto foi fundamental, pois ajudou-me a explorar, passo a passo, e de maneira conjunta com as mulheres, a visão de mundo, os valores, as crenças, os hábitos de cuidar de si e dos seus, no decorrer do seu processo de viver/envelhecer, além de não perder de vista os objetivos propostos.

Os momentos das “conversas” eram significativos, além de oportunizar novas descobertas, tanto para a enfermeira quanto para o grupo. Passei a notar que era também um momento importante para as mulheres, pelas colocações feitas por elas, de uma maneira simples, mas enfática, como a manifestação de Cravina:

Meu marido disse que queria ir pra cidade hoje, mas eu disse que hoje não; amanhã eu posso ir com ele, hoje era dia de reunião das mulheres e eu não ia perder, de jeito nenhum;

e as descobertas reveladas por Rosa:

Eu gosto tanto de vir nessas reunião da gente, pra mim me faz tão bem; eu aprendo tanta coisa nova e vejo

que muita coisa que eu achei que acontecia só comigo acontece com as outras mulher também.

Ganhar a confiança, conhecer suas práticas de cuidado, foi importante para a enfermeira, como também foi importante para as mulheres. Assim confessa Azaléia em seu depoimento:

Eu não queria contar que eu fazia massagem, que eu colocava osso no lugar, mas eu acho que, se a gente aprendeu fazer alguma coisa, e sabe fazer aquilo bem feito, e isso só vai ajudar e aliviar a dor dos outros, então não é errado. Vendo que você veio até aqui pra falar com a gente de cuidado, e dizendo que quer aprender com nós, você que já é estudada... então é porque a gente também sabe alguma coisa... eu só não sei muita coisa sobre como funciona o corpo da gente....

De forma geral, a primeira etapa do processo de enfermagem permeou as demais etapas, pois, a cada encontro, eram novas descobertas, novas revelações. À medida que as mulheres se sentiam mais à vontade e tinham mais confiança, novos dados eram levantados, novas observações e reflexões eram feitas.

4.3.2. Identificando e refletindo sobre as práticas culturais de saúde

Os conceitos utilizados permitiram referendar as práticas culturais de saúde como um meio de ajudar as pessoas a conduzirem suas vidas, a cuidarem de si próprias e avaliarem o que acontece com o corpo, no seu

processo de viver/envelhecer. Nos casos das “afumentações” dos benzimentos e simpatias, quando as mulheres comentam sobre suas práticas culturais de saúde, ou seja, quando revelam as práticas, estão demonstrando, um conjunto de crenças e hábitos, que necessitam ser transmitidos, aprendidos e compartilhados entre grupo e enfermeira:

Hortência: *Eu faço umas afumentações... foi uma antiga benzedeira que me ensinou... a dona F., eu ensino pras filhas e pras noras...*

Enfermeira: *E dá resultado, melhora a dor nas costas, dona Hortência?*

- Nossa Senhora! Não tem dor que não alivia, é só fazer uma massagem bem feita.

Enfermeira: *Alguém mais, no grupo, quer falar sobre outras maneiras que usa para aliviar suas dores, ou para melhorar males dos outros?*

Orquídea: *Eu faço simpatia, me benzo, às vezes, até para dor de cabeça é bom.*

Camélia: *A mãe sempre ensinou pra gente que, pras bixas, o melhor é benzimento e chá de hortelã. Os médicos mandam dar remédio, mais a gente tem que cuidar a lua certa prá dar, senão é muito perigoso.*

Enfermeira: *O que pode acontecer, Camélia?*

Camélia: *Dizem que as bixas se embolam, e a criança pode até ter convulsão e morrer. Eu nunca arrisquei, sempre levava a neném para benzer e depois, na lua certa dava o remédio.*

Violeta: *Isso é coisa muito séria, eu faço simpatia também. Acredito muito em benzimento, nunca desrespeitei um benzimento, e também uso muito chá de ervas. Eu acho que é na natureza, no poder de Deus, que tá a cura pra tudo.*

Se observarmos essas práticas de cuidados apenas com olhos de profissionais, seguramente acharemos que não passam de rituais quaisquer, sem muito sentido. Porém, o significado dessas práticas vem demonstrar que a cultura permeia o processo de viver/envelhecer dos seres humanos, assim como o entendimento que estes têm de saúde e doença.

Monticelli (1997 p.122) chama atenção sobre isso, dizendo que “através da cultura, os homens comunicam, interagem e muitas vezes, perpetuam e desenvolvem seus conhecimentos e suas atividades em relação à vida”. Ela coloca ainda que a maneira de cuidar, os ritos de cuidados desenvolvidos e como ensinar a cuidar são elementos que não nascem com a mulher; são aprendidos por meio de sistemas simbólicos compartilhados no dia-a-dia do processo de viver com outras mulheres.

Cada ser humano é membro de uma cultura e tem necessidade de executar cuidados próprios dessa cultura; precisa relacionar-se, tem direito de ir e vir, é um ser de relações, portanto, em constante processo de aprendizagem, em transformação.

4.3.3. Discutindo e construindo com o grupo novas práticas culturais de saúde

À medida que os encontros se somavam e a vivência com as mulheres se consolidava, pude aprender e compartilhar saberes, assim como transmitir conhecimentos que, no meu entender de profissional, eram necessários.

A sistematização das informações obtidas durante as etapas do processo serviu de guia para a reflexão, sobre as possibilidades e limites das práticas culturais de saúde que deveriam ser preservadas ou mantidas, acomodadas ou negociadas e ainda repadronizadas. Dessa forma, por meio do diálogo reflexivo com as idosas, sobre aquilo que elas compreendiam ou faziam, bem como sobre aquilo que eu, enquanto profissional, compreendia ou fazia, emergia o planejamento conjunto da prática assistencial.

Algumas práticas culturais de saúde desenvolvidas pelas mulheres, consideradas apropriadas, de acordo com os significados atribuídos pela cultura popular e pela cultura profissional, foram identificadas pela ação de **preservar**. Vejamos no exemplo a seguir:

Prímula: *Eu já sofri muito na minha vida, dos nervos. Eu já tive depressão, tive que me tratar, tomar remédio... Era por causa das minhas tristezas, eu me atacava muito por causa dos problemas... Hoje eu me sinto melhor... quando quer me atacar, eu saio, vou numa vizinha conversar, tomar mate, daí aquilo me passa.*

Enfermeira: *Sair, conversar com as vizinhas lhe faz bem?*

Prímula: *Parece que quando eu converso, quando dou uma saidinha até na vizinha e converso um pouco, isso me*

espairece. Os filhos já sabem e até dizem... quando a mãe vai tomar mate na vizinha, ou dá a saída dela, é porque a coisa não tá boa...

Cravina: *Eu sei como é ruim sentir essas tristezas, eu me angustiava bastante... mas depois que veio a menopausa, a coisa ficou pior e eu não sabia... Depois de me tratar, é que eu fiquei sabendo que era falta de hormônio.*

Enfermeira: *Quem aqui no grupo já passou pela menopausa, ou está passando? Gostariam de contar como isso aconteceu ou está acontecendo?*

Rosa: *Marilene, tu que é enfermeira formada, que sabe o que acontece com as mulheres, quando elas estão na menopausa, podia falar pra nós. Aqui tem umas que já passaram, assim como eu que já passei e tive meus problemas. Mas tem as mais novas, que ainda não chegaram lá, essas é que precisam saber tudo aquilo que acontece, pra não passar por o que a gente passou.*

Enfermeira: *É claro! Nós podemos conversar sobre isso, mas antes eu gostaria de saber mais, sobre como foi esse período para quem já passou. Assim, as que não passaram ainda, também vão ficar sabendo.*

O que acontecia “de novo” em todo esse processo era que ao mesmo tempo em que estávamos preservando certas práticas, estávamos também compartilhando saberes. Havia um interesse por parte da enfermeira em saber como era o processo de viver/envelhecer das mulheres e quais eram suas práticas de cuidado, mas a recíproca também era verdadeira. As mulheres

queriam saber da enfermeira qual era o entendimento que ela tinha do processo de viver/envelhecer, dentro do seu saber profissional. Acredito que esse conhecimento as ajudaria, de alguma maneira, a envelhecer de forma mais saudável. A experiência das mulheres com mais idade refletia-se numa preocupação com as mulheres mais jovens. Entendo isso como um cuidado, uma prática cultural de saúde, preocupar-se com as gerações seguintes, para que o envelhecer destas ocorra de forma saudável.

Outras práticas culturais de saúde, consideradas menos satisfatórias, no sentido de ajudar na obtenção de resultados mais benéficos, para o processo de viver/envelhecer saudável das mulheres rurais, foram identificadas pela ação de **acomodar**. Como por exemplo, nos depoimentos a seguir:

Prímula: *Aqui na roça, a gente nem se preocupa com a coluna... se é preciso, a gente levanta saco de soja, ajuda carregar o caminhão, vai carpir na roça, junta pasto pras vacas.*

Enfermeira: *Vocês acham que, por ter muito serviço para fazer, nós não devemos nos preocupar com o que pode acontecer com o nosso corpo?*

Hortênciã: *...Quando a gente é nova, a gente abusa da saúde...*

Havia situações que as levavam a agir desfavoravelmente em relação a sua saúde, como *levantar sacos... abusar da saúde..*, quando jovens. Isto fez com que eu aprofundasse com elas quais as maneiras mais apropriadas de levantar pesos; como funciona a mecânica do nosso corpo; que exercícios são mais indicados para aliviar dores na coluna, depois de um dia de muito esforço.

Outro exemplo, relacionado à acomodação das práticas culturais de saúde desenvolvidas pelas mulheres, diz respeito à automedicação, como pode ser observado no seguinte depoimento:

Azaléia: Pra controlar a minha pressão, eu faço o tratamento que o médico mandou. Quando ela tá boa eu paro, é que a minha pressão às vezes sobe, por causa dos meus nervos, o médico já me disse isso. Então quando ela tá boa, eu deixo de tomar os remédios e controlo só com chás caseiros... Eu aprendi sobre umas quantas ervas medicinais pra baixar a pressão, outras que são calmantes, boas pros nervos, num cursinho que a gente fez esses tempos...

Porém, essa ação de estar acomodando ou repadronizando as práticas culturais de saúde nem sempre era desenvolvida de maneira simples ou de modo fácil. Muitas vezes, “o que e como” acomodar, vinha acompanhado de uma necessidade de um entendimento maior do porquê dessas práticas. No exemplo acima, foi necessária uma ampla discussão com o grupo, sobre o uso de chás medicinais, sobre o que é hipertensão, fatores pré-disponentes, formas de tratamento farmacológico e não farmacológico e conseqüências de uma hipertensão não controlada.

Ao atuar acomodando, procurei negociar ou buscar entendimento com as mulheres, sobre a melhor maneira de proceder nas alterações das práticas culturais de saúde, para que resultassem em práticas de cuidados mais benéficas.

Para implementar esse modo de intervir, precisei utilizar uma abordagem que garantisse, de forma participativa, por meio do diálogo reflexivo, a ação-

reflexão necessária para as mudanças desejadas. Considerando o marco conceitual proposto, essa ação-reflexão revelou que a própria assistência é um processo educativo, é o cuidar/educar.

Procurei sempre partir das experiências que elas possuíam, valorizando seus conhecimentos e práticas, pois desse modo era mais fácil levá-las a refletirem sobre as práticas a serem acomodadas.

Outras vezes, enquanto estava acomodando, tive que ser mais enfática ao fazer as colocações para o grupo, fundamentada no saber profissional. Fazia-se necessário empregar tal atitude, não por imposição cultural, mas a fim de que a saúde das mulheres e dos seus não ficasse comprometida. No exemplo do uso dos chás (automedicação com ervas medicinais, chás caseiros), era uma situação que precisava ser alterada. Para mim, baseada nos conhecimentos profissionais, uso indiscriminado de medicação, à base de ervas e/ou em doses inapropriadas, pode trazer problemas circulatórios, agravar um quadro de hipertensão, assim como manter a hipertensão descompensada, ocasionando transtornos cardiocirculatórios ou cerebrovasculares de grande monta. Nesse momento, foi necessário que eu, a enfermeira, trouxesse para o grupo, informações sobre: - hipertensão arterial. Fiz uma ampla explanação sobre o assunto, falei sobre valores pressóricos considerados normais, a necessidade de manter a pressão arterial em níveis normais, os fatores que podem desencadear a elevação da pressão arterial, as formas de tratamento; farmacológicas e não-farmacológicas (diminuição da ingestão de sal, a redução de peso, o controle dos fatores que aumentam a ansiedade e o estresse, a realização de exercício os físicos leves e regulares...). Quanto ao tratamento farmacológico, fiz um alerta sobre dois grandes riscos (Leme, 1997), que acompanham o uso de medicação anti-hipertensiva, principalmente no idoso, a

automedicação e a irregularidade na ingestão dos medicamentos. Decidimos, após intenso debate e explicações, que os chás caseiros são remédios que devem ser usados, mas com muito cuidado e cautela. Fizemos uma coletânea das receitas mais utilizadas, um levantamento das ervas mais conhecidas na comunidade e montamos uma cartilha, da qual todas ficaram com um exemplar, que iria servir como fonte de consulta para as horas de necessidade, e também como meio de divulgar o assunto para as demais mulheres da comunidade.

Por último, aquelas práticas culturais de saúde consideradas pouco saudáveis, e que não contribuíam para alcançar resultados benéficos para as mulheres, foram identificadas pela ação de **repadronizar**. Como por exemplo, nas seguintes situações:

Olha, esses tempos, conversando com as mulher sobre os remédios caseiros, me ensinaram que, pra essas tristezas e as angústia da gente, é muito bom tomar chá de maracujá. ...Uma vez, quando eu me ataquei dos nervos, por causa dos problemas lá de casa, fiz um chá bem forte de maracujá, mais gente de Deus! Me deu uma soneira danada, eu fiquei meia boba...(Rosa)

...Depois que termina a lida da carneação dos porcos, para lidar com todas aquelas graxeiras, eu fervo bastante água e limpo todas as vasilhas e as mesas, mas depois vou para o tanque lavar os panos de prato na água fria, acho que é isso que me dá a dor nas juntas dos dedos...(Primavera)

A identificação da ação de **repadronizar** foi levantada, e inclusive colocada em prática, mediante minha própria explicação teórica, e também pela decisão do grupo em relação a cuidar de si, por exercícios físicos, aulas de ginástica e a própria disposição e interesse em reunir receitas e nominar as ervas mais usadas, para que fosse organizada uma cartilha.

Esse planejamento foi feito combinando dois ou mesmo três modos de ação ou decisão do cuidado cultural. Constitui-se assim no verdadeiro processo educativo, qual seja, a construção da aprendizagem, pela troca de saberes, entre enfermeira e mulheres rurais. Serve para exemplificar, a situação em que Prímula fazia suas colocações sobre seus problemas dos nervos e depressão. Decidiu-se parar e discutir com o grupo.

Foi necessário trazer do conhecimento técnico o entendimento de depressão e a relação do seu aparecimento no período da menopausa. Era fundamental averiguar junto ao grupo o que elas entendiam por depressão, menopausa, doenças dos nervos, bem como suas manifestações, formas de tratar e soluções encontradas por elas para minimizar ou eliminar os efeitos desses problemas, quando surgiam, e se surgiam para todas. Da mesma forma, quais as soluções apontadas pela enfermeira, a partir do seu saber profissional.

Algumas soluções adotadas, como “*ir tomar mate na vizinha ...caminhar para espaiar...*”, essa prática de cuidado de Prímula, decidimos que deveríamos “*preservar*” ou “*manter*”, constituindo-se num momento de aprendizagem para o grupo e para a enfermeira também. E ao mesmo tempo em que se preservava as práticas culturais de saúde de Prímula, era necessário “*acomodar*” as práticas de outras mulheres do grupo, devido ao entendimento delas, sobre a menopausa, pois acreditavam que se dava de forma igual para

todas, que “*usar hormônio vicia*”, “*as mulheres engordam*”. Por essa razão, discutimos e refletimos sobre as práticas culturais de saúde do grupo.

Ao conduzir essa discussão, partiu-se dos depoimentos, onde cada mulher que já havia passado pela menopausa, fazia suas colocações. Seus relatos, suas vivências, foram importantes para o grupo perceber que a menopausa, em si, não é uma doença, mas uma fase normal da fisiologia da mulher. Também foi possível, para o grupo, perceber por meio dos depoimentos, que o processo de transformação natural da menopausa pode apresentar-se com maiores dificuldades para algumas mulheres, sendo que, para outras nem tanto. Entremedio as discussões, a enfermeira, trouxe para o grupo, a partir do seu conhecimento acadêmico e profissional, informações sobre o que é a menopausa, aproveitaando a própria experiência das mulheres para colocar para o grupo, as mudanças físicas e as alterações emocionais que podem ocorrer nesse período, bem como, a necessidade de acompanhamento especializado (médico, psicológico...), que muitas vezes se faz necessário. Também foi estabelecido uma ampla discussão sobre reposição hormonal e depressão na menopausa, a partir das informações trazidas pela enfermeira. Era necessário trazer para o grupo novas informações, para que as práticas culturais de saúde fossem acomodadas.

Outras vezes detectávamos, ainda durante as discussões, novas práticas de cuidados a serem repadronizadas, e assim o fazíamos. Isso pôde ser observado, por ocasião dos depoimentos sobre as práticas culturais de saúde que envolviam o uso de chás caseiros. Azaléia demonstrou saber a causa de sua hipertensão, assim como Rosa provou, claramente, desconhecer o efeito dos chás medicinais em doses inapropriadas. Também Primavera ignorava a ação do calor e do frio sobre as articulações, nos processos inflamatórios.

Nestes momentos, eu fazia intervenção, nas discussões do grupo, trazendo informações, que as mesmas desconheciam, aqui, no caso, sobre o uso de compressas frias e quentes, quando usá-las, quais os benefícios de uma compressa fria ou quente, esclarecimentos sobre doenças articulares, formas de tratamento e cuidados pessoais, que promovem o alívio da dor ou desconforto.

Ao atuar **repadronizando**, procurei fazer uma reflexão com as mulheres, no sentido de transformar certas práticas culturais de saúde, com intuito de contribuir para o desenvolvimento do processo de viver/envelhecer saudável. Essas repadronizações referiam-se às práticas que eram executadas com grau de risco, ou de forma que pudessem acarretar danos à saúde.

Repadronizar as práticas culturais de saúde (seja das mulheres ou da enfermeira) requer desta última uma extensa base do conhecimento popular e de como usá-lo de modo criativo (ver no item 5.3.4, logo a seguir, a organização da cartilha “*Conversando sobre os chás caseiros*”, a “*Folhinha do colesterol*”), para que o objetivo de cuidar/educar seja efetivo; sem ser, segundo Freire (1993), uma imposição cultural.

4.3.4. Analisando o processo de mudança das práticas culturais de saúde

A utilização do diálogo reflexivo, proposto por Freire, assim como os conceitos que compõem o marco conceitual, foi fundamental durante a vivência do processo de enfermagem, um verdadeiro processo de cuidar/educar, por parte da enfermeira. A busca constante de limites e possibilidades, de maneira conjunta com os co-participantes (mulheres rurais e enfermeira), levaram à identificação de semelhanças e diferenças, nas práticas

de cuidados, e também da importância de que se reveste o fato de ser o processo de cuidar também um processo de educar.

O interesse do grupo em “*querer saber mais*” sobre os fatores que predisõem ao surgimento das dores lombares; em compreender o que é “*este tal de colesterol*”; assim como o desejo manifestado de aprender exercícios físicos e adotá-los, para o “*alívio da dor das costas*”, são indícios de aceitação de novas práticas culturais de saúde, como mostra o diálogo a seguir:

Hortência: *Sabe que eu me lembrei da senhora ontem*

Enfermeira: *O que fez você lembrar de mim?*

Hortência: *Eu trabalhei tanto, tava com uma dor das costas, daí me lembrei dos exercícios que a senhora ensinou o outro dia*

Enfermeira: *A senhora só lembrou deles?*

Hortência: *Eu fiz é claro, e bem direitinho.*

Enfermeira: *E como se sentiu?*

Hortência: *Dali um pouco eu notei que me aliviou.*

Assim se caracterizou também o empenho das mulheres e a satisfação demonstrada ao elaborar uma cartilha sobre as ervas medicinais e os chás caseiros, que teve como título “**Conversando sobre os chás caseiros**” (ver anexo 3). Um material simples, reproduzido em xerox, mas que foi motivo de grande satisfação para todas, pois, folha por folha, a cartilha foi montada com a contribuição de cada uma delas, além da contribuição da enfermeira, nas orientações gerais.

Outros materiais foram construídos, além desse, ainda outros foram construídos, a partir das ações de repadronizar. Um deles diz respeito as orientações sobre os alimentos que contêm colesterol e a quantidade por

alimento. É a “**Folhinha do colesterol**” (ver anexo 4), trata-se de um informativo, um minicartaz, semelhante a um almanaque ou calendário, muito usados no interior e que, as mulheres penduram, geralmente, na parede da cozinha. Ter “a folhinha” ao alcance dos olhos trouxe bons resultados, como diz Primavera:

Ajuda a gente a escolher os alimentos e facilita quando a gente quer explicar pros da casa... Olha, era uma briga só, F. queria comer ovo todo dia, às vezes de manhã no café, frito com salame, e de noite também. Agora que ele viu quanto de colesterol tem numa só gema, ah!! como ajudou, já diminuiu bastante... até as frituras diminuíram bastante lá em casa.

Isso mostra que o cuidar/educar necessita de estar culturalmente embasado, de maneira que possa oportunizar ao ser humano a ação-reflexão, transformando a si e ao mundo que o cerca, a fim de conduzir o seu processo de viver/envelhecer, da forma mais saudável possível. A ampla discussão sobre o que é o colesterol, e a influência dos hábitos alimentares e estilo de vida, no aumento da hipercolesterolemia, para aqueles, cujos níveis de colesterol mantêm-se elevado no fluxo sanguíneo ou, os quais tem história na família, resultou na tomada de decisão do grupo, em levar para suas casa as informações, por meio da “folhinha do colesterol”. Isso comprova a aceitação de novas práticas culturais de saúde.

Ainda outras solicitações partiram das mulheres, espontaneamente, no sentido de repadronizar suas práticas de cuidados para um envelhecer saudável, porque percebiam que seus conhecimentos necessitavam de ser ampliados.

Foi o que aconteceu com a formação do “grupo da ginástica”, uma necessidade manifestada pelas mulheres, no sentido de manter uma prática de cuidado que, para elas, era indispensável e contribuía para um viver/envelhecer saudável. Observemos o recorte extraído do diário de campo da enfermeira:

Cravina: *Nós precisamos fazer um grupo de ginástica aqui na comunidade, isso é bom para a saúde, não é porque a gente é velha que não pode se divertir, fazer ginástica e dançar.*

Rosa: *Tem gente muito mais velha que a gente nos grupo da cidade e fazem ginástica, se divertem bastante e aqui veja quanta mulher nova ainda tem!*

Margarida: *O que a gente precisa é criar um hábito de se reunir, que nem agora, chega as quarta-feira, a gente sabe que tem a reunião e a gente vem...*

Enfermeira: *Mas o que é preciso para vocês criarem esse hábito?*

Violeta: *Eu acho que a gente precisa ser mais unida...tem comunidade que as mulheres ficam mais unida, elas têm os jogos de bolãozinho, tem até campeonato...*

Cravina: *Não é que a gente seja desunida... acontece às vezes, que marca reunião, fulana, sicrana tem que ir na cidade, outras tem serviço a mais para fazer, daí o grupo vai se escasseando..*

Margarida: *O que nós precisamos agora é fazer um grupo de ginástica aqui na comunidade, eu faço duas vezes por semana lá na cidade, mas tem as mulheres daqui*

que não podem ir lá... quanta mulherada que eu vi, chegou lá no grupo jururu...e agora parece outra... até mais remoçada tão...

Enfermeira: *Participar do grupo, fazer atividade física foi uma experiência boa dona Margarida?*

Margarida: *Mais credo! Como eu melhorei depois que comecei no grupo...como me fez bem...Se a gente pudesse fazer o grupo era muito melhor, isso faz bem pra saúde da gente, a gente volta renovada depois da ginástica, a gente dança, se distrai...*

Enfermeira: *Como se poderia formar esse grupo? O que vocês acham que é preciso?*

Orquídea: *a gente precisava de uma professora de ginástica, mais isso é difícil, nós não temos dinheiro para pagar.*

Cravina: *Mas nem é preciso tanto, se uma das mulheres mais nova aprendesse, ela podia ensinar pra nós, se tem uma aqui da comunidade, que pode uma vez por semana se reunir com a gente e fazer ginástica, fica muito mais fácil.*

Camélia: *Que nem nos "clube de mães", sempre tem uma que é mais disposta, que puxa as outras... é isso que nós precisamos, uma que aprenda a fazer ginástica, faça uns exercícios, umas brincadeira, só para mexer o corpo e se distrai, depois ela começa e incentiva as outras...*

E foi assim que surgiu o grupo da ginástica. Nesse sentido, penso que o papel da enfermeira, durante o processo de cuidar/educar, também pode ser considerado como de mediadora ou facilitadora, ou ainda como “ponte” entre profissionais de outras áreas, criando estratégias, articulando contatos para trazer o conhecimento solicitado, novos saberes. Ao desempenhar esse papel, também aperfeiçoa ou “acomoda” o seu próprio papel profissional e social. Aprende, ensinando e ensina, aprendendo.

Durante todo o trabalho, senti que o grupo estava entendendo a proposta e, inclusive, querendo que a enfermeira participasse da consolidação de novas práticas culturais de saúde, não apenas com o seu saber, mas também entendendo suas necessidades e intercambiando novas experiências.

O entendimento que as mulheres tinham de envelhecer saudável, a partir de seus depoimentos, deixava transparecer, para algumas, a necessidade de repadronização de suas práticas:

Pra mim, envelhecer saudável é não ficar entocada dentro de casa, por isso que eu sempre queria fazer o grupo de ginástica, pra pode dançar, se divertir (Primavera).

Envelhecê saudável, é ter disposição, porque às veis a gente até tem uns poblema, que nem eu que tenho pressão alta, mais posso fazê as coisas, posso vim aqui, aprendê a se cuidá, não é por que a gente é velho que tem que sofrê, se a gente aprende a se cuidá, a gente vive melhor (Violeta).

Envelhecê bem, é ter disposição, é viver na comunidade da gente, tê amigas, é pode vim aqui nesse

grupo aprendê mais, quanta coisa eu descobri aqui, depois que a gente começou a se reunir pra conversar. Quando que eu ia imaginá que ia aprendê como era meu corpo por dentro, depois de mais de 60 ano. Isso é fica velha de idade, mais nova de sabedoria (Margarida).

Freire já dizia: “O homem é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer essa auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca” (1979b p.27). Referindo-se ao idoso, acrescentava: “O velho que preserva sua validade ou que encarna uma tradição ou marca uma presença no tempo continua novo”(1996, 39). No nosso caso, é o próprio processo de educar-se, é a mulher rural sendo o sujeito de sua própria educação, descobrindo novas formas de viver/envelhecer saudável.

Podemos corroborar as reflexões de Freire, acima citadas, com as palavras ditas por Rosa:

...Conseguir formar nosso grupo de ginástica foi uma das melhores coisa que podia acontecer, além de ter aprendido muita coisa, que eu acho importante, sobre o corpo da gente...

Este foi um dos aspectos que mais me chamou a atenção durante a avaliação: a importância atribuída à formação do grupo de atividade física. O treinamento providenciado pela enfermeira junto a um profissional especializado, resultou numa prática que mantém o grupo se reunindo, mesmo depois de concluídos os encontros de estudo, agora de maneira mais freqüente, semanalmente.

Em seus estudos sobre corporeidade e terceira idade, Simões (1994) refere que é bem possível que, mesmo com a atividade física, o idoso continue

sentindo-se “velho”, em função da idade cronológica, porém, com um sentimento de satisfação, de orgulho, por sentir-se disposto, saudável e capaz como os mais jovens.

O querer fazer a atividade física, segundo as colocações de Simões, significa o desejo de manter-se ativo, uma necessidade básica que se busca ao longo da vida; o desejo de amenizar os efeitos do declínio físico que a idade traz e não a recusa de encarar a realidade.

Esse querer fazer pode ser entendido também como a busca do saber. É o ser humano refletindo sobre si mesmo, sobre sua condição de ser humano em processo de envelhecimento, que necessita de aprender novas formas, ter acesso a novos conhecimentos. Isso foi por mim avaliado como uma necessidade sentida pelas mulheres ao acomodar e repadronizar suas práticas culturais de saúde.

Ajudar as mulheres rurais a **acomodar e repadronizar** suas práticas culturais de saúde, promovendo a formação do “grupo da ginástica”, me fez compreender que o papel da enfermeira foi além do cuidar/educar, foi “fazer” algo para elas. Foi uma aproximação não pura e simplesmente para “ensinar” algo, mas também para “deixar” algo. Uma contribuição para que o processo de viver/envelhecer aconteça de forma saudável.

Outro aspecto que não só me chamou atenção, mas também tocou mais fundo em mim, foi uma declaração de Azaléia, provocada por Orquídea, num dos últimos encontros do grupo:

Orquídea: *Azaléia, você não vai contar pra Marilene dá novidade?*

Enfermeira: *Que novidade é essa Azaléia?*

Azaléia: *É que eu voltei a estudar, sabe... Eu tou freqüentando o curso dos adultos de noite, lá na escola.*

Enfermeira: *Mas isso é uma ótima notícia, eu fico muito feliz de saber. Eu queria saber mais uma coisa de você, por que você sentiu esta vontade de voltar a estudar, agora?*

Azaléia: *Foi depois daquela conversa que nós tivemos, de eu fazer massage. Eu fiquei matutando aquilo na minha cabeça, eu tenho a prática, me faltava o conhecimento do corpo, dos osso, que eu não sei o nome. Quanto mais a gente aprende, mais a gente vê quanto faz farta o estudo, então decidi que eu primeiro tenho que aprendê a ler, depois eu posso ler os livro. Eu quero também fazer um cursinho de massagista, por que daí eu me especializo mesmo. Mais como é que eu vou fazer um cursinho se eu não vou conseguir escrever as anotações da aula? Então eu voltei pras aulas, depois de cinqüenta e poucos anos, com filho criado e neto grande*

Enfermeira: *E antes, você pensava em voltar a estudar? Tinha essa vontade?*

Azaléia: *Quem é que não tem vontade de saber as coisa, mais é que eu não dava muita importância pra aquilo, assim de eu ser massagista, sabe. As pessoas aqui sempre vão lá em casa, todo mundo sabia, mas a gente não contava pra ninguém só pra os conhecidos. Depois que a gente conversou, eu cheguei a conclusão de que eu tou*

fazendo o bem pras pessoas, mais tenho que fazer o bem, bem feito, então tive que voltá estudá.

Isso nos mostra o processo reflexão-ação, é a transformação da realidade. Azaléia refletiu sobre suas práticas, entendeu que tinha um conhecimento empírico, mas que também precisava de outros conhecimentos para aperfeiçoar sua prática, ou para executá-la com mais confiabilidade. Essa vontade de voltar a estudar, era uma necessidade que foi despertada pelo diálogo reflexivo. Ela estava sentindo necessidade de buscar novos saberes. Freire (1996, 76) coloca que o ser humano, como um ser inconcluso, “ têm capacidade de aprender, não apenas para se adaptar mas sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a”. Essas colocações de Azaléia me tocaram fundo, talvez porque tenha ficado emocionada, ao mesmo tempo que gratificada enquanto pessoa humana e profissional. Eu estava vendo um resultado imediato.

O processo educativo nem sempre se dá de maneira rápida, mas essa decisão de Azaléia mostrou o quanto nosso diálogo foi decisivo para sua transformação. Eu fiz todo aquele trabalho com muito amor e, naquele momento, não era somente um trabalho que estava dando resultado, era algo mais, eram vidas humanas, que se motivaram e se transformaram pelo diálogo reflexivo, pelo interagir dos seus saberes. E essa motivação levou as mulheres a uma tomada de decisão, isto é, a repadronizar suas práticas. Por isso eu acredito, assim como Freire (1979), que educação é uma ato de amor e que quem não ama os seres humanos, não pode educá-los, tampouco cuidá-los.

5. AVALIANDO O MARCO CONCEITUAL ADOTADO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Apresento, primeiramente, uma avaliação sobre a adequação do marco conceitual proposto. A seguir, expõe-se a contribuição deste estudo para a enfermagem, valendo-se dos dados colhidos e da aplicação dos conceitos no desenvolvimento da prática.

5.1. Avaliando o marco conceitual

Como a inter-relação dos conceitos adotados já foi discutida e apresentada, nos capítulos anteriores, optei, aqui, por apresentar a avaliação da adequação do marco de forma geral, e não separando os conceitos.

Após realizar este trabalho com a adoção do marco conceitual baseado em conceitos da Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger e em alguns princípios pedagógicos de Paulo Freire, junto a um grupo de mulheres rurais, enfocando as práticas culturais de saúde centradas na construção de um processo educativo, acredito que o referencial proporcionou uma prática diferenciada para as participantes.

A opção em seguir tal referencial deveu-se à aproximação entre os estudos por mim efetuados e a relação com o objeto deste estudo, que visava

conhecer as práticas culturais de saúde das mulheres rurais, bem como desenvolver um processo educativo para o envelhecer saudável.

O cuidar/educar por meio da ação-reflexão, tendo na sua essência o diálogo reflexivo, valorizou a capacidade das pessoas de tomarem decisões e agir, por meio de sua interação com a realidade a ser transformada, facilitando o desenvolvimento da capacidade intelectual e da consciência social.

Esse processo de cuidar/educar, com base no marco conceitual organizado, possibilitou às participantes refletirem sobre suas práticas culturais de saúde, sendo que novas práticas, puderam ser evidenciadas ao término desse processo. Isso mostra que as ações da enfermeira, no seu processo de cuidar, fez diferença para o grupo de mulheres, oportunizando momentos de reflexão-ação, permitindo que as mesmas, pudessem criar e recriar seu processo de envelhecer saudável, por meio de novas práticas culturais de saúde, agora adotadas.

Na interação enfermeira-mulher rural, emergiu o saber sistematizado e o saber popular, gerando um novo aprendizado para ambas. Não foi só o grupo de mulheres que adotaram novas práticas, eu também obtive ganhos com esse processo. Fez diferença, para mim, assim como para o grupo, pois, pude acomodar algumas práticas e repadronizar outras em relação aos cuidados populares desenvolvidos pelas mesmas, um saber que até então eu desconhecia.

O marco com o qual trabalhei pode ser aplicado na minha prática habitual, considerando que a prática assistencial é um processo de construção que transita entre teoria e prática da profissão, e um processo constante de cuidar/educar e também de educar-se.

Essa prática assistencial se deu num momento particular, de convívio na comunidade, onde as práticas culturais de saúde das mulheres rurais foram preservadas, acomodadas e, em algumas situações, repadronizadas, respeitando o seu saber e sua cultura.

A mulher rural, como ser inacabado, em seu ambiente, encontra-se sempre em evolução. Constrói, a cada tempo, sua história, descobrindo-se, reconstruindo-se, concebendo-se de novo, pelas suas experiências, descobertas, erros, aprendizagens, desejos, conquistas... enfim, por suas práticas culturais de saúde.

5.2. Apresentando a contribuição do estudo

Os resultados deste estudo para a enfermagem, apontam contribuições tanto para o ensino como para a prática, baseadas nas considerações levantadas, a partir das reflexões feitas no decorrer da prática, sintetizadas, como seguem:

- A enfermeira deve buscar sempre o seu aperfeiçoamento, como ser humano inacabado, inconcluso, em constante processo de aprendizagem. Investirá na auto-instrução, assumindo-se permanentemente como autor e ator da sua história; ampliando e desenvolvendo cada vez mais as dimensões do saber - saber fazer e saber ser - , construído por meio do saber sistematizado e do saber popular.
- O processo educativo do ser humano é pessoal, singular. Consiste na história da cada um, marcada pela singularidade das suas práticas culturais

de saúde, pela sua unicidade, compreendendo o que sabe, o que ignora, o que deseja, quais suas necessidades, valores, crenças.

- A comunicação entre enfermeira e grupo deve atingir a essência, o diálogo reflexivo, onde as trocas de saberes fluem sem imposição de idéias. Nessa perspectiva, a enfermeira leva consigo os diversos conceitos que compõem o seu marco conceitual, fundamentados em estudos anteriores de outros autores, e nos pressupostos, frutos de sua própria experiência pessoal e profissional. As mulheres por sua vez, vêm para o encontro, trazendo também seus conceitos e experiências que, certamente, não são os mesmos da enfermeira. Entretanto, a partir da vivência e do compartilhamento de saberes, enfermeira e mulheres vão acomodando suas práticas de cuidados.
- A troca de saberes é contínua, é uma necessidade vital. Cada ser humano, no encontro com o outro, educa-se, pelos estímulos, desafios e provocações que o sensibilizam e o convidam a compartilhar sua crenças, seus saberes, sua cultura.
- Em vários momentos do desenvolvimento do trabalho, percebeu-se os saberes emergindo das discussões sobre as práticas culturais de saúde. O entrosamento, a confiança e, principalmente, o respeito ao saber de cada um, permitiu que a proposta fosse consolidada.
- É importante salientar a impossibilidade de separar as fases do processo de enfermagem, visto que seus elementos se interligam, inter-relacionam e, constantemente, se completam. Embora tenha sido apresentado, didaticamente, e por etapas, deve-se entender que este é processo dinâmico e contínuo, orientado por um marco conceitual de abordagem cultural, com foco centrado no processo educativo; entender ainda que ele auxilia mulheres rurais e enfermeira a compartilharem saberes e práticas; a

planejarem as práticas de cuidados a serem desenvolvidas, a implementarem essas práticas e a avaliarem o caminho percorrido.

- Na esfera das modificações ou transformações das práticas culturais de saúde, a acomodação e repadronização podem ocorrer com cada membro do grupo, com o próprio grupo e com a enfermeira. É um ir e vir, o próprio processo educativo.
- Estamos convivendo, na realidade, com paradigmas em movimento, que exige a adequação da tecnologia às novas exigências de atenção integrada e integral das pessoas. Por outro lado, é necessário, além de buscar uma nova forma de ver e pensar a realidade, buscar também novas formas de agir nesta realidade. Portanto, considero que estudo, por ser uma produção de conhecimento aplicado na prática, trata-se de uma contribuição de tecnologia aplicada tanto para a enfermagem, como também, para outros profissionais da área da saúde. Assim como, os demais interessados, que trabalham ou que pretendem trabalhar, com as questões da extensão rural, poderão se apropriar desta tecnologia para implementar ações que visam tanto a melhoria da qualidade de vida, quanto o viver/envelhecer saudável dos seres humanos do meio rural.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, H. S. , OLIVEIRA. V. F. A mulher italiana na comunidade de Silveira Martins: uma abordagem de gênero. Cadernos de Pesquisa. Santa Maria: n. 64, p. 01-29, dez., 1994.
- ALMEIDA, Joaquim A. A Participação da Mulher Rural Numa Economia de Subsistência: o caso de Três Barras. Rev. Extensão Rural, DEAR, UFSM, Santa Maria: Ano 1, nº 1, 1993.
- ARANTES, Flávio. Idosos reclamam de maus-tratos e abandono. Folha de São Paulo, São Paulo: 20/mar/1997.
- BARROSO, M.J.L.M.R. A Mulher Idosa e a Sociedade. Rev. Terceira Idade, São Paulo: SESC, nº 3, p.4-11, dez., 1990.
- BAUR, Robert, EGELER, Robert. Ginástica, jogos e esporte para idosos. Tradução Profª Sonnhilde Von Der Heide. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico S.A., Educação física: Série Prática, v.9. 1983.
- BEAUVOIR, S. A Velhice. Editora Nova Fronteira. Rio de Janeiro: 2ª ed., 1990.
- BERTONCINI, Fabiana. Mulher na Evolução da Humanidade. Revista pastoral da Juventude Rural do Brasil. Brasília, p. 5-23, 1991.
- BOTH, Agostinho. Conversas sobre a Terceira Idade. Passo Fundo: Editora UPF, 1991.
- BOTH, Agostinho, PORTELLA, Marilene R., BOTH, Solange L., Fundamentos de Gerontogogia. Passo Fundo: Editora UPF, 1994.

- BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. In: Anais do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Final do Século. Brasília: MPAS, SAS, 1996.
- BRASIL. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos, publicados pelo Ministério da saúde, Conselho nacional de Saúde, Brasília, 1996.
- BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. Cuidando e Sendo Cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos. Santa Maria: UFSM, 1994, 205 p. Dissertação de Mestrado, UFSM, 1994.
- _____. A mulher como cuidadora no contexto de uma comunidade rural de imigração italiana. Rev. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.6, n.1, p.181-197, jan./abr. 1997.
- BURNSIDE, I.M. Enfermagem e os Idosos. São Paulo, Andrei, 1979.
- CAMPEDELLI, M. C. Atuação da Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, Rev. Paul. Hosp., v. 31, n.9/10, p.198-200, 1983.
- CARDOSO, Vanir, Gonçalves, Lúcia H.T. Instrumentos de Avaliação da Autonomia no desempenho das Atividades da Vida Diária do Cliente Idoso. In: Arquivos Catarinenses de Medicina. V. 24, n.4, p.221-447, 1996.
- CARTANA, M. H. F. Rede e Suporte Social de Famílias. Florianópolis: UFSC, 1988. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem, 1988.
- CECCON, Claudius., OLIVEIRA, Miguel Darcy., OLIVEIRA, Rosiska Darcy. A vida na escola e a escola da vida. 17ª ed. Petrópolis: Vozes, 1988.
- CHODOROW, N. A psicanálise da maternidade - uma crítica a Freud, a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

- COLLIÈRE, Marie Françoise. Invisble care invisible woman as health care-providers. Internacional Journal of Nursing Studies, Great Britain, v.23, n.2, p.95-112, 1986.
- COSTA , A. O., BRUSCHINI. C. Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.
- COSTA, A. E., MADEIRA, L. M. O relacionamento do idoso com os seus familiares. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, v. 28, nº 1, p. 83-95, abril, 1994.
- DE BONI, Luis A. & COSTA, Rovílio. Os Italianos do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Vozes, 1982.
- DU GAS, B. W. Enfermagem Prática. Tradução: Paulo Celso Uchôa Cavalcanti e outros. 4ª ed.ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara,1984.
- FREIRE, Paulo. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. Tradução por Kátia de Mello e Silva. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979(a).
- _____. Educação e Mudança. tradução de Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martins. Rio de janeiro: Paz e Terra, 1979(b).
- _____. Ação cultural para a libertação, In: _____ Ação cultural para a libertação, 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 42-64.
- _____. Educação como prática da liberdade. Rio de janeiro: Paz e Terra, 1981.
- _____. Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 2ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- _____. Pedagogia da Autonomia: saberes necessário à educativa. 7ª ed., São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, Paulo. GUIMARÃES, Sérgio. Sobre Educação: diálogos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, coleção Educação e Comunicação; v.9, 1982.

FREIRE et al., Vivendo e Aprendendo: experiências do Idac em educação popular. 10ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GONÇALVES, L. H. T. A Autonomia e Independência no Desempenho das Atividades da Vida Diária de Pessoas Idosas Hospitalizadas com Multipatologias Crônicas. Trabalho apresentado à Banca de Concurso Público para Docente na UFSC - Classe Adjunto/Departamento de Enfermagem, 1992.

GONÇALVES, L. H. T., SANTOS L.L.C., SILVA Y.F. Ser ou Estar saudável na Velhice, Rev. Texto/Contexto Enfermagem. Florianópolis: v. 1, nº 2, jul/dez, p. 100-113, 1992.

GUALDA, D. M. R., HOGA, L. K. Estudo sobre a teoria transcultural de Leininger. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo: v.26, nº 1, p.75-86, março, 1992.

IBGE, Anuário Brasileiro de geografia e Estatística, Rio Grande do Sul, 1996.

IDOSOS falam sobre a vida nos asilos. O Nacional, Passo Fundo: 7/8 fev. 1998.

LAVINAS, Lena. (org.) Anais do I Seminário “Mulher Rural: identidades na pesquisa e na luta política. Rio de Janeiro: IPPUR/UFRJ. dez.,1987.

LEININGER, M.M. Transcultural nursing: concepts, theoris and practice. New York: John Wileys & Sons, 1978. cap. 17, p. 31-51: Transcultural nursing theoris and research approach.

_____. Teoria do cuidado transcultural. Diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1. 1985. Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 1985, p. 232-254.

_____. Culture Care diversity and universality: a theory of nursing. New york: national League for Nursing Press, 1991.

LECHAT, Noële Marie Paule. A Questão de Gênero no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST): estudo de dois assentamento no

- Rio Grande do Sul. Campinas: 1993. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Universidade Estadual de Campinas.
- LEME, LUIZ E. G. O Envelhecimento: mitos e verdades. São Paulo: Contexto, 1997.
- LEMOS, C.T. A Mulher Rural em seu Contexto. In: A Mulher Trabalhadora Rural. Brasília: Rev. Pastoral da Juventude Rural do Brasil, p. 57-69, 1995.
- LENOIR, Noëller. Promover o Ensino da Bioética no Mundo. Rev. Bioética, Brasília: v. 4, n. 1, p.65-70, 1996.
- LOURO, Guarcira Lopes. Lembranças de Velhas Colônias Italianas: trabalho, família e educação, Revista Educação e Realidade. Porto Alegre, v. 16, n. 2, p.33-43, jul/dez, 1990.
- KALACHE, Alexandre. Envelhecimento no Contexto Internacional: A Perspectiva da Organização Mundial da Saúde. In: Anais do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Final do Século. Brasília: MPAS, SAS,1996.
- MERCADANTE, Elisabeth. Aspectos Antropológicos do Envelhecimento. In: NETTO, Matheus Papaléo. Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu, 73-76, 1996.
- MINAYO, Maria C. S. saúde-doença: uma concepção popular de etiologia. cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: v.4, nº 4, p.363-381, 1988.
- MMTR (Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais) Caderno de Formação nº 1, Rio Grande do Sul, 1989.
- _____. Resolução e Propostas do Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Evangraf. 1990 (a).
- _____. Desperta Mulher, v. 3, jul. Boletim Informativo do MMTR, Passo Fundo: 1990 (b).

- _____. “Pré-tese para a Segunda Assembléia Estadual do MMTR/RS”. Passo Fundo: 1992.
- MONTICELLI, Marisa. Nascimento como rito de passagem: Abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascido. São Paulo: Robel Editorial. 1997.
- NAVARRO, Zander (org.) Política, protesto e cidadania no campo: as lutas sociais dos colonos e trabalhadores rurais no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1996.
- NERI, Anita Liberalesso (org): Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas, SP: Papyrus, 1993.
- _____. O desenvolvimento integral do homem. A Terceira Idade, Revista do SESC, Ano IV, n. 10, jul., p. 4-15, 1995 (a).
- _____. Psicologia do Envelhecimento. Campinas, SP: papyrus, 1995 (b).
- NETO, Otávio Cruz. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO. Maria C. S.(Org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: 5ª ed., Vozes, cap. III, p.51-66, 1994.
- NETTO, Mateus Papaléo. Envelhecimento: Desafios na Transição do Século. In: _____ NETTO, Matheus Papaléo. Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu, 73-76, 1996
- NEVES, Eloita Pereira, GONÇALVES, Lúcia H.T. As questões do Marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis, ANAIS... FLORIANÓPOLIS: UFSC, 1984, p. 210-229.
- OLIVEIRA, Rosiska Darcy. As Mulheres em Movimento: ler a própria vida, escrever a própria história. In: FREIRE, Paulo et al. Vivendo e Aprendendo: experiências do IDAC em educação popular. São Paulo: Brasiliense, 10 ed., p.39-68, 1987.
- OLIVEIRA, Rosiska Darcy, OLIVEIRA, Miguel Darcy. Aprender para viver melhor: a prática educativa do movimento de libertação no poder da

Guiné-Bissau. In: FREIRE, Paulo et al. Vivendo e Aprendendo: experiências do IDAC em educação popular. São Paulo: Brasiliense, 10 ed., p.69-105, 1987.

PATRÍCIO, Zuleica M. A prática de cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural. Florianópolis: UFSC, 1990, 282 p. Dissertação de Mestrado. UFSC, 1990.

_____. O processo de trabalho da enfermagem frente as novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.2, n.1, p. 67-81, jan/jun., 1992.

PEREIRA, I. L.L., VIEIRA, C. M. A terceira idade: guia para viver com saúde e sabedoria. rio de janeiro: Nova Fronteira, Carpe Diem, 1996.

REZENDE, A.L.M. O Compromisso de Educar para a saúde. AMAE Educando, Belo Horizonte: jun., p. 25-28, 1984

_____. O Planejamento Educacional Participativo. Belo Horizonte: UFMG, 1990.

_____. Porque o homem se motiva. Dia-a-dia, Belo Horizonte: 2, 19-20, dez., 1984.

RODRIGUES, Nara da Costa. A Educação na terceira Idade. In: IV Forum Nacional de Ações Educacionais na 3ª Idade em Nível Superior, III Encontro nacional de Estudantes universitários da 3ª Idade, 1º Seminário Internacional de pesquisa sobre a 3ª Idade, 1995. Santa Maria. Anais... Santa Maria: UFSM, 1995, p. 8-12.

SAFFIOFI, H.I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA , A. O., BRUSCHINI. C. Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

SANDRI, Juliana V. A. Prática Assistencial de Enfermagem à Pessoa Idosa e seu Familiar, com vistas ao resgate da sua cidadania, utilizando a teoria de Betty Neuman. Florianópolis: Dissertação de Mestrado. UFSC, 1997.

- SANTOS, Theobaldo Miranda. Manual de Filosofia. São Paulo: Editora Nacional, 8 ed., v.1, 1957.
- SCARIOT, Mariza. Principais Características das Relações de Gênero no capitalismo e Socialismo. In: A Mulher Trabalhadora Rural. Brasília: Rev. Pastoral da Juventude Rural do Brasil, p. 38-46, 1995.
- SILVA, Ivone Pereira da. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: KARSCH, Ursula Margarida S.(org.) Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, p. 147-170. 1998.
- SIMÕES, Regina. Corporeidade e terceira Idade: a marginaização do corpo idoso. 2ª ed., Piracicaba: Unimep, 1994.
- SMOKVINA, Glória J. Envelhecimento: da meia-idade à Senescência, In: BEYER, Marjorie, DUDAS, Susan. Enfermagem Médico-Cirúrgica - tratado de prática Clínica. Rio de Janeiro: 2 ed. Guanabara, v. 1, cap. 6, p. 52-67, 1990.
- SOIBELMAN, Mauro. Dor lombar. in: DUCAN, Bruce B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. porto Alegre: Artes Médicas, p. 258-263, 1990.
- STANTON, Marjorie, et al. Um resumo geral do processo da enfermagem In: GEORGE, Júlia B. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Tradução Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 24-36, 1993.
- ZAMBONINI, Vaniamar. A Mulher Trabalhadora Rural. In: MMTR (Movimento de Mulheres Trabalhadores Rurais) Caderno de Formação n.1, p.23-32, Rio Grande do Sul, 1989.

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO / REPENSUL
TURMA II - PÓLO II - UFPEL/FURG
MESTRANDA: MARILENE RODRIGUES PORTELLA
ORIENTADORA: LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES
CO-ORIENTADORA: MARLENE TEDA PELZER
ESTUDO: CUIDAR/EDUCAR PARA UM ENVELHECER SAUDÁVEL: a construção
de um processo educativo com mulheres de uma comunidade rural de Passo
Fundo/RS.

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Prezada Senhora

Ao responder as perguntas dessa entrevista a senhora poderá falar sobre seu processo de viver/envelhecer na zona rural, suas práticas de cuidados e seus problemas de saúde. Essa servirá também como uma maneira de se fazer ouvir, e também estará colaborando com os profissionais da saúde que desejam aprender a trabalhar com mulheres que vivem, trabalham e envelhecem na zona rural.

Os dados dessa entrevista a princípio fundamentarão o trabalho de Prática Assistencial dentro do programa do Mestrado, contudo poderão ser utilizados em artigos para publicação, portanto gostaríamos de obter seu consentimento para tal, esclarecendo que será garantido o sigilo, seu nome não será revelado, em nenhum momento.

Essa entrevista poderá ser por escrita ou gravada de acordo com o vosso consentimento e o material estará a sua disposição.

De acordo

assinatura da entrevistada

Formulário nº:.....

Entrevista Gravada ()

Escrita ()

Código da Entrevistada: _____ Data: _____ Horário: _____

1. Idade: _____ Estado civil: _____ Há quanto tempo? _____

2. Procedência?

3. Religião _____

4. Atividades executadas no momento: _____

5. Aposentada: sim () Não () Há quanto tempo? _____

6. Desde que idade começou a trabalhar? _____

7. Com quem mora? _____

8. De quem é a casa? _____

9. A Senhora, hoje, está vivendo com saúde?

10 Gostaria agora de falar um pouco sobre problemas de saúde: a senhora ultimamente tem tido problemas de saúde?

11. Como a Senhora e sua família costuma resolver esses problemas?

12. Para a Senhora, o que é envelhecer?

13. O que é envelhecer de uma forma saudável?

ANEXO 2

Recorte do diário de campo: Apresentação de partes da aplicação do processo de enfermagem.

<p>OBJETIVO DO DIA: discutir sobre os problemas que lhe incomodam e como costumam resolvê-los.</p> <p>Encontro: quarto dia: 26/11/97</p>	
Diário de campo	Práticas
<p><i>Prímula - Eu me incomodo com as coisas de casa, me preocupo com as dívidas, com as coisas que às vezes não dão certo, perco o sono e na hora de levantar parece que a gente tá moída</i></p> <p><i>Eu - Quem mais se sente assim?</i></p> <p><i>Primavera - Quando eu era nova, logo que casei, eu queria fazer tudo, queria cuidar da casa, fazer as coisas, costurar e ainda ir na roça... quando eu não conseguia fazer tudo isso, eu me atacava, e a coisa foi ficando feia, de um jeito que tiveram de me levar pro médico.</i></p> <p><i>Eu - E o médico, como lhe tratou na época?</i></p> <p><i>Primavera - Ele me deu uns remédios para calmar os nervos, para dormir também, ele me disse que eu é que tinha que descobrir o que é que me incomodava, o que era que me atacava tanto.</i></p> <p><i>Eu - E você descobriu o que lhe incomodava.</i></p> <p><i>Primavera - Era a costura, eu ia fazer as roupas das</i></p>	<p>(acomodar).</p>

crianças, media bem, experimentava nelas e se alguma coisa não dava certo, eu ficava matutando aquilo na cabeça e não dormia, me atacava.

Eu - E como você resolveu isso?

Primavera - Parei de costurar, comecei a comprar as roupas prontas, a família me ajudou muito, o meu marido compreendeu e me ajudou.

Eu - Alguém mais, do grupo, já precisou da ajuda médica, por causa dos problemas dos nervos.

Azaléia - Eu já sofri muito na minha vida, dos nervos, eu já tive depressão, tive que me tratar, tomar remédio. Me dava aquelas tristezas, eu não queria mais saber de nada.

Eu - Por que a senhora se sentia assim? havia alguma causa?

Azaléia - Era os problemas de família, eu tenho uma filha que é muito doente. Eu me preocupava muito, eu enfiava as coisas na cabeça, e ia ficando cada vez mais atacada.

Me levaram pro médico, eu tive que tomar muito remédio, (acomodar).
até remédio de dormir, aquilo me deixava meia boba

Eu - Por quanto tempo a senhora se tratou?

Azaléia - Eu fiz o tratamento com o médico e me tratei um ano com a psicóloga, por causa da depressão.

Eu - Hoje, como a senhora se sente?

Azaléia - Hoje eu me sinto melhor, quando quer me atacar, eu saio, vou numa vizinha conversar, tomar mate, (preservar)
daí aquilo me passa.

Eu - Como a senhora sabe que está “se atacando”?

Azaléia - Me dá aquela agonia, eu começo a ficar triste, desanimada, antigamente eu não sabia, hoje até lá em casa eles já sabem. Os filhos já sabem e até dizem “quando a mãe vai tomar mate na vizinha, ou dá as saídas (preservar) dela, é porque a coisa não tá boa”

Eu - Mas me parece que a senhora já sabe como se ajudar.

Azaléia - Parece que quando eu converso, quando eu dou uma saída, é só ir na vizinha, conversar um pouco, isso me espairose, mas meu marido já não é assim, ele diz que quando tá triste, chateado, não gosta de falar com ninguém, gosta de ficar sozinho. Eu sei como é sentir essas tristezas. Eu me angustiava bastante, mas depois que veio a menopausa, lá pelos 47 anos, a coisa ficou pior e eu não sabia, depois de me tratar, é que eu fiquei sabendo que era falta de hormônio. Para a minha comadre F.T., veio a menopausa pra ela quando ela já tinha 55 anos e ela não teve nada, mas comigo deu nisso, mas eu acho também que era porque eu já era meio atacada, sempre preocupada.

Eu - Alguém aqui do grupo já passou por problemas semelhantes ao de Azaléia na menopausa?

Cravina - Eu precisei de ir pro médico também, que nem a Azaléia, quando eu tive depressão. Eu sempre fui meia nervosa, mas depois que eu cheguei na menopausa, eu me

atacava tanto, me dava umas tristezas, eu precisei fazer tratamento por um tempão.

Eu - E as demais? Como foi a menopausa?

Hortência - Eu passei bem a menopausa, fora os calorões que me incomodava e que eu vivia me abanando, o resto foi bem.

Rosa - Eu tive muita hemorragia, menstruava às vezes quase a metade do mês, a coisa foi ficando feia, tive que fazer uma operação, tirei o útero, daí depois disso é que fui melhorar.

Eu - A menopausa pode acontecer de diferentes maneiras para as mulheres. Assim como vocês estão colocando, algumas tem determinadas reações enquanto, outras não. Fiz algumas colocações, esclarecendo sobre as mudanças fisiológicas e psicológicas que ocorrem no período que envolve a menopausa. Falei sobre a reposição hormonal e a necessidade de acompanhamento especializado. Expliquei sobre a depressão e a relação com a menopausa. Falei ainda sobre a depressão em outras situações. A seguir Margarida falou:

Margarida - Eu sei que eu sou meia deprimida, mas não é por causa da menopausa, desde pequena eu sou assim. (acomodar) .

Eu - O que a senhora sente?

Margarida - Eu sempre pareço que sou a pior, parece que eu sou mais feia, que as coisas pior são as minhas.. (repadronizar)

Intervenção do Grupo - todas queriam falar ao mesmo

tempo, porém Primavera foi mais enfática:

Primavera - O que é isso mulher! Não diga isso, onde já se viu uma bobagem dessas, você tem as coisas bem boas, a gente não deve pensar numa coisa dessas, a gente tem que se gostar... (preservar)

Margarida - É! Mas isso eu nunca disse... mas é uma coisa que eu tenho desde de pequena, sempre achar que eu era a pior, isso me deixava nervosa, eu ainda penso assim ...às vezes... (repadronizar)

Várias do grupo tentaram ao mesmo tempo animá-la, apontando a valorização da auto estima.

Azaléia - Não pode ser assim, a gente tem que ter fé, gostar das coisas da gente... gostar principalmente da gente mesmo. (preservar)

Primavera - Às vezes a gente acha que não tá bem para a ocasião, mas nem por isso a gente tem que se achar feia. (preservar)

Também as coisas da gente, às vezes não são as melhores, mas a gente tem que gostar.

Eu - Vamos falar um pouco sobre o que é auto estima. Algo que a gente tem que cultivar, que nem vocês cultivam uma flor ou folhagem, aquela que vocês mais gostam, a mais querida, lá do seus jardins... falei então sobre o que é auto estima, como cultivá-la e qual a sua importância para um viver saudável.

ANEXO 3

Cartilha: “Conversando sobre os chás caseiros”

“CONVERSANDO

SOBRE OS CHÁS

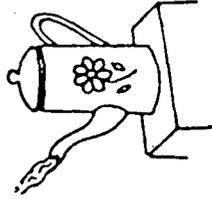
“CASEIROS”



INFUSÃO



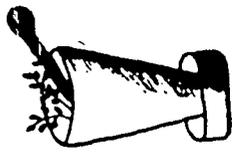
MACERAÇÃO



COZIMENTO



EMPLASTRO



SUMO

Autoras:

Catarina Toledo

Ivete Lanferdin

Ivete Teresinha da Silva

Júlia Oliveira dos Santos

Marilene Rodrigues Portella

Marisa Almeida Gavioli

Teresinha Saete Lupatini

PREPARO DAS PLANTAS OU ERVAS MEDICINAIS

a) Colheita: Uma vez conhecidas as plantas, podemos colher delas as flores, frutas, sementes, cascas ou raízes. As folhas melhores são adultas e verdes. As flores em bom estado, as sementes devem ser maduras e secas. A casca e raízes podem ser colhidas fora da época de crescimento da planta. A colheita deve ser num dia seco e ensolarado, de preferência pela manhã.

b) Secagem e conservação:

Podem ser feitas:

- à sombra em lugar arejado e limpo.
- ao sol da manhã.

Observações Importantes

- Usar a planta certa para cada doença.
- Nunca guardar o chá preparado de um dia para o outro.
- As folhas adultas e verdes são as melhores.
- As sementes devem ser maduras e secas.
- Guardar as plantas secas num lugar seco e protegido contra a poeira e os insetos (vidro seco e fechado)

Medidas em Uso

Para 1 litro (1.000 ml) de água:

- Flores e folhas verdes: - 6 colheres das de sopa ou - 18 colheres das de chá
- Flores ou folhas secas: - 3 colheres das de sopa ou - 9 colheres das de chá
- Raízes ou cascas verdes: - 6 colheres das de sopa ou - 12 colheres das de chá

- Raízes ou cascas secas: - 3 colheres das de sopa ou - 6 colheres das de chá
- Toma-se 4 ou 5 xícara por dia (adulto).
- Para jovens de 10 a 15 anos, 3 a 4 xícara por dia.
- Crianças de 1 a 2 anos, meia xícara.
- Para crianças menores de um ano diminui-se ainda mais a quantidade.
- Bom é começar com uma quantidade menor e aumentá-la aos poucos.
- O melhor é tomar o chá ao natural ou adoçar com mel.
- Para gargarejos, inalações, compressas e outros fins externos use-se doses mais fortes.
- Os chás devem ser tomados preferencialmente de manhã, em jejum, e à noite, antes de deitar-se.

RISCOS DE AUTO MEDICAÇÃO

- Diagnóstico incorreto
 - Escolha errada dos recursos terapêuticos
 - Desconhecimento para reconhecer a mesma substância, ingerida com outro nome.
 - Dosagem inadequada ou excessiva e prolongada
 - Interação com outros medicamentos, inadequados
 - Armazenagem incorreta, ou com período prolongado
 - Falha em procurar aconselhamento especializado
- Exemplo: A inflamação pode diminuir, mas a infecção continua existindo no organismo.

**PLANTAS QUE PODEM CAUSAR DIARRÉIAS GRAVES,
QUANDO USADAS DE MODO INCORRETO (POR
EXEMPLO ALTAS DOSES).**

A L E R T A

PLANTAS QUE PODEM CAUSAR DANOS AO FÍGADO:

- Confrei ou consólida (*Symplytum officinale* L.)
- Cambara ou camará (*Lantana camara* L.)
- Sassafrás ou canela-sassafrás (*Ocotea pretiosa* (Nees) Mez.)
- Maria-Mole ou flor-das-almas (*Senecio brasiliensis* (Spreng) Less).

**PLANTAS QUE PODEM CAUSAR IRRITAÇÃO
GASTROINTESTINAL**

- Jurubeba (*Salanum paniculatum* L.)
- Ipeca (*Cephaelis ipecacuanha* (Brot) A. Rich)
- Umbu (*Phytolacca dioica* L.)
- Arnica (*Arnica montana* L.)

PLANTAS QUE PODEM PROVOCAR DANOS NA PELE

- Arnica (*Arnica montana* L.) em todes altas (uso ext.) vesicante
- Folhas de figo (*Ficus carica* L.) e figueirinha ou carapiá (*Dorstenia* Lam.). Queimaduras sérias.
- Mama-cadela (*Brosimum gaudichadii* Trecul) - Dermatites de contato.

- Babosa (*Alce* spp.)
- Sene *Cassia Acutifolia* Del., *C. angustifolia* Vahl.)
- Cáscara-sagrada (*Rhamnus purshiana* DC).
- Ruibarbo (*Rheum palmatum* L.)
- Taiuiá (*Cayaponia* spp.)

**PLANTAS QUE PODEM AFETAR O SISTEMA NERVOSO
CENTRAL**

- Erva-de-Santa-Maria ou mastruço (*Chenopodium ambrosioides* L.)
- Trombeteira (*Datura suaveolens* Humb. e Bonpl. ex.: Willd).
- Cavalinha, cola-de-cavalo ou rabo-de-rato (*Equisetum* spp.)
- Losna (*Artemisia absinthium* L.)

PLANTAS QUE PODEM CAUSAR MORTE

- Leandro ou espirradeira (*Nerium oleander* L.)
- Mamona (*Ricinus communis* L.)
- Maria-mole (*Senecio brasiliensis* (Spreng.) Less.)

FIQUE ATENTO!

- Existem plantas com poder curativo e outras tóxicas. Procure identificar corretamente a planta que será usada como remédio.
- Não use plantas medicinais durante a gravidez, especialmente nos três primeiros meses, exceto sob acompanhamento médico.
- Certifique-se sobre a quantidade correta de cada planta a ser utilizada no preparo do remédio.
- Mofo, umidade, mau cheiro, insetos e prazo de validade vencido contra-indicam o uso de plantas medicinais.
- Algumas plantas medicinais têm seu poder de cura (princípios ativos) diminuídos em certas épocas do ano.
- Criações não devem brincar de comidinha com folhas, sementes e frutos desconhecidos porque podem ser tóxicos.
- Plantas chamadas milagrosas ou que são indicadas para curar muitas doenças devem ser usadas com cautela pois podem causar problemas.
- Algumas plantas medicinais têm na sua composição substâncias que podem agravar o problema de saúde.
- Procure esclarecimentos de um profissional de saúde que realmente conheça e trabalhe com plantas medicinais.

DOENÇAS E PLANTAS MEDICINAIS

Alcoolismo:

- 1) Para combatê-lo tomar suco de talo da couve. Uma xícara de café, três vezes ao dia.
- 2) Folhas de Maracujá, 1 copo de cachaça deixar em infusão por 5 dias. Tomar 2 colheres de sopa ao dia.

3) Talos de couve, 1 copo de cachaça, deixar 5 dias em infusão. Tomar 2 colheres por dia.

4) 1 Copo de cachaça, 1 pimentão, deixar em infusão durante 5 dias. Tomar 2 colheres de sopa ao dia.

Apetite, pessoas fracas e idosos:

Tomar diariamente 3 colheres de melado.

Asma:

- 1) Colocar algumas gotas de essência de eucalipto (adquirida em farmácia) em uma bacia pequena com água quente aspirar o vapor.
- 2) Colocar, por cinco minutos, duas colheres das de sopa de flores de alfazema em uma xícara de água fervente. Adoçar com mel e beber quatro vezes ao dia.
- 3) 1 garrafa de cerveja preta, 3 xícaras de açúcar, 6 folhas de eucalipto (folhas finas). Ferver todos os ingredientes durante meia hora e tomar 1 colher 3 vezes ao dia.

Ácido Úrico e Colesterol:

- 1) Uma folha de erva de bugre por xícara de água. Ferver durante 3 minutos. Tomar 1 xícara pela manhã e outra à noite.

Ácido Úrico:

- 1) Folha de couve, derramar água fervendo e tampar a caneca, deixar ficar morno o chá e tomar 3 xícaras durante o dia.

Anemia:

Cortar uma beterraba crua em rodelas e colocar numa vasilha funda de vidro ou pirex (não pode ser de plástico) formando

camadas com o açúcar. Deixar em repouso por 3 h. Tomar 1 colher de sopa ao dia durante 10 dias.

Bronquite:

1) Colocar em uma xícara de chá com água um punhado de folhas e flores frescas de agrião deixando-as descansar por toda a noite. Coar, esmagando o agrião com uma colherinha, de forma a sair todo o líquido. Beber pela manhã em jejum.

2) Retirar todo o talo de uma folha de couve e fervê-la em uma xícara de leite. Coar adoçar com mel e beber duas a três vezes ao dia.

3) 1 cebola, 1 xícara de açúcar, 2 colheres de mel, suco de 2 limões. Cortar a cebola em rodelas, colocar num recipiente fundo cobrir com uma xícara de açúcar e deixar em repouso por 24 h.

Tira a cebola e acrescenta 2 colheres de mel e o suco de 2 limões. Bater e guardar em geladeira. Tomar 1 colher 2 vezes ao dia.

4) Guaco, violeta de jardim c/raízes, tansagem, folha de figo, cambará, poejo, manjerona, noqueira, ameixa amarela, amora de espinhos, gravatá ou banana do mato (fruta) folha de mamão, araçá. Picão.

Juntar 6 ou mais qualidades de folhas, 2 folhas de cada, com água fria, deixar ferver por 15 a 20 min. Juntar meio kg de açúcar e continuar fervendo até ficar em ponto de xarope, desligar o fogo, deixar esfriar e coar. Não jogar fora as ervas recolocar 1 litro de água fervente e fazer chá. Tomar 1 colher de sopa 2 a 4 vezes ao dia.

Crianças usar colheres de sobremesa.

Bexiga:

Deixar ferver lentamente por vinte minutos, um litro de água e três pratos de flores e folhas de malva. Coar e adoçar com mel. Beber três ou quatro xícaras durante o dia.

Indicações, calmante transpirante (“suador” diurético, gases intestinais. Colher de um punhado da planta capim-cidreira (dez folhas aproximadamente) e colocar pra ferver durante cinco minutos em meio litro de água. Coar, beber quente ou frio, de quatro a cinco xícaras de chá ao dia.

Cólica menstrual:

Fritar alguns dentes de alho no óleo (de preferência azeite de oliva), deixar esfriar um pouco e colocar esta mistura sobre a barriga massageando levemente.

Caspa:

Esfregar suco de cebola no couro cabeludo. Deixar por alguns minutos e lavar bem com shampoo.

Colesterol:

Ferver 1 folha de batata doce por xícara de água durante 3 a 4 minutos.

Diurético:

1) Ferver meio copo de raízes picadas de alcachofra, por cinco minutos, em um litro de água. Deixar o líquido amornar, coá-lo, adoçá-lo. Beber três xícaras de chá ao dia.

2) Espremer o suco de um abacaxi. Beber como qualquer bebida, muitas vezes por dia. Aconselha-se, se possível, usar o suco obtido de um fruto não muito maduro.

3) Colocar 30 folhas frescas de alecrim em um litro de vinho tinto; deixar por 24 horas. Coar o líquido e consumi-lo na dose de três colheres de sopa por dia, após as refeições.

Dentes (dores de dentes devido à cárie):

Esmagar uma pitada de salsa, adicionar uma gota de azeite ou óleo de cozinha e uma pitada de sal. Misturar bem e introduzir na cárie. Em breve a dor diminuirá até cessar de todo.

Diarréia:

1) Cozinhar uma xícara rasa de pedaços de polpa de abóbora em um litro de água. Quando esta se reduzir à metade da quantidade inicial, passá-la em uma peneira. Temperada e administrada durante o dia é um ótimo remédio contra diarréia.
2) Tomar chá de folhas de pitangueira.
3) Tomar chá de casca de jaboticaba ou de romã.

Diabete:

1) Moer 200 gramas de sementes de laranja torradas. Colocar colherinha do pó num copo de água e tomar em jejum. Fazer exame de glicose no laboratório, pois este preparado baixa rapidamente a glicose.
2) 200 gramas de folhas de pata de vaca, apanhados na lua minguante, colocar num vidro de nescafé grande, completar com álcool e deixar em infusão durante 10 dias. Tomar 20 gotas ao dia com um pouco de água.

Dor nas Costas ou Juntas (articulações):

Ralar um carão de abacate, misturar com um maço de mestruz, colocar em meio litro de cachaça (de alambique), deixar descansar por 7 dias. Depois usar esse líquido para fazer massagem.

Erisipela e ferida:

Ferver na água 1 folha de bardana lavar a ferida. Para a erisipela, esmagar a folha, colocar num pano e deixar sobre o ferimento.

Frieira:

Esquentar no fogo algumas folhas de coentro e colocar no local afetado.

Gripe:

1) Ferver por dois minutos, 20 folhas grandes de eucalipto em um litro de água. Coar, adoçar com muito mel e beber três ou quatro xícaras por dia.
2) Ferver três figos secos cortados em pedaços em um copo com leite durante quinze minutos. Adicionar uma colherada de mel coar e beber bem quente.

3) Gripe (Xarope de emergência):

- 4 casca de banana madura, 2 copos de água, 1 copo açúcar, 2 colheres de cachaça, 2 cravos e 1 casquinha de canela. Juntar tudo numa panela, cozinhar até ficar em ponto de mel.

- Tomar 1 colher de sopa 3 vezes ao dia. Crianças 1 colher de chá 3 vezes ao dia.

Gripe e Garganta:

1) Folha de ameixa-de-inverno ou 1 folha de violeta. Ferver 3 a 4 minutos em 1 xícara de água. Tomar 1 xícara 3 vezes ao dia e fazer gargarejo.

Hemorróida:

- 1) Ralar uma cebola crua e misturar uma colher de manteiga. Aplicar a papinha sobre a região afetada. Serve para acalmar as dores e impedir a inflamação.
- 2) 1 folha de erva-de-bicho para cada xícara de chá. Tomar 1 ou 2 xícaras por dia, em pequenas doses.
- 3) 1 folha de transagem para cada xícara de chá. Tomar uma xícara por dia.

Hipertensão (pressão alta):

- 1) Beber três vezes ao dia uma infusão preparada com uma colher de sopa de sementes de salsa, colocadas em um copo de água fervente. O líquido resultante deve ser bebido morno.
- 2) 5 flores de marcela, colocar num copo de água à noite. Tomar pela manhã em jejum.
- 3) Tomar chá de folha de xuxu.

Picadas de Insetos:

Esfregar levemente a região atingida com algumas folhas frescas de salsa esmagadas. Pode-se também pincelar com suco de salsa.

Piolhos:

Ferver um punhado de arruda e deixar esfriar. Com esta água lavar a cabeça durante 3 dias.

Pulgas:

Espalhar sal pelas camas, cobertores e no chão, lavar o chão com água salgada, colocar também nos locais mais infestados, como galinheiros, etc...

Pomada para Ferida:

- 3 colheres de banha de porco ou galinha
 - 3 colheres de azeite
 - 3 folhas de confrei
 - 3 folhas de transagem
 - 3 folhas de picão
 - 1 colheirinha de cera de abelha
- Fritar tudo junto, durante 10 a 15 minutos. Misturar a cera de abelha. Guardar em geladeira.

Reumatismo:

- 1) Espremer bem alguns dentes de alho. Estendê-los sobre um pano e aplicar sobre a região atingida pelas dores reumáticas.
- 2) Misturar três copos de flores secas de camomila em um copo de azeite e aquecer em banho-maria, pelo menos por duas horas. Quando o azeite estiver frio, coá-lo apertando bem para fazer sair todo o suco da camomila.
- 3) Misturar o óleo a duas colheres de sopa de cânfora dissolvida em meio copo de álcool. Colocar o líquido em um vidro bem fechado. Utilizar a mistura para esfregar as regiões atingidas pelas dores reumáticas.
- 4) Escolher um punhado de agrião suficnete para encher um prato. Lavar bem. Temperar com limão, um pouco de azeite ou óleo de cozinha, limão e sal.

Tosse com Catarro:

- 1) Aquecer uma xícara de chá de água, adicionar duas colheres das de sopa com suco de abacaxi e uma colher de sopa com mel. Beber muito quente, antes de deitar.

2) Ferver um punhado de cascas de angico, coar e colocar açúcar até fazer um xarope. Guardar em uma garrafa e tomar duas vezes ao dia.

3) Cortar a beterraba em rodela finas e colocar numa tijela com açúcar por cima. Deixar durante a noite ao sereno. De manhã, escorrer o xarope que se forma e dá-lo às crianças.

4) Ferver seis cenouras médias em um litro de água. Amassá-las e misturá-las à água do cozimento. Adoçar com duas colheres de mel. Beber o líquido resultante. A dose indicada é suficiente para seis vezes.

5) Escolher um punhado de agrião suficiente para encher um prato. Lavar bem. Temperar com limão, um pouco de azeite ou óleo de cozinha, limão e sal.

MANEIRAS DE PREPARAR OS CHÁS

a) **INFUSÃO (abafado):** Coloca-se a erva numa vasilha, derrama-se água fervendo por cima, tampa-se bem a vasilha e deixa-se assim por 10 minutos antes de tomar. Se a infusão for de talos ou raízes, deve-se cortar em pedacinhos e deixar de 20 a 30 minutos antes de tomar.

b) **COZIMENTO:** Coloca-se a erva numa vasilha com água fria e leva-se ao fogo. Se forem flores, folhas ou partes moles da erva, deixa-se no fogo de 5 a 10 minutos. Para raízes, casca ou talos, deve-se cortar em pedacinhos e deixar no fogo de 15 a 30 minutos. Tire a vasilha do fogo e deixe tampada por algum tempo, coe antes de beber.

c) **MACERAÇÃO:** Põe-se a erva de molho em água fria, vinho ou cachaça para tirar o suco, deixando de 10 a 24 horas. Se forem talos, casca ou raízes, deixar de 22 a 24 horas de molho. Deve-se coar antes de beber.

d) **SUMO:** Para conseguir o sumo de ervas, machuca-se a erva com um pilãozinho ou numa vasilha, ou mói-se numa máquina de moer carne. A dose seria em gotas ou em colherinhas.

e) **EMPLASTRO:** Pode ser aplicado de várias maneiras:

1) Ervas frescas, ao natural, podem ser aplicadas diretamente à parte dolorida, inchada ou ferida.

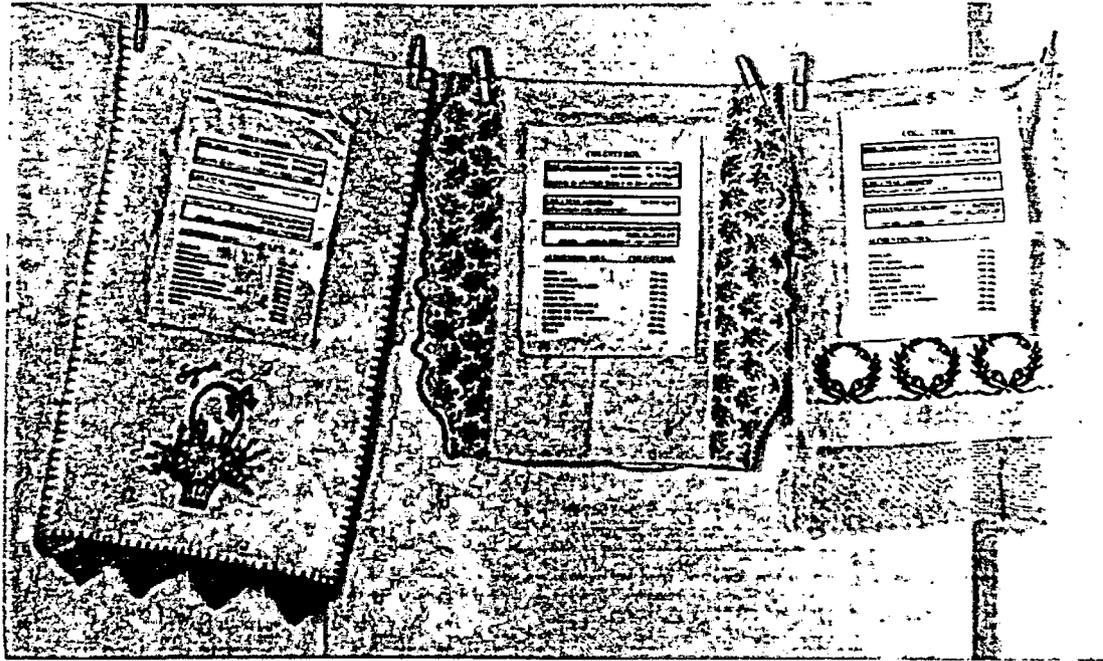
2) Ervas secas com saquinhos, frias ou quentes, conforme o caso, usam-se para câimbras, nevralgias, dor de ouvido, etc.

3) Em forma de pasta: pisam-se as plantas, formando uma papa, que se coloca sobre o lugar dolorido, diretamente ou entre dois panos.

f) **COMPRESSAS:** Cozinham-se as ervas em doses bem fortes, coa-se, pega-se em pano limpo, bota-se dentro o cozimento e coloca-se diretamente no lugar afetado, cobrindo com plástico e um pano grosso para conservar quente. Quando esfriar, trocar por outra.

**Agradecemos ao grupo
do NIPRON (Núcleo de
Pesquisa e Estudos de
Produtos Naturais) da
UPF, pelas
recomendações
quanto ao uso e
preparo dos chás
caseiros.**

ANEXO 4: "A FOLHINHA DO COLESTEROL"



Colesterol

Alimentos / 100g	Colesterol
Miolos	750 mg
Visceras	455 mg
Manteiga	280 mg
Gema de Ovos	272 mg
Toucinho	215 mg
Linguiça	151 mg
Carne de porco	150 mg
Frango com pele	150 mg
Carne escura sem pele	87 mg
Carne branca sem pele	77 mg
Carne de Vaca (magra)	93 mg
Queijo	100 mg
Nata	120 mg

HDL → Bom Colesterol → 30 - 90 mg/dl
 LDL → Mau Colesterol → 50 - 160 mg/dl
 Colesterol total ideal ↓ de 200 mg/dl
 limite: 200-240 mg/dl
 Cuidado!!! ↑ 240 mg/dl

Colesterol

Colesterol total: limite de 200 a 240 mg/dl
 HDL → Bom Colesterol: Mulher: 30-90 mg/dl
 Homem: 30-70 mg/dl
 ↓
 Depende da atividade física e genética
 LDL → Mau Colesterol: 50-160 mg/dl
 ↓
 Influenciado pela Alimentação.

Gema de Ovo	272 mg	Frango com pele	150 mg
Nata	120 mg	" " " " " "	87 mg
Linguiça	151 mg	Visceras	455 mg
Toucinho	215 mg	Manteiga	280 mg
Carne de porco	150 mg	Miolos	750 mg

em 100 gram

