

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

EDA SCHWARTZ

**O VIVER, O ADOECER E O CUIDAR DAS FAMÍLIAS DE UMA COMUNIDADE
RURAL DO EXTREMO SUL DO BRASIL: uma perspectiva ecológica**

**Florianópolis - SC
2002**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**O VIVER, O ADOECER E O CUIDAR DAS FAMÍLIAS DE UMA COMUNIDADE
RURAL DO EXTREMO SUL DO BRASIL: uma perspectiva ecológica**

EDA SCHWARTZ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem- Área: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientadora: Dr^a. Ingrid Elsen

Florianópolis – SC

Novembro, 2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**O VIVER, O ADOECER E O CUIDAR DAS FAMÍLIAS DE UMA COMUNIDADE
RURAL DO EXTREMO SUL DO BRASIL: uma perspectiva ecológica**

EDA SCHWARTZ

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do TÍTULO de **DOUTOR** e aprovada em sua forma final em 04/11/2002, atendendo às normas da legislação vigente do curso de Pós-graduação em Enfermagem –Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profª Enfª Drª Denise Pires – Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Drª Ingrid Elsen – Orientadora/Presidente

Drª Coleta Rinaldi Althoff – Membro

Drº José Fernando Kieling – Membro

Drª Maria de Lourdes Denardim Budó – Membro

Drª Regina Célia T. Mito - Membro

Drª Rita Maria Heck - Membro

AGRADECIMENTOS

À Dra. **Ingrid Elsen** pela orientação segura e exigente. Pelo estímulo constante e pela habilidade em lidar com as dificuldades e de abraçar os desafios, de forma que saíssemos fortalecidas. Você é a verdadeira mestre, no sentido da sua existência, enriquecendo-nos com sua sabedoria.

À Direção, professores e funcionários da Faculdade de enfermagem e Obstetrícia da UFPel incentivadores de todas as horas e que compartilharam comigo nesta etapa.

Meus agradecimentos ao auxílio recebido pelo PICDT/CAPES, o qual possibilitou a realização do estudo.

À Dra. **Marta Regina Cezar Vaz** pelo incentivo iniciado neste estudo.

Aos professores por aceitarem participar da Banca que avaliou o resultado final do presente estudo.

Ao Dr^o **José Fernando Kieling** pela disponibilidade e ao exercer as críticas que permitiram avançar na busca de conhecimentos.

Às amigas **Celmira** e **Sonia** por estarem presentes em todos os momentos, inclusive nas horas desafiadoras, pois a amizade é tão benéfica como a água em terra seca.

À querida filha **Vitória** por me acompanhar e ser uma fonte de grande alegria e inspiração. Ao **Vladimir**, meu companheiro, pela sua presença.

Aos meus pais **Erny** e **Nilva** pelo carinho e proteção fazendo sentir a pulsação da família, impedindo que pequenos problemas não se tornassem crises intratáveis.

À minhas irmãs **Etna, Elisabete, Eliane, Elisane e Elisa**, e suas famílias, que sempre alimentaram o senso de história e de pertença da família.

À amiga **Hedi** por acompanhar os momentos de alegrias e tristezas desta caminhada.

À prima **Marilene** e família pelo auxílio prestado nos meus períodos de ausência.

Às colegas do doutorado **Silvana, Vera, Marilene e Mara** pelas contribuições.

A Comunidade Sol e suas famílias, e a equipe do posto de saúde do Sol, os participantes desta pesquisa, meu muito obrigada pela disponibilidade em contribuir com seu tempo, trabalho e conhecimento.

RESUMO
O VIVER , O ADOECER E O CUIDAR DAS FAMÍLIAS DE UMA COMUNIDADE RURAL DO EXTREMO SUL DO BRASIL: uma perspectiva ecológica

Autora: Eda Schwartz

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ingrid Elsen

O presente estudo teve como objetivo compreender o viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil a partir de uma Abordagem Ecológica. Como referencial teórico foi utilizada a teoria da abordagem Ecológica de Bronfenbrenner, com ênfase nas categorias de tempo, pessoa/família, processo e contexto com seus níveis: micro, meso, exo e macrossistema, ruralidade, família rural e a saúde da família rural. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, tendo sido selecionada a metodologia da observação participante. A pesquisadora desenvolveu o trabalho de campo em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul, durante nove meses. Para a realização do estudo na instituição de saúde e com as famílias garantindo os princípios éticos, foram seguidos os critérios exigidos pela resolução nº 196/96. A visita domiciliar, a consulta de enfermagem no posto, a consulta a documentos e a participação em campanhas de vacinação foram algumas das estratégias utilizadas para a coleta de dados. Os resultados apontam que a comunidade rural Sol se caracteriza como isolada cultural e geograficamente, com riscos e potencialidades. No viver cotidiano sobressai o trabalho como atividade molar, que dá a identidade ao colono/família. Por outro lado, o adoecer nas famílias rurais é decorrente de elementos inibidores como a falta de comunicação/informação interambiente e o trabalho. As principais categorias que compõem o cuidado familiar na doença são: buscando informações e prevenindo; o estar junto; e a responsabilidade. O (des)cuidado em relação a saúde surgem em decorrência das fragilidades das inter-relações dos sistemas. O referencial teórico selecionado foi significativo para a compreensão do fenômeno investigado, pois permitiu a constatação de como os diferentes ambientes se articulam, ou não, entre si, promovem ou fragilizam a saúde dos colonos. O trabalho, como atividade molar, dá identidade ao colono, mas, se não apoiado por políticas sociais e agrárias adequadas, impede o desenvolvimento de indivíduos, famílias e comunidade. Outra categoria significativa para a saúde das pessoas que o referencial possibilitou emergir foi o vínculo apoiador com uma possibilidade para o desenvolvimento individual e familiar.

Palavras chave: famílias rurais, abordagem Ecológica, enfermagem

ABSTRACT

Living, getting sick and taking care of families in a Southern rural community in Brazil: an ecological prospect

Author: Eda Schwartz

Advisor: Prof^a Dr^a Ingrid Elsen

This paper aimed at comprehending the living, getting sick and taking care of families in a Southern rural community in Brazil from an Ecological Approach. As a theoretical referential the Brofenbrenner's ecological approach theory, with an emphasis on time, person/family, process and context categories with their levels: micro, meso, exo and macrosystem, rurality, rural family and its health. It is a qualitative research, and the participating observation methodology was selected. The researcher developed the field study in a rural community in Rio Grande do Sul during nine months. The criteria demanded by the resolution n#196/96 were followed in order to perform the study in the health institution and with the families with assured ethical principles. The home visit, the visit to the first aid station, documents consult and the participation in vaccination campaigns were some of the strategies used to collect data. The results show that the rural community Sol is a cultural and geographically isolated one, with both risks and potentialities. In the ordinary living the work is the molar activity which gives families and colonists an identity. On the other hand, the getting sick process in rural families comes from inhibitor elements as non-communication/information interrelating environment and work. The main elements composing the family care when sick are: reaching information and prevention; being together; responsibility. The (non) caring for with regards to health arises from weak points in the inter-relation of systems. The theoretical referential of option was significant to comprehending the phenomenon investigated because it allowed to realize how different environment, whether articulated or not in-between, either promoting or making colonists' health fragile. Working, as the colonists' identity molar activity but not supported by suitable social and agrarian policies, do prevent the development of the individuals, families and community. Another significant range to people's health whose raising was made possible by the referential was the supporting link one with a possibility to the individual and familiar development.

Key words: rural families, Ecological approach, nursing

RESUMEN

SCHWARTZ, Eda. **El vivir, o adolecer y o cuidar de las familias de una comunidad rural del extremo sur del Brasil:** una perspectiva ecológica. Florianópolis, 2002.202p. Tese (Doctoral en Enfermería) – Curso de Pos Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Ingrid Elsen

Defensa: 04/11/2002

El presente estudio tuvo como objetivo comprender el vivir, o adolecer y o cuidar de las familias de una comunidad rural del extremo sur del Brasil a partir de un Abordaje Ecológico. Como referencial teórico fue utilizada la teoría de abordaje Ecológica de Bronfenbrenner, con énfasis en las categorías del tiempo, persona/familia, proceso y contexto con sus niveles: micro, mezo, exo y macro-sistema, ruralidad, familia rural y la salud de la familia rural. Se trata de una pesquisa de naturaleza cualitativa, siendo seleccionada la metodología de la observación participante. La pesquisadora desarrolló el trabajo de campo en una comunidad rural de Rio Grande del Sur, durante nueve meses. Para la realización del estudio en la institución de salud y con las familias garantizando los principios éticos, fueron seguidos los criterios exigidos por la resolución nº 196/96. La visita domiciliar, la consulta de enfermería en el puesto, la consulta a los documentos y la participación en campañas de vacunación fueron algunas de las estrategias utilizadas para la colecta de datos. Los resultados apuntan que la comunidad rural Sur se caracteriza como aislada cultural y geográficamente, con riesgos y potencialidades. En el vivir cotidiano sobresale el trabajo como actividad molar, que da la identidad al colono/familia. Por otro lado, el adolecer en las familias rurales es resultado de elementos inhibidores como la falta de comunicación/información ínter ambiente y el trabajo. Las principales categorías que componen el cuidado familiar en la dolencia son: buscando informaciones y previniendo; el estar junto; y la responsabilidad. El (des)cuidado en relación a la salud sugieren en de correncia de las fragilidades de las inter-relaciones de los sistemas. El referencial teórico seleccionado fue significativo para la comprensión del fenómeno investigado, pues permitió la constatación de como los diferentes ambientes se articulan, o no, entre si, promueven o fragilizan la salud de los colonos. El trabajo, como actividad molar, de la identidad al colono, mas, si no apoyado por políticas sociales y agrarias adecuadas, impide el desenvolvimiento de individuos, familias y comunidad. Otra categoría significativa para la salud de las personas que el referencial posibilitó inmergir fue el vínculo apoyado con una posibilidad para el desenvolvimiento individual y familiar.

Palabras clave: familias rurales, abordaje Ecológica, enfermería

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	xii
LISTA DE QUADROS.....	xiii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiv
LISTA DE ANEXOS.....	xv
1 - PROBLEMATIZANDO O TEMA.....	01
2 - REVISITANDO A BIBLIOGRAFIA.....	10
2.1 O ESPAÇO RURAL: O TERRITÓRIO E SEUS OCUPANTES.....	10
O tempo e o trabalho rural.....	13
O indivíduo e a família.....	17
As relações do trabalho rural.....	19
2.2-AS FAMÍLIAS E SUAS RELAÇÕES COM O TERRITÓRIO RURAL.....	25
A política e os serviços de saúde no território rural ao longo do tempo.....	27
Saúde e doença na perspectiva dos integrantes da família rural.....	34
A enfermagem e a singularidade do ambiente rural.....	39
2.3 A FAMÍLIA- UM MOVIMENTO DE ADAPTAÇÃO ÀS MUDANÇAS ECONÔMICAS E SOCIAL.....	41
A família rural.....	45

A família como um sistema de cuidados.....	49
3 - QUADRO TEÓRICO.....	51
3.1 A ECOLOGIA	51
3.2 A ABORDAGEM ECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER.....	55
3.3 OS NÍVEIS DE AMBIENTES.....	58
4 - O CAMINHO PARA CONHECER O VIVER , O ADOECER E O CUIDAR DAS FAMÍLIAS RURAIS.....	67
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	67
4.2 TRABALHO DE CAMPO.....	70
4.3 ANÁLISE.....	76
5-O CONTEXTO ONDE SE DESENVOLVEM AS RELAÇÕES.....	79
5.1 A COMUNIDADE RURAL SOL.....	82
A organização da terra e a família.....	88
Reflexões.....	89
6 – FAMÍLIAS RURAIS: CENAS DA VIDA DIÁRIA.....	92
A família e suas relações sociais de trabalho.....	92
As famílias.....	96
A família (des)Conectada.....	96
A família Esperança.....	107
A família Apoio	118
A família Cuidado.....	123
Reflexões.....	124
7 - O ADOECER NAS FAMÍLIAS RURAIS.....	134
7.1 O SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO E O TERRITÓRIO RURAL.....	134
O cotidiano no posto de saúde	135
A pesquisadora-enfermeira participando do cotidiano do posto de saúde.....	142
A atendente de enfermagem- um recurso de ligação entre o posto de saúde e a comunidade.....	147
As benzedeiras.....	148
A doença nas famílias.....	149
Reflexões.....	155

8 - AS FAMÍLIAS, O CUIDADO E O (DES)CUIDADO EM TEMPOS DE DOENÇA.....	163
A família Cuidado.....	163
Cenas do posto de saúde.....	168
Reflexões.....	174
9 – PERSPECTIVAS: A ENFERMAGEM FRENTE A SINGULARIDADE DO VIVER DAS FAMÍLIAS RURAIS.....	178
9.1 O REFERENCIAL E SEU POTENCIAL PARA COMPREENSÃO DAS FAMÍLIAS RURAIS.....	178
9.2 A COMUNIDADE SOL –UM CONTEXTO DE RISCO E DE POTENCIALIDADE DE DESENVOLVIMENTO.....	179
9.3 APONTANDO ALGUNS CAMINHOS PARA A ENFERMAGEM E A SAÚDE DAS FAMÍLIAS RURAIS.....	183
10 - REFERÊNCIAS.....	186
ANEXO I.....	199
ANEXO II.....	200
ANEXO III.....	201
ANEXO IV.....	202

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	As relações do colono sob a ótica Ecológica.....	54
FIGURA 2 -	Diagrama do desenvolvimento dos integrantes da família rural tendo em vista suas inter-relações com seus diversos sistemas.....	65

LISTA DE QUADROS

QUADRO -1	Relações entre as categorias/subcategorias a serem investigadas e os métodos/técnicas de coleta de dados.....	75
QUADRO -2	Distribuição das consultas na zona rural do município de Pelotas no ano de 1998.....	135
QUADRO - 3	Distribuição das principais causas de consultas na zona rural do município de Pelotas em julho de 1998.....	135

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO –1	Distribuição das consultas realizadas por sexo na comunidade do sol no período de março a julho de 2001.....	140
GRÁFICO – 2	Distribuição dos diagnósticos das consultas da comunidade do Sol, no período de março a julho de 2001.....	141

LISTA DE ANEXOS

ANEXO –I	Consentimento da Comissão de Ética	199
ANEXO II	Diário de campo.....	200
ANEXO – III	Consentimento livre e esclarecido	201
ANEXO - IV	Consentimento para fotografar.....	202

1 PROBLEMATIZANDO O TEMA

Os motivos que me levaram a ter interesse em conhecer e pesquisar o tema “famílias rurais” vêm acompanhando todo meu trajeto profissional, realizado na área hospitalar e de saúde pública e me conduziram à escolha de uma linha de pesquisa que articula enfermagem, saúde e sociedade, visto que a enfermagem, quando atua em certos campos de trabalho, como por exemplo, a saúde pública, enfrenta contextos de conflitos e ações humanas que extrapolam a compreensão de saúde e doença como comumente é entendida.

Nessa vertente, a situação é agravada pelo encontro da pobreza e da exclusão¹ do ser humano rural e da família, também chamados de colonos² ou camponeses³. O trabalho fundamental é do grupo familiar, os outros realizam trabalhos

¹ Há diferentes entendimentos sobre a questão da exclusão social, alguns autores analisam a partir de dois eixos básicos: a exclusão social diretamente relacionada às relações sociais da produção e a exclusão social de ordem sociocultural e de cidadania. (Boneti, 1998, p.17). O tema exclusão ou o “ser igual” ou ser “não igual” ainda é discutido no artigo “Exclusão social: a desigualdade do século XX” (Schwartz, Eda; Nogueira Vera Maria R. **Revista Ser Social**, Brasília, n.6, p 95-118, Jan./jun., 2000)

² Habitantes de uma área rural chamada colônia são colonos - uma categoria que sobreviveu ao longo do tempo e que designa o camponês. O termo “colônia” também é usado para designar a propriedade agrícola do colono (Seiferth; Giralda, 1990, p. 25). Nas regiões de colonização alemã, usa-se a palavra germanizada “Kolonist” como declinação de colono (Schneider, 1999, p.24).

³ Para Williams (1989, p.11), a forma de vida campestre engloba as mais diversas práticas—de caçadores, pastores, fazendeiros e empresários agroindustriais - , e a sua organização varia da tribo ao feudo, do camponês e pequeno arrendatário à comuna rural, dos latifúndios às grandes empresas agroindustriais capitalistas e fazendas estatais. O nosso grupo social de estudo da categoria dos camponeses é o pequeno produtor, que é responsável pela lavoura, trabalha direta e pessoalmente com a terra com a ajuda da sua família e, ocasionalmente, de alguns empregados remunerados. Está em relação de complementaridade com o urbano, visto que vende o excedente de sua produção, mas produz primordialmente para a sua subsistência (QUEIROZ,1976, p.50). Tem-se clara a diversidade de formas que estão ligadas ao conceito de campesinato. A agricultura camponesa é, em geral, pequena; dispõe de poucos recursos e tem restrições para potencializar suas forças produtivas; porém, ela não é camponesa por ser pequena, isto é, não é a sua dimensão que

esporádicos e complementares em safra, plantio, capina. Neste estudo, utilizo o conceito de colono definido por Kieling (1999) que diz:

são trabalhadores que, com seus familiares-esposa e filhos- administram pequenas ou médias unidades produtivas agropecuárias, de sua propriedade, ou não, utilizando, ou não, o trabalho complementar de outras pessoas, exercendo, ou não, eles próprios atividades fora da unidade camponesa para completar uma receita mínima de subsistência. A família camponesa, entretanto, vive fundamentalmente da atividade agropecuária, caracterizando-se pela intensidade do trabalho humano, potenciado, ou não, por recursos técnicos, e mantém relações fundamentais com outros grupos sociais e com as instituições. Não é sinônimo de classe social, embora uma condição essencial do conceito seja o fato de as pessoas serem trabalhadoras. Como, no meio rural, há predominância de camponeses entre estas, muitas vezes confundem-se os conceitos. Operacionalmente, no Sul, o termo camponês adquire conotação distinta em relação aos parasitas da terra que, sem exercerem atividade produtiva agrícola, ou outra, usufruem renda às custas dos trabalhadores rurais (KIELING, 1999, p. 17).

Um dos vários motivos da exclusão é o fato de a agricultura familiar⁴ possuir uma “pequena produção” para o consumo e vender o excedente, mas sua relação com o mercado é sempre desigual, o que vem ao encontro do que afirma Boneti (1998, p.23) “[...] devido ao jogo de forças do poder acaba sempre fazendo com que grande parte dos recursos públicos sejam aplicados nos setores modernos da economia, fazendo com que os tradicionais permaneçam como tais e entrem no caminho da eliminação, ou seja, da exclusão”, pois até o governo enfatiza a agricultura capitalista.

Enfatizo, ainda, a importância da população rural, no Brasil, pois representa 17% da população economicamente ativa de acordo com o censo 2000 e ocupa a estratégica posição de ser a responsável pela produção de alimentos (FARIA; FACCHINI; FASSA, 2002).

Ao pesquisar, quando da elaboração da dissertação de mestrado⁵, as necessidades de cuidado do paciente e família teuto-gaúcha, tive como ponto de partida o hospital, buscando a especificidade domiciliar desses indivíduos. Surgiram, da análise,

determina sua natureza, e sim suas relações internas e externas (Tedesco, J. C. (org.) **Agricultura familiar**: realidades e perspectivas. 2.ed., Passo Fundo: EDIUPF, 1999, p.31.

⁴ Dentro da especificidade deste grupo social rural, emprego-o conforme o citado no projeto de Tese de Heck (1999) e o definido no II Encontro Regional da Pequena Propriedade (Stº. Cristo 17-18 julho 1993), os quais enumeram três características fundamentais desta: 80% da renda proveniente da produção agrícola; utilização do trabalho familiar; propriedade rural de até 50 hectares de terra.

muitos questionamentos, novas e inquietantes indagações sobre as condições de saúde e doença desses grupos rurais. Entre estas, as relações que se estabelecem nesse meio; a inclusão do homem cultural/ rural na dimensão social de nosso espaço/tempo; a relação entre diretrizes da política agrária e as condições de saúde/doença das populações rurais; e a rede de relações que permeia a produção e a reprodução de saúde e doença na zona rural.

Além disso, há as alterações na condição de ser saudável, traduzidas na forma de câncer, hipertensão, alcoolismo, tabagismo, dores músculo-esqueléticas, doenças psicossomáticas (denominadas pelos colonos como doenças dos nervos) e o uso indiscriminado de medicamentos, que envolvem questões não compreendidas e/ou resolvidas e muito menos prevenidas, dentro do complexo espaço rural, em vista da inadequação da proposta de assistência à saúde nas políticas oficiais⁶.

A experiência profissional adquirida através da assistência a pessoas em diversas clínicas de especialidades, tanto na área clínica como na cirúrgica, com adultos ou crianças, aliada à minha ascendência teuto-brasileira aguçaram minha atenção no trato das questões do viver, adoecer e cuidar das famílias teuto-gaúchas. Muitos pacientes, oriundos de comunidades rurais, hospitalizados, apresentavam patologias, como o câncer, lesões renais, lesões do aparelho digestivo, alcoolismo, doenças psiquiátricas, anomalias congênitas. Entre eles, alguns apresentavam condições precárias de saúde; outros, condições sociais de pobreza e ainda outros, condições emergenciais, tanto sociais como de saúde, ‘escancarando’ a face de angústia e de impotência dos profissionais na compreensão do processo social de adoecer e das relações que se estabelecem entre doenças, diferentes grupos sociais e diferentes culturas.

Entre as situações vivenciadas lembro o caso do paciente⁷ que procurou um posto de saúde na zona rural por apresentar diarreia intensa, e fez tratamento para verminose. Como não melhorava, a família decidiu procurar assistência em um hospital rural, distante 60 km da cidade de Pelotas. Ficou internado, sem apresentar melhora e mais magro 5 kg. Preocupada com o agravamento do caso, a família solicitou transferência do paciente para um hospital na cidade. Foi diagnosticado, após cinco meses de angústias e incertezas, um carcinoma de estômago, intestino e reto.

⁵Schwartz. Eda. **Família teuto-gaúcha**: o cuidado entre possibilidades e limites. Florianópolis, 1998. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

⁶ Utilizamos esta denominação como forma de nos referirmos aos programas e ações realizadas pelo governo, entre esses o atual Sistema Único de Saúde (SUS) .

⁷ Utilizo a palavra paciente para referir-me à assistência recebida.

Nesta situação, percebe-se a inadequada assistência oferecida à família rural. Mesmo tratando-se de uma região em que as estatísticas indicam elevado número de casos de câncer do aparelho digestivo, o diagnóstico demorou a chegar, dificultando e até mesmo inviabilizando o tratamento adequado.

Fato como esse não é “privilégio” do indivíduo rural, pois atinge potencialmente toda a parcela da população, ou grupos sociais que dependem da eficiência do sistema institucionalizado oficial para garantir o direito de atenção à saúde. Enfatizo, porém, que é necessário compreender as relações que o ser humano rural e sua saúde têm com as políticas agrária e de assistência à saúde. Tais relações se revelam através do seu viver, adoecer e cuidar, pertencendo o homem rural aos e interagindo com seus diversos sistemas⁸, podendo essas relações determinar sucesso ou fracasso em seu desenvolvimento.

Na saúde pública, atuando em um posto da área urbana, mas com população de características rurais⁹, e com predominância de alemães e pomeranos¹⁰, percebi que muitos indivíduos eram hipertensos e não costumavam tomar medicações, não haviam sido orientados para dieta, medicação, exercícios físicos, e sobre lesões que poderiam surgir. Iniciei um trabalho de grupo com diabéticos e hipertensos, com reuniões mensais, realizadas na língua alemã. Frequentavam o grupo em torno de 30 indivíduos, com muita participação e muitos questionamentos sobre o uso de ervas medicinais. Utilizava as ações de enfermagem com intenção de preservar, acomodar ou repadronizar os cuidados segundo Leininger (1985;1991).

Percebi que, com o decorrer do tempo, os níveis tensionais da maioria dos participantes haviam se estabilizado. Isto porque tinham, no grupo, a oportunidade de falar e serem ouvidos, de receber os esclarecimentos e encaminhamentos a outras instituições, quando necessário, assim como de ter novos relacionamentos, o que julgava serem inter-relações importantes para o desenvolvimento dos integrantes do grupo, ou seja, a comunicação e o vínculo eram elementos potencializadores.

⁸ Num sistema as propriedades das partes não são propriedades intrínsecas, mas só podem ser entendidas dentro do contexto do todo mais amplo. O pensamento sistêmico explica as coisas considerando o seu contexto, ou seja, explica-as considerando o seu meio ambiente (CAPRA, 1996, P.41-46).

⁹ O local era distante da cidade, onde predominavam indivíduos que venderam ou deixaram suas colônias na tentativa de melhorar sua qualidade de vida na busca de um emprego que tivesse um salário garantido. Os homens geralmente dedicavam-se à construção civil (pedreiros) e as mulheres trabalhavam como domésticas ou em pequenas indústrias como safristas.

¹⁰ Pomerano ou pomerânio é originário da antiga Pomerânia. A língua é apenas um dialeto. A Pomerânia, palavra que significa, em polonês, “país ao longo do mar”, situava-se ao longo de toda a costa meridional do mar Báltico e entre os rios Oder e Vístula, hoje território da Alemanha e da Polônia. Era uma região de

Na pediatria, as crianças que vinham do ambiente rural tinham muito mais temores que as procedentes do ambiente urbano, justificáveis pela dificuldade que tinham com a língua, pois, na maioria das vezes, somente falavam alemão ou pomerano. Também eram muito mais desconfiadas, talvez por confiarem mais em instituições locais ou por serem orientadas mais pela comunidade e pela família, concordando com o que afirma Bigbee (1993) ao referir-se às características de populações rurais. No que correspondia às questões de higiene, tínhamos que falar do banho, escovação de dentes etc., atitudes que, na maioria das vezes, não eram realizadas, por hábitos da família. Quanto à alimentação era enfatizada a importância da ingestão de frutas, verduras e legumes, numa tentativa de introduzir alimentos além dos ricos em carboidratos e gorduras (batatas, arroz, feijão e lingüiça).

No setor de hemodiálise, quando os clientes eram de comunidades rurais, podíamos perceber que as orientações tinham que ser em alemão ou pomerano, visto que a maioria era de origem alemã/pomerana. E a adesão ao tratamento dava-se principalmente pela confiança em poder falar com “a enfermeira que sabia alemão”, que ressaltava as questões de higiene, (não era comum o cuidado com o corpo, ou seja, banho diário, escovação dental). O fato de falar a mesma língua levava-os a concluir que, por saber falar alemão/pomerano “*ela (enfermeira) sabe como são os nossos costumes*”. Talvez o fator confiança quebrasse barreiras e servisse como desencadeador de aproximação.

Em oncologia, os clientes provenientes do ambiente rural “aceitavam melhor” a condição de fazer quimioterapia, ou optavam por não realizá-la. Muitas vezes, devido à crença religiosa, predominantemente Evangélica Luterana, parecia-nos que, para eles, a morte poderia vir mais tranqüila.

Em todos os setores dos serviços de saúde sempre ouvia alguém da equipe dizer: “*São colonos, não entendem as coisas direito, são sujos e não gostam de tomar banho*”. A equipe também fazia deles seres diferentes, exteriorizando atitudes de discriminação em relação ao colono .

O indivíduo rural parecia ser diferente, dificilmente brigava, falava ou exigia algo, e eu não entendia por que razão. Não sabia se o motivo era o fato de pertencer a uma comunidade rural ou a etnicidade, ou ambos. Também não sabia a qual processo estavam relacionados ou interrelacionados seu modo de viver, adoecer e cuidar.

grandes latifúndios, onde pequenos agricultores, em condições miseráveis, produziam como agregados dos barões, proprietários da terra (Schneid, 1998, p.11).

O trabalho, para os colonos, parecia estar acima de tudo, pois, mesmo com lesões graves diziam: “*Se dá pra trabalhar está bom*”. As famílias rurais, para manterem sua sobrevivência, fazem uso do corpo como força e instrumento de trabalho; instrumento esse que deve estar sempre em condições para que possa produzir (SCHWARTZ, LANGE, MEINCKE, 2001, 2001a). Dessa forma, a doença, para esse grupo social, não está vinculada apenas ao seu corpo em si, mas também ao seu instrumento de trabalho, e por esta razão a saúde e a doença ocupam um lugar importante na organização social da vida do colono.

Os (des) cuidados com o corpo são observados quando nos deparamos com um número significativo de colonos que só procuram os serviços de saúde quando o corpo não está mais em condições de responder às formas de trabalho aceitáveis. Isto se agrava pela presença de doenças como câncer, doenças músculo–esqueléticas e doenças do sistema nervoso, conforme já referido por Schwartz; Lange; Meincke, (2001, 2001a).

O significado da saúde como condição para o trabalho e lazer, emergente nas análises sobre o paciente e família teuto-gaúcha em minha dissertação de mestrado, motiva-me e justifica o interesse atual em continuar buscando compreender o ser humano cultural/rural, para visualizar novos caminhos para a ação profissional neste espaço que se poderia chamar de *enfermagem rural*.

Na perspectiva de Cassel (1976), a doença é a manifestação subjetiva do paciente a todos os que o cercam de seu mal-estar e de suas relações com o ambiente. A definição de doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere à mesma, os cuidados com ela, e estes são frutos de uma cultura que o homem elaborou e de suas relações, assim como os recursos que utiliza para esses cuidados.

Entendo como relações de produção as interações que a família rural estabelece com os elementos externos e internos, considerando-se que a estrutura social e econômica implementada pelos colonos pode ser caracterizada por um modo de vida, ao qual corresponde uma forma de produzir e uma forma de sociabilidade. Deve-se levar em consideração que a forma de produzir preconiza uma organização do trabalho que é capaz de assegurar a subsistência da família a partir da maneira pela qual a família trabalha e organiza os meios de garantir sua produção e reprodução (TEDESCO, 1999).

Ainda no mesmo enfoque, Tedesco (1999) diz que a forma de sociabilidade pode se dar através do parentesco, da solidariedade vicinal, da religião, das associações e

das atividades lúdicas, ocorrendo, em maior ou menor grau, de acordo com a dimensão desses grupos, da diversificação e da complexidade das relações que a família rural estabelece entre si e o seu exterior. Desse modo, considerando-se a qualidade e a complexidade dessas relações, elas poderão fazer com que produzam e reproduzam saúde ou doença.

Para se conhecer esse ser humano ‘cultural rural’, é importante conhecer sua história, compreender suas questões no processo saúde e doença, conhecer a dinâmica e a estrutura do sistema e subsistemas com os quais essa família rural se relaciona, para, enfim, conhecer um novo ser humano/família rural e suas novas necessidades, num ciclo contínuo de construção desse ser humano e de seu espaço/tempo, contribuindo, dessa forma, para a melhoria das condições de vida dessa população. Para tal proponho uma pesquisa com abordagem Ecológica, em que as características das pessoas e do meio ambiente, a estrutura dos cenários ambientais (ambiente rural) e os processos ocorrendo, dentro desse ambiente e entre os indivíduos, devam ser considerados como interdependentes e analisados em forma de sistemas.

Assim, os aspectos de saúde podem ser identificados e reforçados, dando ênfase à discussão dos elementos do contexto nos seus ambientes micro, meso, exo e macrossistema, principalmente pelas relações existentes. A identificação dos elementos do mesossistema (presença da família, da escola, comunidade) permite que o quadro traçado, através das observações, se amplie, acrescentando dados importantes às discussões que envolvem projetos de intervenção remediadores e preventivos junto a essa população rural. O mesmo pode ser dito com relação ao conhecimento dos aspectos sócio-culturais do exossistema e do macrossistema. Portanto, conhecer o viver, adoecer e cuidar, para os profissionais que lidam com as questões rurais, é crucial a fim de planejar/avaliar programas políticos–sanitários-agrários.

A partir do exposto, valendo-me da totalidade das relações históricas que constituem uma comunidade, mais especificamente uma comunidade rural, defino como questão-guia: **“Como vivem, adoecem e se cuidam as famílias rurais do extremo sul do Brasil?”**

OBJETIVO GERAL

Compreender o viver, o adoecer e o cuidar das famílias rurais do extremo sul do Brasil a partir de uma Abordagem Ecológica.

O objetivo do estudo é compreender como as famílias rurais vivem, adoecem e se cuidam, através das relações estabelecidas entre esses seres humanos, com suas características específicas, e a terra que ocupam, para compor o quadro social em que se inserem, frente às políticas agrária e de saúde oficiais na atualidade. Para tanto, o **pressuposto** é considerar o ser humano, a família rural e a enfermagem como elementos pertencentes a tempos e espaços sócio-econômicos e políticos que guardam, na diversidade, relações entre si, que explicitam os seus significados específicos do sistema saúde e doença, ser humano/família rural e enfermagem rural.

PRESSUPOSTOS

Os pressupostos para esta tese são:

- # A família, como um sistema, realiza trocas com o meio em que vive. Algumas trocas ocasionam saúde e bem-estar; outras, doença ou mal estar.**
- # Entre os sistemas de que uma família rural participa estão os sistemas de saúde, agrário, social, espiritual e educacional.**
- # A família rural é considerada um sistema complexo decorrente da multidimensionalidade dos subsistemas que a constituem.**

Urge conhecer as relações que envolvem essa família rural, pois, dessa forma, as ações educativas de saúde ficam mais próximas do contexto sócio-histórico-cultural e econômico da comunidade envolvida no processo.

Entender a complexidade das relações existentes entre os indivíduos da família rural, visando compreender o seu viver, adoecer e cuidar, leva a pensar as ações no sentido de mantê-los em sua condição rural, ou pela ação de prevenção ao estar doente, ou pela ação para resolver suas necessidades numa organização de trabalho adequada às especificidades e complexidades. Leva, também, à procura de soluções e meios para melhorar o seu viver e construir um caminho que possibilite dar ao ser humano rural dignidade, cidadania, saúde, enfim, segurança e tranquilidade individual e coletiva às famílias.

Nesta direção, posso intuir, por experiência profissional, atuando na assistência aos diferentes grupos sociais e buscando o aperfeiçoamento técnico e o aprofundamento em conhecimentos científicos, que qualquer tentativa de melhorar a

assistência em enfermagem, para os agrupamentos rurais, só logrará êxito no bojo de estudos e análises capazes de produzir um conhecimento analítico e explicativo que inclua as políticas agrária e de saúde, numa teia de relações que tenha como núcleo a família rural, inserida em sua realidade específica, com suas relações e interconexões, conflitos, contradições e transformações.

O presente trabalho é constituído por nove capítulos. O primeiro introduz a temática do estudo, apresenta as questões de pesquisa e os objetivos do trabalho. No segundo capítulo é apresentada uma revisão de literatura acerca da problemática da ruralidade¹¹ numa abordagem feita através do tempo, com conceitos fundamentais. Ainda nesse capítulo, abordo a saúde dos integrantes das famílias numa perspectiva rural, com suas políticas e a enfermagem com sua singularidade no atendimento a comunidades rurais. Encerra-se o capítulo analisando-se a família, através de uma abordagem ecológica e histórica. O terceiro capítulo trata da Abordagem Ecológica de Bronfenbrenner, como quadro teórico. Todas as abordagens buscam dar sustentação à pesquisa, à coleta, à análise e à discussão dos dados.

O quarto capítulo é constituído pela metodologia que guiou o estudo, fundamentada em alguns autores, especificando-se a forma como foi trabalhada. No quinto capítulo apresento os dados obtidos na pesquisa, o ambiente rural, o contexto onde se desenvolvem as relações. O sexto capítulo aborda as famílias rurais e cenas de seu cotidiano; o sétimo apresenta o adoecer nas famílias e o oitavo, o cuidar e o (des)cuidado das famílias rurais. No nono capítulo faço uma reflexão sobre o viver no ambiente rural, tecendo algumas considerações sobre o referencial adotado no estudo e suas implicações. Finalizo o capítulo apontando caminhos para a enfermagem e a saúde das famílias.

¹¹ Entende-se por ruralidade a consciência de uma população afastada geograficamente, com característica especial, com uma dada cultura, com crenças, valores. Espaços que servem de local de trabalho e sociabilidade, fazendo coincidir local de vida e de trabalho, é onde integra ideologia, preconceito, compromisso político, moral e religioso (SALAMONI, 2000; TEDESCO, 1999; BIGBEE, 1993)

2 REVISITANDO A BIBLIOGRAFIA

Este capítulo problematiza e discute conceitos fundamentais que permitem uma visão geral das relações entre os espaços (territórios) rurais e urbanos, a abordagem da saúde dos integrantes da família, a política e os serviços de saúde no território rural e suas relações, cuja compreensão é imprescindível para este estudo.

Mais especificamente, abordamos as características do município, com seus distritos, um deles essencialmente rural, alvo desta pesquisa. Nesse cenário, é abordada, ainda, a família rural, numa visão ecológica e histórica. Assim, a ruralidade é abordada de uma forma generalizada, finalizando com as questões rurais mais próximas à família no seu contexto.

2.1. O ESPAÇO RURAL : O TERRITÓRIO¹² E SEUS OCUPANTES

Ao estudar como vivem, adoecem e se cuidam as famílias rurais, parece prioritário entender o contexto no qual ocorrem as relações dos indivíduos/famílias, aqui

¹² Há alguns geógrafos que vêm tratando essa dimensão sob a denominação **território**, termo utilizado para indicar que o espaço é produzido por relações sociais datadas, constituindo-se em função dos objetivos de determinada formação social e respectivas ações; mudando as relações apesar de algumas rugosidades, mudam os elementos do território, paisagem transitória, não definitivas (Aldomar Rückert, 1991).

entendidas como a ruralidade, que tem uma relação com uma temporalidade, um contexto, um processo e um indivíduo em desenvolvimento.

As características atuais e os acontecimentos do mundo rural brasileiro são atribuídos, por grande número de estudiosos, à expansão do capitalismo no campo. Nesta perspectiva, por tomar conta, progressivamente, de todos os setores, tanto no campo como na cidade, na agricultura, na indústria e em outros setores da organização social, o único sujeito histórico é o capital. A realidade, no entanto, é mais complexa e diversa. A política neoliberal, sustentada naquela tese unilateral, traduzida pela desregulamentação, pela abertura ao capital externo, pelas políticas de estabilização e pelos ajustes estruturais, vem acarretando, entre outras consequências negativas, uma dependência de recursos alimentícios externos, ou mesmo o agravamento do processo destrutivo dos recursos naturais, aumentando o problema da pobreza e da exclusão social da família rural. Assim, a ação deste sistema recai, por vias indiretas, na qualidade do sistema familiar. As políticas públicas, assim, interferem no ambiente das famílias rurais.

O governo federal nunca teve como prioridade o meio rural, pois deixa de lado a agricultura familiar, a saúde e a educação, uma vez que considera como modernidade somente a agricultura capitalista. As desigualdades sociais na agricultura, já consideráveis no passado, de fato vêm agravando-se cada vez mais, empobrecendo o homem do campo, por não oferecer uma política agrária capaz de beneficiar e atender às necessidades mínimas de sobrevivência neste setor (BONETI,1998). Nesse enfoque, o mesmo autor refere que isso ocorre porque o Estado promove o desenvolvimento tecnológico, mas não democratiza a possibilidade de considerar as desigualdades de acesso a esse desenvolvimento. Promove um processo de diferenciação social, pois não dispõe de um atendimento igualitário em serviços sociais básicos, sobretudo na educação e na saúde, o que pode levar à exclusão. Dessa forma, as famílias rurais estão cada vez mais espoliadas e excluídas das políticas públicas, inclusive a de saúde.

É nesse sentido que este texto pretende pontuar questões referentes ao processo de trabalho no mundo rural, abordando a propriedade e o uso da terra no Brasil, enfatizando o Estado do Rio Grande do Sul e, mais especificamente, a região sul deste, quanto às várias maneiras de enfrentamento dos sistemas produtivos rurais.

Tentamos compreender as relações existentes nas famílias rurais que propiciaram essa política excludente, acarretando mudanças nas inter-relações familiares e no seu espaço. À medida que a família, na dinâmica social dada pelas organizações e

instituições, procura um espaço, um reconhecimento social, uma identidade, perde, progressivamente, face às políticas seletivas, a identidade e o espaço social, e é, também, deste excluída. Portanto, referimo-nos aos cenários sociais próximos, que afetam as experiências/desenvolvimento dos indivíduos, ou seja, o exossistema.

As regiões norte e nordeste do estado incorporam recentes transformações no mundo rural, associando dinâmicas industriais e determinantes novos ao processo de trabalho agrícola e à vida social no campo, acreditando existir, dessa forma, um desenvolvimento rural (SCHNEIDER,1999). Tais transformações pouco se evidenciam e/ou não se percebem da mesma forma na região sul do Rio Grande do Sul.

Pretendemos, aqui, ressaltar alguns aspectos históricos que talvez predisponham o desenvolvimento dessas diferenças no processo produtivo de trabalho no campo, no norte e no sul do Estado do Rio Grande do Sul. Tentamos focalizar a família rural com a posse de uma pequena propriedade de terra em um sistema cujas políticas públicas, agrárias e de saúde não contribuem para a sua continuidade na terra, seu espaço de sobrevivência, com uma digna qualidade de vida¹³.

O processo de colonização e formação do sistema produtivo colonial, na década de 40, era baseado na expansão da fronteira agrícola. A ocupação da estrutura fundiária do Estado é decorrente da forma de organização da produção e do sistema de cultivo adotado pelos colonos/e/ou camponeses.

Esse modo de vida e essa forma de reprodução do colonato entra em crise a partir de 1950, tanto em colônias¹⁴ novas quanto em antigas, crise esta agravada pelo esgotamento da fronteira agrícola regional. Assim, com essa crise, apresentam-se novas relações sociais de trabalho e de produção (SCHNEIDER,1999), que podem ser melhor entendidas através de uma reflexão sobre os núcleos do tempo e as relações do trabalho rural, bem como sobre o espaço rural que apresentamos a seguir.

¹³ Entendendo-se por qualidade de vida, como dizem Minayo, Hartz; Buss (2000), é uma noção eminentemente humana que, de um lado, está relacionada a modo, condição ou estilo de vida, incluindo idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana e, de outro, relacionada ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

¹⁴ O termo colônia designa tanto uma região colonizada ou área colonial demarcada pelo governo em terras devolutas, como também é sinônimo de rural. Ou seja, a área rural de um município é chamada, hoje, de colônia, e seus habitantes são colonos- uma categoria que sobreviveu ao longo do tempo e que designa o camponês. O termo "colônia" também é usado para designar a propriedade agrícola do colono (SEIFERTH, 1990, p. 25). Lotes de tamanho mais ou menos de 480.000m² ou 48 hectares. Por colônia, no Rio Grande do Sul, se designa uma propriedade de terra padrão, ou seja, aquela destinada pelo governo aos imigrantes. A

O tempo e o trabalho rural

A questão do trabalho no campo/ terra no Brasil pode-se dizer que nasceu de um processo de extinção da escravidão negra no século XIX, pois, até a Independência, o regime de propriedade era o da livre ocupação das terras devolutas¹⁵, seguido ou precedido do seu reconhecimento formal através de título de sesmaria. Era o Estado, portanto, que mantinha o domínio sobre a propriedade da terra, cedendo apenas o seu uso. Essa livre ocupação da terra estava limitada, e os títulos eram obtidos por pessoas brancas e livres, que, no século XVII, eram chamadas de “homens bons”, isto é, os que tinham direitos políticos e podiam fazer parte das câmaras municipais (SILVA, 1999a).

Quem não tivesse essa condição, mesmo não sendo escravo, não tinha outra alternativa senão a de trabalhar para os que tinham acesso legal à terra. Essa exclusão não era só para os escravos e sim para mestiços (cruzamento de índios e de negros com brancos). Por conseguinte, a única alternativa desses excluídos era viver como agregados dos grandes proprietários (MARTINS, 1997).

Pontuando a realidade dos fatos, no século XIX, pouco depois da Independência, com o regime de escravidão aproximando-se da extinção, entram em cena duas leis, em 1850: a que promoveu o fim do tráfico negreiro para o Brasil e a lei de Terras. Pela nova lei de Terras, base do nosso atual direito de propriedade, as terras devolutas não poderiam ser ocupadas através de outro meio que não fosse o da compra. Isto significa que o acesso à propriedade da terra, que antes era atrelada às relações dos favorecidos com a coroa, passa a depender do poder de compra dos futuros proprietários (SILVA, 1999a).

Assim, os escravos que, possivelmente, viriam a ser libertados da escravidão e os imigrantes que começaram a ser trazidos para o país para substituí-los teriam de trabalhar, ao menos durante algum tempo, nas terras dos grandes proprietários, antes de conseguir juntar dinheiro. Essa ainda era uma restrição ao direito de propriedade, ou seja,

origem da palavra colônia está no processo de colonização que se propõe introduzir habitantes alienígenas num lugar onde eram inexistentes e inseri-los em atividades agrícolas (SCHNEIDER, 1999, p.24).

¹⁵ Definições de terras devolutas conforme o artigo 3º :1) as que se acharem no domínio particular por qualquer título legítimo, não forem havidas por sesmarias ou outras concessões do governo geral ou provincial, não incursas em comisso, por falta de cumprimento das condições de mediação, confirmação e cultura; 2) as que não se acharem dadas por sesmarias ou por outras concessões do governo que, apesar de incursas em comisso, forem revalidadas pela lei; 3) as que não se acharem ocupadas por posses, que, apesar de não se fundarem em título geral, forem legitimadas pela lei; 4) as que não se encontrarem aplicadas em algum uso público nacional, provincial ou municipal (LIMA, 1954, p.66).

para sobreviver deveriam oferecer-se como mão de obra ao grande proprietário (MARTINS, 1997; SILVA,1999).

As questões históricas (mudanças de governo, políticas implantadas, etc.) possuem uma dimensão temporal, na qual pode-se identificar e avaliar a frequência e a estabilidade de ações/atividades realizadas pelos indivíduos em desenvolvimento, neste caso, os integrantes das famílias rurais.

As tensões sociais originadas desse regime aristocrático emergem, fortemente, a partir dos anos de 1950: camponeses de diversas regiões do país começaram a manifestar uma vontade política própria, rebelando-se de vários modos contra seus opressores, levando proprietários de terra aos tribunais para exigir o reparo de uma injustiça ou pagamento de uma indenização. Os camponeses organizaram-se em ligas e sindicatos, exigindo do Estado uma política de reforma agrária e resistindo de vários modos a expulsões e despejos, ou ainda, erguendo barreiras e fechando estradas para obter melhores preços para seus produtos (SILVA,1999a ; NEVES, et. al.1998).

Entre as inúmeras questões das lutas camponesas dessa época, uma delas foi a disputa entre as Ligas camponesas e o PCB e a Igreja pela hegemonia da organização dos camponeses e trabalhadores rurais. De uma aliança entre católicos e comunistas, excluídas as ligas, surgiu a CONTAG- Conferência Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (MARTINS,1990).

Antes de 1964, a reforma agrária, tanto no nordeste quanto no sudeste, tinha sua base social nos arrendatários, nos parceiros e foreiros¹⁶, que, ameaçados de expulsão da terra, eram reduzidos a uma relação precária e extorsiva de arrendamento.

Depois de 1964, cresceu rapidamente a entrada de grandes empresas no campo, sejam envolvidas na produção agrícola e pecuária, sejam envolvidas na comercialização e industrialização dos produtos agrícolas, sejam, ainda, envolvidas com a venda de insumos aos produtores agrícolas.

A reforma agrária, como solução para a questão fundiária, tem, hoje, uma base social muito mais diferenciada do que a dos anos 50, pois inclui, além de arrendatários e parceiros, os posseiros e até os pequenos proprietários e seus filhos, impossibilitados do acesso à terra. Assim sendo, os conflitos pela terra fizeram com que o posseiro se tornasse o principal, mas não o único personagem das lutas camponesas (MARTINS, 1990). Essa diversidade aumenta o poder de pressão pela reforma agrária, e a

¹⁶ Aqueles que fazem uso da terra, recebendo os lucros relativos a ela, pagando foro ao senhorio direto.

faz tornar-se uma questão cada vez mais complicada, pois envolve múltiplos interesses e concepções.

O estatuto da terra foi aprovado pelo Congresso Nacional em 1964, permitindo as desapropriações de terras por interesse social, sem a prévia e devida indenização em dinheiro, bastando que fosse em títulos especiais da dívida pública. O estatuto classifica as propriedades em minifúndio, empresa, latifúndio por dimensão e latifúndio por exploração (SILVA,1999a).

O estatuto fez da reforma agrária uma reforma de emergência, destinada a desmobilizar o campesinato, sempre que e onde o problema da terra se tornar tenso, oferecendo riscos políticos. Tentou impedir que a questão agrária se transformasse em questão nacional, política e de classe. Nesse enfoque, ao adquirir a propriedade, o colono paga uma importância pela terra; quando a compra, paga um tributo à classe dos proprietários de terra, o posseiro não. Dessa forma, pelo interesse de acumulação de capital pelos grandes proprietários de terras, e não concentração da propriedade, os mesmos são favoráveis ao pequeno estabelecimento agrícola do colono, mas não do posseiro (MARTINS, 1990; SILVA,1999a).

Para as pessoas que vivem na cidade, a questão da propriedade da terra pode parecer absurda. Assim, para entendê-la, temos que compreender que a terra, conforme o entendimento de Martins (1990 p.138), “é um instrumento de trabalho, pois sem o trabalho ela não oferecerá os seus frutos, não alimentará a sociedade”. Por esse motivo, há uma preocupação com a propriedade da terra e também, necessariamente, uma preocupação com o principal instrumento de trabalho, a terra, e, conseqüentemente, uma preocupação com quem trabalha, com quem colhe os frutos do trabalho obtido através dela.

Considerando o censo demográfico de 1970, observamos como se dá a distribuição das pessoas no campo, conforme a sua ocupação: no campo, a categoria mais importante é a das pessoas que são autônomas (69,7%), que trabalham para si mesmas, não têm patrão e também não têm empregados (MARTINS ,1990).

Ressaltamos que outra categoria importante é a das pessoas que não recebem pagamento pelo seu trabalho (88,6%). São os parentes (a esposa, os filhos, etc.) daquelas outras que trabalham para si mesmas. Esses trabalhadores autônomos não trabalham individualizados e sim juntos, trabalham em família (MARTINS, 1990). Conforme os censos agropecuários dos últimos anos, vem crescendo no país a importância do trabalho familiar no campo. Chama a atenção o crescimento, nos últimos anos, do

número de empregados permanentes e dos empregados temporários no campo (empregos capitalistas), mas, assim mesmo prevalece, ainda, o trabalho familiar (MARTINS,1990).

Entre 1970 e 1980, em São Paulo, só o aumento desses empregos temporários foi responsável por mais da metade de todos os empregos criados na agricultura ao longo da década. Isso causou um crescimento da instabilidade do emprego no campo e, dado o crescimento da sazonalidade do trabalho agrícola, do subemprego (SILVA 1999).

Não podemos ignorar que uma parte significativa dos trabalhos temporários na agricultura brasileira não é constituída por proletários rurais ditos ‘puros’, mas por ‘semiproletários’, os quais, no entendimento de Silva (1999, p.110), “são os pequenos produtores que, devido à insuficiência dos meios de produção, são obrigados a vender sazonalmente sua força de trabalho a outros estabelecimentos agropecuários”.

Esse crescimento de empregados permanentes e temporários na área rural expressa os problemas e tensões que há no campo. Dessa forma, há, então, uma tendência à expropriação ou à expulsão dos colonos, convertidos em trabalhadores assalariados, que são os empregados permanentes ou temporários. O trabalhador só pode se converter em empregado, em assalariado, quando é expropriado, quando deixa de ter a propriedade dos instrumentos de trabalho, a terra. Não ser proprietário da terra, das ferramentas, das sementes, dos adubos, é condição básica para que o agricultor se converta em empregado. Esse fenômeno vem ocorrendo com a transformação dos filhos de colonos em assalariados rurais.

O capital e o capitalismo não podem crescer sem que existam trabalhadores dispostos a trabalhar para um patrão. Para que isso ocorra, é necessário que os trabalhadores tenham como única propriedade a sua força de trabalho, para que possam vendê-la à empresa. Se o trabalhador for proprietário dos instrumentos de trabalho, não precisará assalariar-se, trabalhar para outra pessoa.

No campo os trabalhadores autônomos, que, com suas famílias, trabalham livremente para si mesmos, permanecendo autônomos, representam um questionamento a uma lei econômica do capital, que é a da expropriação como requisito da reprodução capitalista do capital. Dessa forma, o trabalho familiar torna-se uma resistência anticapitalista, como resistência à expropriação.

O capitalismo não expropria o agricultor camponês diretamente, e sim, o expropria indiretamente, mediante a concentração de muita terra nas mãos de um grupo

monopolista, o que pode ser observado no cadastro do INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária). Com isso há o bloqueio fundiário, dificultando o acesso dos colonos à terra e sujeitando-os ao trabalho para terceiros (empreitada, assalariados).

Para o pequeno agricultor do sul e sudeste, esse processo é mais suave, a expulsão não é direta (MARTINS,1990). Ela se dá pela não criação de condições para que o filho do agricultor se torne agricultor autônomo como o pai. Portanto, a sua tendência é tornar-se um assalariado na cidade. Para o agricultor, o colono, é cada vez mais difícil ganhar o suficiente para que o filho o siga. Existe uma dependência cada vez maior em relação aos industriais, aos intermediários, aos bancos e fornecedores.

Muitos agricultores estão trabalhando para o banco, transformando-se em proprietários nominais da terra. Portanto, a terra para trabalhar e produzir torna-se terra para especular e explorar o trabalho alheio. Vista sob esse aspecto, a terra permite utilização mista, para o trabalho do próprio produtor e sua família e para exploração, em graus variáveis, do trabalho alheio (MARTINS,1990). No primeiro caso, entretanto, o camponês é também expropriado na esfera da circulação dos produtos, tanto mais quanto menor for a sua resistência ao comércio, à indústria e aos bancos.

Para Martins (1990, p.159), a terra “não é produto, nem do trabalho assalariado nem de nenhuma outra forma de trabalho. É um bem natural, finito, que não pode ser reproduzido, não pode ser criado pelo trabalho”.

Por essa ótica, complementa o autor que a terra é um instrumento de trabalho qualitativamente diferente dos outros meios de produção. Quando alguém trabalha na terra, não é para produzir a terra e sim para produzir o fruto da terra. Este pode ser produto do trabalho, mas a própria terra não o é.

O indivíduo e a família

Considerando-se a realidade dos fatos, percebemos que a penetração do modo capitalista de produção avança nas famílias rurais, em algumas regiões do Brasil mais intensamente do que em outras. Por esse caminho, a família está cerceada pelos interesses do capitalismo, pois sua sobrevivência depende da colocação de parte de sua produção no mercado, mas, por sua vez, tem a propriedade da terra e os meios de produção, não dependendo de trabalho assalariado.

Nos anos 90, as mulheres camponesas conseguiram constituir um movimento social forte, reivindicando direitos sociais iguais aos dos maridos e, mais recentemente, abrindo e aprofundando discussões sobre a igualdade das relações de trabalhos internos à propriedade.

O cuidado com os filhos, desde o nascimento, é realizado sem a ajuda do homem. Os filhos vão à escola, mas também trabalham na roça desde jovens. As crianças costumam dar comidas aos animais e normalmente imitam nos brinquedos o trabalho dos pais, enquanto que os idosos muito contribuem, principalmente nas tarefas domésticas. Para tanto, a família rural levanta muito cedo, cada um deles iniciando sua tarefa de competência (SALAMONI; ACEVEDO; ESTRELA et al.,1995).

Assim, as questões de etnia, gênero, temperamento fazem parte das características individuais biopsicologicamente determinadas que, atuando nas relações interpessoais, podem ser propulsoras ou não de desenvolvimento humano.

Vale salientar que, historicamente, os trabalhadores rurais iniciam na família suas organizações, ou seja, há uma configuração de relações características de um sistema em particular, e que, através dos tempos, essa célula da sociedade tem sido o berço do cuidar humano. Dessa forma, as organizações comunitárias, as associações religiosas e mesmo os sindicatos de trabalhadores rurais são exemplos de unidades de um universo complexo, que tem a família como núcleo e que tem dado sustentação às características e ambições do sistema rural, mesmo nos dias atuais.

A organização comunitária remete a alguns aspectos da vida nas colônias, que dizem respeito à peculiaridade das associações assistenciais e recreativas, cujo objetivo são as ações na busca do bem-estar e saúde dos colonos. Essas associações têm tido papel relevante na vida associativa nos núcleos coloniais desde os imigrantes. Pode-se dizer que a solidariedade vai aparecendo como o ponto alto do cuidado dessas famílias.

Num sistema, definido como um espaço de interação e convivência no qual os integrantes das famílias não se encontram presentes, mas que são influenciados na dinâmica das suas interações, como por exemplo, o caso das políticas públicas, percebemos que a participação, o conhecimento e a comunicação multiambiente afetam as famílias rurais.

As relações do trabalho rural

Para acompanhar o processo de trabalho na terra, tento focar o ciclo histórico, desde a imigração dos europeus para o Rio Grande do Sul até a atualidade. Nessa trajetória, procuro evidenciar a terra que, para muitos, é, ou instrumento de exploração, ou objeto de especulação imobiliária, mas que, para o ser humano rural, é um ser vivo, um ser que se alimenta, respira e exige cuidados, devolvendo com generosidade o fruto desse amor.

Ao discutir a diferença entre a região sul, o norte e o nordeste do Rio Grande do Sul, parece que há aí um ponto fundamental: o modelo produtivo hegemônico da região sul: o latifúndio, um aspecto importante que contribui para que o colono local se encontre em uma situação de maior fragilidade em relação ao que está no norte e nordeste (onde a maioria é colono, porque é agricultor). Ou seja, a região sul, atualmente, quanto à atividade agrícola e organização fundiária, não se caracteriza pelo colonial, e sim pelo grande proprietário e criação extensiva (gado, eqüinos e ovinos). Mas a totalidade da região não é redutível a isso.

Há um setor produtivo vigoroso, construído pelos colonos e demais grupos camponeses (posseiros, pequenos arrendatários, parceiros e os “camponeses pequenos pecuaristas” que tomam conta de sua propriedade com os membros da família). Eles ocupam 1/5 das áreas, mas são 3/4 da população economicamente ativa da região, constituindo uma gama de relações, na maioria das vezes, só indiretamente subordinada ao capital e aos estancieiros¹⁷ e granjeiros¹⁸.

O ano de 1850 marcou o início de uma nova fase de colonização no Brasil. O governo imperial tomou uma série de iniciativas e medidas, tendo como objetivo incrementar e sistematizar a imigração de pessoas que viessem dedicar-se à agricultura (COARACY,1957).

Devido às dificuldades que enfrentavam, reflexos das guerras e da adaptação às profundas modificações sociais e econômicas provocadas pela Revolução Industrial, os europeus aceitaram a possibilidade de imigração para terras onde poderiam viver sem guerra nem fome. Soma-se a isso a imagem do Brasil, passada aos europeus, que

¹⁷ Donos de estâncias, sinônimo de fazenda, destinada à cultura de terra e à criação de gado vacum e cavalari (FERREIRA,1993).

¹⁸No sul o granjeiro pode ser o dono das plantações de arroz e soja. Os plantadores também são granjeiros.

mostrava uma terra de fartura, capaz de proporcionar um futuro tranquilo e próspero. Dessa forma, foram estabelecidos núcleos de colonização, alguns pelo governo imperial ou provincial e outros por iniciativa privada.

As imigrações realizadas pelas empresas particulares em várias regiões do país não obtiveram o sucesso esperado. Porém, a colônia de São Lourenço, organizada e promovida por Jacob Rheingantz em 1858, na serra dos Tapes, município de Pelotas, no Rio Grande do Sul, após uma série de insucessos, conseguiu desenvolver-se e prosperar. Nessa colônia, o organizador firmou contrato com o governo imperial e formou uma sociedade com José Antônio de Oliveira Guimarães, com contrato social de várias cláusulas (SALAMONI, ACEVEDO, ESTRELA, et al.,1995). As cláusulas citadas por Rodrigues (1909) eram:

Primeira- A sociedade entre José Antônio de Oliveira Guimarães e Jacob Rheingantz tem por fim estabelecer uma colônia agrícola em terras de que trata a cláusula segunda, na serra dos Tapes, nesta província: e durará pelo espaço de 5 anos, a contar do dia que se verificar a compra das terras e continuará por mais tempo , se assim convier aos sócios.

Segunda- O sócio José Antônio de Oliveira Guimarães comprará para a sociedade as datas ou sesmarias e posse de terras que julgar convenientes e precisas para a colônia, entre os Arroio Grande e São Lourenço.

Terceira- O sócio Rheingantz tomará sobre si encaminhar os colonos, por meios legais, para os estabelecimentos colônias da sociedade e fornecê-los, logo que cheguem ao porto desta província, de comestíveis e ferramentas pelo espaço de seis meses.

Quarta- O sócio Guimarães deverá preparar, com antecedência, agasalhos em grande escala para receber os colonos, no lugar ou lugares mais próximos do desembarque, das datas destinadas aos colonos, e igualmente fornecerá aos colonos o transporte do porto de São Lourenço para as datas, assim como animaes vaccuns, cavallares, ovelhuns e aves de criação.

Oitava- O sócio Guimarães fica com poderes para tirar dinheiro a prêmio para as primeiras medições das datas compradas e subdivisões das colônias nas mesmas[...] (RODRIGUES,1909, p. 165-166)

No Rio Grande do Sul, entraram 3185 famílias, a maioria delas chegaram sem nenhum dinheiro e tinham que aceitar porções menores de terra. Assim, os lotes mínimos ficavam com os mais pobres e viúvas que vieram com filhos. As famílias com dinheiro adquiriam até duas colônias.

Como os lotes eram pequenos, em torno de 48 hectares, e as famílias tendiam a ser cada vez mais numerosas, crescia a subdivisão das primitivas áreas de plantação. Esse fato era agravado pelo empobrecimento das terras, devido a técnicas

inadequadas de plantio. A atividade de todas as colônias e de todos os seus habitantes, no início da imigração, era a cultura de subsistência (COARACY, 1957).

Ao comprar as terras, os colonos contraíam dívida com o organizador, Jacob Rheingantz, que recebia os produtos como forma de pagamento. Esse ainda possuía uma fábrica de tecidos em Rio Grande para fornecer aos colonos, que mandavam fazer roupas nos alfaiates da própria comunidade. Portanto, atendia a dois interesses com a produção: a subsistência e a troca e a indústria (SALAMONI, ACEVEDO, ESTRELA, et al., 1995).

Nessa primeira fase de colonização, tudo funcionava de modo cooperativo, e a sobrevivência era o principal interesse. Cada família era uma pequena empresa com uma farta mão-de-obra, na qual até as crianças trabalhavam a terra, com enxadas adequadas ao seu tamanho. Analisando a questão da sobrevivência e do trabalho infantil, é importante notar que os mesmos modelos encontram-se ainda presentes na região sul do Rio Grande do Sul.

Grande parte do que os colonos consumiam e compravam era da própria comunidade, uma vez que tinham condições de produzir em casa, então, a maior parte do valor gerado circulava na própria colônia. Aos poucos o crescimento da colônia desdobra-se em atividades não agropecuárias, que oportunizavam a formação e o crescimento dos pequenos povoados da região e, inclusive, o fortalecimento de Pelotas e Rio Grande, cidades que se distanciavam das demais, concentrando vultosas operações de comércio, indústria e serviços. O desenvolvimento mercantil acontece, integrado aos colonos através do poder de compra ou do fornecimento extorsivo de produtos suficientes para manter a dinâmica econômica regional.

A Revolução Verde, nos anos 1960 e 70, com o incremento das culturas comerciais, (feijão, soja, milho, trigo, arroz, batata, cebola e fumo) as exigências tecnológicas (adubos e fertilizantes) e de mecanização, provocou uma instabilidade econômica na zona rural. Pressionava os colonos a operarem as trocas monetariamente, o que tirava a capacidade de resistência nas relações sob o domínio dos bancos, indústria e comércio, subordinando-os às novas e mais amplas relações de mercado.

Em adição, com a criação de supermercados pelas cooperativas leiteiras, os colonos passaram a entregar o leite em troca de bens de consumo, deixando de comprar produtos confeccionados na própria comunidade, e com isso provocando um enfraquecimento da economia pela evasão do capital.

A força do capitalismo entre os colonos, expropriando-os violentamente nas relações com a indústria, o comércio e os bancos provocou o êxodo rural ou o bloqueio fundiário.

Nessa vertente, os colonos deixaram de comprar nas antigas “*vendas*”¹⁹ coloniais, aguçando o interesse por produtos industrializados em detrimento de bens confeccionados pela própria comunidade, gerando, assim, o desaquecimento da economia da colônia. Com isso, as vendas transformaram-se em balcões de vender bebidas, provocando o aumento do índice de alcoolismo²⁰, um dos fatores determinantes do processo doença dessas comunidades, que é também determinado por vários outros fatores (crise econômica, características individuais, familiares, culturais).

Esse fato determinou alterações nos padrões de morbi-mortalidade da população da colônia e, portanto, a propagação de algumas doenças transmissíveis por todo país, como por exemplo a esquistossomose e a doença de chagas. Doenças estas que encontram terreno fértil em função das condições de precariedade de saneamento básico em todo o país e da maior vulnerabilidade propiciada pela desnutrição (ALESSI; NAVARRO,1997).

Diante do quadro, atualmente, a população rural, especificamente os pequenos proprietários e os trabalhadores rurais, encontra-se em condições de vida que influenciam e direcionam sua maneira de conviver com o processo saúde/doença, auto-organizando-se para uma sobrevivência.

Para esses colonos, o maior bem constituía-se na terra, que, além de ser seu maior patrimônio, era fonte de seu sustento. Porém, com o passar do tempo, com as famílias numerosas, aconteceu a subdivisão dos lotes iniciais, sem possibilidades de aumentá-los através da compra de novas colônias. Após as transformações sócio-econômicas ocorridas no Brasil, face às diferentes políticas agrícolas implantadas no decorrer dos últimos governos, vem se evidenciando um acentuado empobrecimento dos descendentes dos colonos, direcionando-os ao êxodo rural. Portanto, sem terra, sem capital.

A emigração do colono no Rio Grande do Sul originou-se da impossibilidade/dificuldade de reprodução da economia familiar com base na pequena propriedade. As terras estavam cansadas e insuficientes para absorver os filhos dos casais

¹⁹ Expressão local que designava armazéns, bares. Era uma casa de comércio que continha ferragens, tecidos, combustíveis, louças, gêneros alimentícios, etc

²⁰ Este dado é confirmado pelo estudo “Conhecendo o perfil sócio-econômico-político do município de São Lourenço do Sul-RS- Brasil” (MEINCKE, LANGE; SCHWARTZ, 1999) e S M S B E S, São Lou. do Sul.

que casavam e constituíam suas próprias famílias. Nessa área de imigração européia do século XIX, desenvolveu-se entre os colonos de origem italiana o costume de deserदार todos os filhos, menos o mais jovem que, casando, ficava morando com os pais, como arrimo da família. Ele era o herdeiro da terra. Os outros filhos homens recebiam um dote e, mais tarde, com o empobrecimento das famílias, passaram apenas a receber uma educação profissional. As filhas deviam contentar-se com o enxoval, que era o seu dote. O único recurso era, para quem tinha dinheiro, deslocar-se para outras regiões em busca de terra (SALAMONI, ACEVEDO, ESTRELA, et al.,1995).

Nas famílias alemãs e pomeranas a herança por partilha estimulava a reprodução das famílias-tronco e mantinha estável a estrutura sócioeconômica, do modo de vida dos colonos, dividindo-se a propriedade em partes iguais para cada filho herdeiro. Mas há estudos que demonstram que a escolha do filho que permanecia com os pais podia obedecer às regras da escolha subjetiva do patriarca, tais como a vocação para o trabalho agrícola, a intimidade no relacionamento familiar, entre outros (TAVARES DOS SANTOS, 1978; WOORTMANN,1995; SCHNEIDER,1999).

Estes padrões de herança da terra adotados pelos colonos causava, segundo Waibel (1949), a redução do tamanho das propriedades, o que inviabilizava a manutenção do padrão econômico e cultural decente para as famílias.

Ultimamente, esses antigos colonos começaram a vender suas terras no Rio Grande do Sul e a comprar outras no Mato Grosso. Como o preço da terra no sul é muito alto, podem, com o mesmo dinheiro, comprar extensões maiores de terra na região centro-oeste. Esperam, por esse meio, garantir terra para trabalho dos filhos.

Sob esse enfoque, a população do Rio Grande do Sul, através de um processo migratório ocorrido a partir da década de 60, demonstrou que houve uma perda significativa e continuada da população das sub-regiões localizadas ao norte e ao sul do Estado. Na região sul, as maiores perdas populacionais ocorreram em áreas onde predomina a pecuária tradicional de corte e os solos pouco férteis (SCHNEIDER,1999).

Conforme Alonso, Benetti e Bandeira (1994), a região sul é também caracterizada pela concentração fundiária de terras, pelos centros urbanos esparsos, pela reduzida densidade da população rural, e principalmente pela atividade ligada à pecuária e à lavoura arrozeira irrigada. Ao mapear essa realidade, podemos inferir que essa população ainda presta serviço aos grandes proprietários e que há um excedente de mão-de-obra que é compelido a deixar o meio rural.

Assim, o pequeno agricultor da região sul do Estado do Rio Grande do Sul enfrenta as dificuldades proporcionadas por uma política agrícola que ocasiona o empobrecimento e o decorrente êxodo rural. Tal realidade eleva o crescimento da população carente, com mão-de-obra desqualificada, desemprego e habitações inadequadas. Apesar de haver algumas empresas nos municípios, essas não são suficientes para absorver a grande demanda de desempregados existentes (SMSMES,1999).

Nesse enfoque, a região sul não dispõe da pluriatividade, que é tratada por Fuller (1990) como:

[...] a pluriatividade permite reconceituar a propriedade como uma unidade de produção e reprodução, não exclusivamente baseada em atividades agrícolas. As propriedades pluriativas são unidades que alocam trabalho em diferentes atividades, além da agricultura familiar (home-based farming). As propriedades monoativas praticam somente a agricultura. A atividade básica do operador principal não permite o estatuto do trabalho da unidade mas apenas a atividade da propriedade. Nós precisamos examinar casos empíricos que determinam os padrões individuais e coletivos de distribuição de trabalho em atividades específicas. A pluriatividade permite separar a alocação do trabalho dos membros da família de suas atividades principais, assim como permite separar o trabalho efetivo das rendas. Muitas propriedades possuem mais fontes de renda do que locais de trabalho, obtendo diferentes tipos de remuneração. A pluriatividade, portanto, refere-se a uma unidade produtiva multidimensional, onde se pratica a agricultura e outras atividades, tanto dentro como fora da propriedade, pelas quais são recebidos diferentes tipos de remuneração e receitas (rendimentos, rendas em espécie e transferências) (FULLER,1990, p.367).

A pluriatividade é controvertida e é um tema que está deixando de ser marginalizado, pois, no Brasil, é pouco conhecida a bibliografia sobre agricultura em tempo parcial e a pluriatividade, embora amplamente difundida nos países desenvolvidos, especialmente na Europa. Conforme Fuller (1990), a denominação *part-time farming* foi utilizada de forma pioneira na década de 30 pelos economistas americanos. Na França, nos anos 60, a palavra *pluriactivité* era uma importação acadêmica das atribuições que os técnicos e organismos públicos franceses utilizavam para caracterizar as propriedades que desempenhavam múltiplas atividades produtivas.

Numa avaliação geral, a maioria dos autores da época preconizavam a condição efêmera e transitória da agricultura em tempo parcial e a proletarização inevitável dos agricultores.

Fazendo-se um contraponto com essa realidade, pode-se dizer que o processo de trabalho se dá pela articulação de forças produtivas²¹ com relações sociais de produção. Portanto, esses elementos devem combinar-se de maneira específica em um dado momento histórico de uma sociedade específica e produzir aquilo de que ela necessita. Visto sob este aspecto, Woortmann; Woortmann (1997) dizem que tais recursos não existem socialmente sem a cultura, sendo que o saber é que permite usá-los e a cultura que lhes dá significado.

Ao apresentar esse processo de evolução das famílias de colonos ao longo dos anos, percebe-se que a ruralidade torna-se um eixo de sustentação indispensável para a compreensão das relações da família rural com o seu viver, adoecer e cuidar. Partindo-se da abordagem Ecológica de Bronfenbrenner, o tempo, a pessoa, o processo e o contexto fazem parte do desenvolvimento do ser humano e de uma família rural.

Assim, o próximo eixo a ser estudado são as famílias e suas relações com o território rural, num plano geral, uma vez que está inserida nas políticas e serviços de saúde.

2.2. AS FAMÍLIAS E SUAS RELAÇÕES COM O TERRITÓRIO RURAL

As singularidades existentes entre o ser humano do campo e o da cidade, entre a sociedade rural e a urbana decorrem principalmente da influência do meio social sobre as duas populações. Neste item, tentarei esboçar e caracterizar o mundo rural, isto é, o meio em que vivem as populações rurais. Apesar de parecer uma questão evidente especificar essas diferenças entre o urbano e o rural, encontrei sérias dificuldades, ao procurar estabelecê-las com precisão.

Pelas associações de idéias, em relação ao campo e à cidade, o campo passou a ser associado a uma forma natural de vida, de paz, inocência e virtudes simples. À cidade associou-se a idéia de centro de realizações – de saber, comunicações, luz. Fazendo-se associações negativas encontramos a cidade como um lugar de barulho, mundanidade e ambição, ao passo que no campo as idéias negativas associadas são de que é um lugar de

²¹ Para entender força produtiva, a Sociologia afirma que “significa o conjunto de fatores de produção: recursos disponíveis, homens e instrumentos de trabalho” (WOORTMANN; WOORTMANN, 1997, p.10).

atraso, ignorância e limitação. Estes contrastes, como formas fundamentais de vida remontam à Antiguidade Clássica (WILLIAMS, 1989).

Tratados eruditos distinguem as duas classes, rural e urbana, a cidade e o campo, como se fossem categorias diferenciáveis e separadas e mutuamente excludentes. Este é um processo seguido pela maioria das estatísticas oficiais de quase todos os países. Mas, neste enfoque, surgem inconsistências e fraquezas quando se faz um estudo mais acurado. Um exemplo a ser considerado para diferenciar a comunidade urbana da rural é o tamanho da comunidade, que é um critério vulgarizado, sendo adotado pelo censo dos Estados Unidos (SMITH, 1946).

O que será mais rural: um centro industrial com 2.000 habitantes ou uma localidade agrícola com 3.000 habitantes? Os elementos urbano e rural não existem num vácuo, mas as principais características de um podem ser encontradas mescladas ou incorporadas a algumas características principais do outro e, ainda, a diferença entre urbano e rural não é o produto de uma característica ou fator único, mas o resultado de uma quantidade de atributos que se encontram intimamente relacionados e integrados uns com os outros.

Uma adequada distinção entre urbano e rural, conforme alguns autores, pode ser obtida através de uma quantidade de características mutuamente dependentes e funcionalmente associadas. Uma das diferenças notadas entre o urbano e rural é a ocupação, ou profissão, que parece ser uma das mais fundamentais. A agricultura e as ocupações de colheita²² são a base da economia rural.

Neste enfoque, então, para a família rural, a agricultura e as ocupações de colheita se constituem na base de sua economia. São características fundamentais dos seres humanos rurais a ocupação com a lavoura, a lida com espécies vegetais e animais, o contato mais direto com a natureza- solo, flora, fauna, água, rio, sol, lua, o céu, o vento, a chuva, contrastando com os urbanos, que trabalham com máquinas e outros objetos mecânicos. Assim, o ser humano rural, que lida sempre com seres vivos, aprende a estimá-los como verdadeiros amigos. Neste sentido poderíamos dizer que isso faz parte do processo para o desenvolvimento das famílias rurais.

Outro aspecto que distingue o mundo rural do mundo urbano é a diferenciação social. Os grupos sociais da cidade são mais complexos e numerosos. A cidade, geralmente, encerra uma grande variedade de raças e povos e, em uma perspectiva

²² Ato ou efeito de coletar, fazer a colheita de flores, frutos, folhas do ramo ou da haste.

cultural, possui todos os grupos religiosos, políticos, profissionais, educativos e lingüísticos no seu contexto.

A família rural faz parte de um ambiente problemático, na atualidade, em que a concentração da propriedade da terra para o trabalho é diminuída, o pouco valor no mercado dos produtos agrícolas agrava a situação econômica, a utilização de agrotóxicos e inseticidas e o inadequado manuseio dos mesmos geram efeitos nocivos à saúde do trabalhador rural, muitas vezes porque os equipamentos de proteção individual (EPI) são considerados desconfortáveis, por isso não são usados e outras vezes pela insuficiente orientação/informação em relação aos malefícios do uso inadequado, ou até mesmo pela não utilização desses equipamentos. Assim, podemos dizer que muitas das doenças poderão ser ocasionadas por estes sistemas inadequados, que causam um desequilíbrio no ambiente e na vida cotidiana da família rural (SCHWARTZ, 1998, AMBROSINI; WITT, 2000).

Os problemas sanitários de uma sociedade rural constituem uma preocupação. A doença é um deles, e o seu combate e redução assumem uma importância fundamental. Parece importante e necessário que se obtenha dados precisos sobre a saúde rural a fim de avaliar as condições do processo de saúde/doença desse ambiente, muitas vezes, marginalizado pelo Estado. No Brasil, a partir da década de sessenta, intensificaram-se as transformações no meio rural, o que já foi discutido no capítulo anterior, repercutindo negativamente nas condições de vida, no trabalho e na saúde das famílias rurais (ALESSI; NAVARRO, 1997).

A política e os serviços de saúde no território rural ao longo do tempo

A saúde é indispensável em todas as formas de organização social, desde a estética até a econômica. A saúde precária de uma comunidade é parte de um círculo vicioso que compreende a incapacidade para o trabalho, salários baixos, pobreza, subnutrição/desnutrição, disseminação de infecções e fomento de epidemias. A repetição deste círculo acarreta a desintegração dos recursos humanos da comunidade (IYDA, 1994).

Entre as comunidades rurais verifica-se uma crônica desvantagem em termos de acesso ao sistema de saúde e às políticas sociais, num mercado que não atende

às demandas, o que dá origem à miséria e à exclusão dos indivíduos dos seus direitos. A exclusão perpassa com mais força os grupos étnicos fragilizados (SANTOS,1992).

Nesta vertente, Nascimento (1994, p.61) entende que o “excluído não é apenas aquele que se encontra em situação de carência material, mas aquele que não é reconhecido como sujeito, que é estigmatizado, considerado nefasto ou perigoso à sociedade”.

No que tange à saúde das famílias rurais, pesquisadores americanos, como Sorokin e Zimmerman, em 1929, apresentaram uma análise relativa ao estudo sobre a saúde das populações rurais e urbanas, dividindo-o em seis itens principais: dados sobre a saúde dos escolares; dados colhidos nos exames físicos dos recrutas do exército; estudos sobre vários grupos profissionais; informações sobre a longevidade, mortalidade e suicídio no campo e na cidade; dados sobre a incidência urbano-rural de moléstias específicas e coeficiente de natalidade das mesmas (SCHWARTZ, LANGE, MEINCKE, 2001).

No Brasil, alguns autores vêm se preocupando em tratar as questões do homem rural e suas etnias. Sartori(1996) abordou mulheres rurais em seus acampamentos; Heck (1993) enfocou o suicídio em uma área rural na sua dissertação e na sua tese de doutoramento; e Denardin Budó (1994, 2000) estudou um modelo cultural de suporte à saúde em uma comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos em sua dissertação e a prática da enfermagem em comunidades rurais na sua tese de doutoramento. Santos (1992), em sua dissertação, analisou a representação social do processo saúde/doença em uma comunidade rural de Minas Gerais e Schwartz (1998) abordou alguns aspectos culturais das famílias teuto-gaúchas. Ainda Witt et al. (2000), Ambrosini; Witt (2000) e Ambrosini; Marona (1999) estudaram populações rurais na região sul do Brasil.

Para pesquisar a família rural ou trabalhar com ela, devemos ter bem claros todos esses aspectos, pois, ao prestar atendimento à família rural deparamo-nos com todas essas características e estigmatizamos o habitante rural. Então, para assistir uma família rural, é importante saber as diferenças entre a constituição de uma população urbana e a de uma população rural, seus conceitos de saúde e doença, valores, crenças. Porém, mesmo verificando essa diferença, ela, raramente, é levada em consideração na elaboração de programas públicos.

Sabe-se que, antes do início de qualquer pesquisa, é necessário entender o ambiente físico e o sócio-econômico, no qual os sistemas famílias se desenvolvem, para

conhecer seu funcionamento e limitações, bem como compreender os objetivos, atitudes e conhecimentos da família rural.

Mas, sabe-se, também, que, para maior competitividade nas colheitas, são utilizadas altas dosagens de agrotóxicos nas plantações²³, expondo os colonos e suas famílias aos riscos da aplicação e manuseio desses produtos, normalmente sem a devida técnica e uso de equipamentos de proteção e segurança pessoal. Fatos como esse denotam a relação entre as diretrizes da política agrária vigente e o sistema saúde e doença dos camponeses. Ambrosini; Witt (2000) mencionam que a desinformação a respeito dos efeitos dos agrotóxicos ao ambiente e à saúde humana também é dos profissionais agropecuários e de saúde, e que este tema tem pouca expressão nos currículos e pesquisas nessas áreas.

Através do conhecimento de famílias rurais em seu contexto, tento abordar, aqui, um dos sistemas que talvez apresente uma forte inter-relação com a dinâmica do viver, adoecer e cuidar no contexto rural. Assim sendo, torna-se pertinente pontuar aspectos dos movimentos sociais rurais, que são cenários sociais próximos que podem afetar as experiências dos indivíduos (exossistema) assim como recordar como se desenvolveu a saúde pública no Brasil, relacionando-se à atenção ao meio rural.

A realidade vivida nas décadas de 1950 e 1960 foi a do início da estruturação dos sindicatos e das ligas camponesas, que davam ênfase às lutas pela regulamentação das relações no campo (trabalhistas, de posse da terra, etc.), ao lado das que se voltavam à reforma agrária (SILIPRANDI, 1998).

Ainda na década de 1970, predominava, nos debates acadêmicos (que reproduziam as idéias de disputa nas lutas sociais e políticas) a visão de que a agricultura familiar tinha como função, para o desenvolvimento industrial e urbano, libertar trabalhadores para as cidades e fornecer alimentos mais baratos, já que a mão-de-obra no campo era mais barata e se utilizavam poucos insumos.

Nos anos 80, o debate foi para outro lado, tendo em vista que, na década anterior, o Estado tinha investido maciçamente na tecnificação da agricultura (a chamada modernização, via de crédito subsidiado, assistência técnica, facilidades para exportação de grãos, etc) e que, com isso, obtivera uma mudança radical (porém conservadora) no

²³ Alguns aspectos relativos ao uso de agrotóxicos e suas conseqüências para a saúde dos colonos foram acompanhados pela autora em diferentes momentos de sua vida profissional. Como exemplos, no trabalho de pesquisa que resultou na dissertação de mestrado “**Família teuto-gaúcha** : o cuidado entre possibilidades e

sistema produtivo no campo, cujas principais conseqüências foram o aumento da concentração de terras, o assalariamento rural, a destruição do ambiente, etc.

Ainda nos anos 80, com a participação de muitas Organizações não Governamentais (ONGs), ganhou força o debate ambiental, e os agricultores familiares começaram a ser vistos também como garantia de preservação do meio ambiente, havendo a possibilidade da utilização de tecnologias alternativas para a produção de alimentos “sadios” em maior escala. Esse período coincide com uma mudança na própria concepção de lutas dos movimentos sociais no campo, onde não bastava reivindicar melhorias e sim era preciso dizer o que mudar, como e com que recursos (SILIPRANDI,1998).

Nos anos 90, esse debate veio a se desdobrar na proposta do movimento sindical cutista de apresentar um Projeto de Desenvolvimento Alternativo para ser debatido com toda a sociedade.

Entre 1993 e 1996 foram realizadas pesquisas pela Fundação das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO), em conjunto com o INCRA, mostrando a situação dos assentamentos rurais e da agricultura familiar no Brasil. Em função das lutas que se desencadearam nesse último período e também das pressões de organismos como a FAO, os governos federais têm apresentado algumas propostas de apoio a esses setores, embora restringindo-se praticamente a um ou outro programa de crédito.

No que diz respeito às mulheres, embora em toda história das disputas sociais e das políticas elas tenham estado presentes, inclusive com organizações próprias desde a década de 1980, não houve ainda uma incorporação plena de suas reivindicações e de seus projetos de mudança para a sociedade nos projetos mais gerais. O Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR) não possui uma estratégia para as mulheres, no máximo são oferecidos cursos específicos de corte e costura e culinária. A falta de acesso das mulheres à tecnologia e ao saber demonstra que as virtudes da nossa civilização não chegam da mesma forma para homens e mulheres (SILIPRANDI,1998; NOBRE,1998).

Em 1995, foi criado o Provape- Programa de Valorização da Pequena Propriedade- e, em 1996, o Pronaf- Programa Nacional de Valorização da Agricultura Familiar – e o BNAF – Banco de Valorização da Agricultura Familiar. Os dois últimos têm sido propagandeados como programas mais ambiciosos, que procurariam apoiar a agricultura familiar na forma mais completa. Existe a perspectiva de recursos para

limites” (Schwartz, 1998) e ao desenvolver um projeto de pesquisa com financiamento do CNPq, junto a famílias rurais.

investimento em infra-estrutura programados pelos Planos de Desenvolvimento Rural, porém os conselhos municipais responsáveis pela elaboração desses planos ainda têm um funcionamento bastante restrito e não contemplam a participação de mulheres e jovens (SILIPRANDI,1998).

Ao tratar das políticas, a Constituição de 1891 adota um sistema federativo, constituído de estados autônomos; um sistema de representação, composto de Câmara dos Deputados e Senado, eleitos por sufrágio universal. Isso deu autonomia aos estados para contrair empréstimos externos. Com esse poder central, sob hegemonia da burguesia cafeeira (mineira e paulista) é que se iniciou a incorporação da saúde como uma área e atividade estatal.

Nesse mesmo enfoque, Iyda (1994) refere que, geralmente, a saúde não se caracteriza por ser uma área específica, tanto que os recursos a ela destinados encontram-se englobados em “Socorros Públicos”, mostrando ainda seu caráter filantrópico e emergencial. Esses recursos servem a duas finalidades: a subvenção das entidades filantrópicas e a política clientelista.

Constata-se que, mesmo na República, apesar do quadro de morbidade e de alta mortalidade, as questões de saúde pública eram tratadas como área não-específica, e seus recursos, destinados à assistência médico-hospitalar (IYDA,1994).

As doenças e suas conseqüências, nesse período, eram tratadas fora do âmbito público, em nível privado, pelas famílias e entidades filantrópicas, estas mantidas pelas contribuições de proprietários rurais e/ ou por subvenções governamentais. Dessa forma a saúde pública, tratada como área específica de atuação, não se institucionaliza, apesar das tentativas de organização. E, apesar de leis, decretos, normas, ela não ganha expressão nas diversas Constituições desde 1824 até 1964, embora alguns de seus aspectos tenham sido incorporados à legislação trabalhista, após 1930 (IYDA, 1994).

Em 1919, reorganiza-se o serviço de profilaxia rural, quando o governo, visando a que fossem executadas as instruções do Ministério do Interior, condicionou a liberação de verbas à obediência às diretrizes do Centro.

Em 1940, as propostas de assistência médico-social rural ressurgem, com a preocupação dos sanitaristas com o controle das endemias rurais e com a organização de unidades agromédico-sociais para o atendimento da população rural, dentro da concepção de desenvolvimento comunitário, pela qual a educação teria um papel fundamental, assim como as ciências sociais (IYDA,1994).

As unidades agromédico-sociais, estabelecidas pelo decreto nº 21.522, de 1º de julho de 1952, tinham por finalidade promover a fixação do homem rural através desse serviço, visando à elevação do padrão cultural e econômico, bem como dos índices de saúde das populações rurais. Estas propostas de atenção à área rural sedimentam-se com a lei nº 2.743, de 6 de março de 1956, que institui, no Ministério da Saúde, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU), e se associam à ocupação da região Centro-Oeste do Brasil.

As atividades desenvolvidas eram essencialmente educativas, realizando-se nas escolas, com a criação de centros sociais rurais, por meio de uma equipe multiprofissional formada por enfermeiros, médicos, agrônomos, educadores sanitários, dentistas e professores que recebiam a colaboração da American International Association.

Cumprir assinalar que, sob o enfoque de atenção rural, no ano de 1958, é realizado no estado de São Paulo um levantamento de recursos disponíveis, inclusive com a colaboração das prefeituras e fazendas que possuíam serviços médicos particulares, a fim de estabelecer um vasto programa de assistência médico-sanitária às populações rurais. Ainda, no ano de 1958, é criada, junto ao Gabinete do secretário, uma Comissão Especial de Combate à Moléstia de Chagas, doença que ainda acarreta, anualmente, um grande número de vítimas da população rural.

Para Santos (1992), o acesso à medicina oficial pela família rural foi sempre condicionado pela posição que a população rural ocupou e ocupa dentro da estrutura social vigente. Podemos dizer que a assistência médica oficial, através da Previdência Social, para o trabalhador rural, consolidou-se em 1963, com a Lei do Estatuto do Trabalhador Rural, quando foi criado o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), incorporado em 1974 ao INAMPS e, atualmente, ao Serviço Único de Saúde (SUS).

Até então, a população rural não se incluía no modelo de atenção médica, cuja intervenção, até hoje, se dá de forma curativa e individual, apesar das atuais reformas do sistema de saúde brasileiro (SANTOS, 1992).

A partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo empreendidas para a viabilização do novo sistema. Destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas de Saúde (nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº 7 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas, editadas em 1991, 1993 e 1996.

A organização da Atenção Básica, com base na Lei nº 8.080, tem como fundamento os princípios do SUS: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação popular.

Tomando como ponto de partida a assistência às famílias, o Manual para a Organização da Atenção Básica (1999) observa que a Norma Operacional Básica refere-se às bases para o redimensionamento do modelo de atenção, que deve ser

transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com seus núcleos sociais primários- as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona mudanças globais, intersetoriais (MANUAL ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 1999, p.10).

Esse modelo requer a transformação da relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde, ou seja, objetiva reestabelecer o vínculo entre quem presta o serviço e quem recebe e, de outro lado, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Pensa-se, assim, na valorização do ser humano e sua família como produtores e reprodutores de saúde e doença. Isto porque, em uma perspectiva sistêmica, todas as relações empreendidas pelo ser humano e por sua família com o seu meio poderão levá-los a administrar sua inserção social, escalonando os valores ideais que se tornarão as variáveis desse sistema. A tentativa de maximizar qualquer variável isolada, em vez de levar a um estado ótimo, poderá levar à destruição do sistema como um todo. Assim, é importante a flexibilidade e a diversidade, pois estas qualidades permitem que os ecossistemas sobrevivam a perturbações e se adaptem a condições mutáveis (CAPRA, 1996).

No enfoque dos sistemas de saúde, e este se relacionando com a família, uma das estratégias do Ministério da Saúde diz respeito à Saúde da Família, sobre a qual se afirma haver demonstrado seu potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, o que faz com que sua disseminação seja considerada prioridade pelo Ministério da Saúde (1998).

O programa de Saúde da Família (PSF) tem como objetivo geral “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com

os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo, assim, uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (RIO GRANDE DO SUL, 1999, p.1).

Enfatizamos que, na especificidade do assunto “família rural” ou “estudos de saúde no espaço rural”, são poucos os trabalhos; os poucos existentes tratam da falta de organização e de pressão política da população rural.

Na enfermagem é, ainda, mais raro encontrar estudos que se refiram à temática do meio rural e saúde, mas podemos citar Santos (1992), Heck (1993, 2000), Sartori (1996); Denardin Budó (1994; 2000) e Portella (1998). Outra contribuição importante vem de Villamil (1996), com trabalhos na Universidade Nacional da Colômbia.

Salientamos o que Bronfenbrenner (1996, p.9) diz referindo-se às políticas: “as políticas públicas têm o poder de afetar o bem-estar e o desenvolvimento dos seres humanos, ao determinar as suas condições de vida”.

A política pública é, ainda, uma parte de um sistema, determinando as propriedades específicas de outros sistemas que ocorrem na vida cotidiana e governam o curso do comportamento e do desenvolvimento humano.

Saúde e doença na perspectiva dos integrantes da família rural

Após realizar a leitura das Políticas e dos serviços de Saúde que tratam das possibilidades de assistência às famílias rurais, tentarei trazer alguns enfoques sobre saúde e doença na perspectiva dos colonos.

O entendimento do conceito de saúde de um indivíduo, da família ou da comunidade é crucial para o entendimento da motivação destes usuários para a promoção da saúde, da manutenção da saúde e para o tratamento da doença (LONG,1993).

Aos moradores do território rural é exigido, com mais frequência, como resultante de seu ambiente, que sejam independentes e auto-confiantes. Isso porque os serviços especializados, relacionados não apenas com a saúde, mas também com a educação, infraestrutura e governo, têm estado e continuam a estar menos disponíveis nas áreas rurais (LONG,1993).

Por necessidade, ou pela experiência adquirida, os moradores dos territórios rurais aprendem a distinguir entre as disfunções de saúde que, se não tratadas, irão impedir o ritmo normal da rotina de sua vida aquelas que podem ser toleradas por um período.

A falta de serviços especializados, o trabalho na terra, que não permite “dias doente” e a longa distância dos fornecedores de cuidados de saúde formais influenciam o modo pelo qual a saúde é vista e a doença é tratada (LONG, 1993; TEDESCO, 1999; SCHWARTZ, 1998).

As redes informais, formadas por membros da família, por vizinhos ou por amigos, são, freqüentemente, utilizadas no diagnóstico e no tratamento dos problemas de saúde. Essas redes são baratas e acessíveis. Adicionalmente, a ajuda recebida vem dessas pessoas de dentro da comunidade, as quais acredita-se que entendam o contexto social do problema de cuidados de saúde. Essas interligações de diversos microssistemas, aos quais pertence a pessoa em desenvolvimento, estabelecendo relações face a face com outras pessoas, abrange o nível do mesossistema, como já foi referido, anteriormente.

Conforme os diferentes tipos de territórios rurais, aparecem diversos componentes específicos para caracterizar o modo pelo qual a saúde é conceituada. A saúde é, com freqüência, vista dentro do modelo de desempenho de um papel. A habilidade de trabalhar, isto é, de executar as atividades diárias normais, é uma característica importante nas definições de saúde fornecidas pelos moradores dos territórios rurais (ELSEN, 1984; LONG, 1993; SCHWARTZ, 1998; TEDESCO, 1999; WOORTMANN; WOORTMANN, 1997; SCHWARTZ; ELSSEN, 2001).

Aristimunho (s.d.) refere a doença como uma situação de anormalidade, enquanto uma impossibilidade de trabalhar a terra ou de executar tarefas na e junto à família rural, o que pode desequilibrar o plano organizativo interno dessa família e que tem um significado para esse grupo social. Pois a impossibilidade de trabalho de algum membro é decisiva, visto que cada pessoa desempenha um trabalho útil e concreto, segundo o momento e a necessidade. A ausência de alguém no trabalho agrícola (por doença, deficiência física, velhice, invalidez etc.) pode vir a ser compensada/equilibrada pela intensificação do trabalho familiar, pela redução do consumo ou da contratação, quando possível, de outros indivíduos para diminuir a fadiga do grupo.

As mudanças na composição da família, como no caso de uma doença, podem alterar a sua dinâmica interna. Muitas vezes, com o intuito de solucionar seus problemas internos, a família demanda mais recursos (consultas médicas, internações,

medicamentos etc.) e estes só poderão ser adquiridos com a venda da produção agrícola ou de algum bem (terra, maquinário, animais). Nessas situações, nem sempre os rearranjos internos solucionam problemas econômicos surgidos a partir da doença de algum membro da família.

Para Aristimunho (s.d), a doença sempre é um produto social e está vinculada a um dado espaço social. Assim sendo, a doença não é apenas um simples conjunto de sintomas, mas um fato coletivo que revela uma relação de conflito com o social. A explicação da doença pode-se dar a partir das próprias relações familiares entre os membros de um mesmo grupo doméstico.

Para a família rural, assim como para inúmeras categorias sociais, o trabalho é uma permanente fonte de desgaste físico. Salienta-se que a fadiga - diminuição gradual da resistência por solicitações constantes dos membros da família - está ligada ao volume de trabalho familiar empregado para a satisfação de suas necessidades básicas. Ela demonstra o quanto o trabalho agrícola pode ser desgastante e, por isso mesmo, criar situações de doença (invalidez, p.ex.) com o decorrer do tempo. Assim sendo, a doença, para esse grupo social, não está vinculada apenas ao seu corpo em si, mas também ao seu instrumento de trabalho. Dessa forma ela é definida socialmente, e está ligada às relações materiais e sociais que o grupo estabelece para seu equilíbrio.

Alguns estudos²⁴ sobre doenças em pequenos agricultores explicitam o trabalho como um dos propiciadores de doenças; assim, a doença envolve uma relação com o ambiente de trabalho, como já foi comentado anteriormente.

As concepções de saúde, em cada época e em cada grupo são diferentes. Desta forma, não existe um conceito exclusivo e distinto para todas as pessoas, mas algumas definições de saúde são prevalentes para a área rural em relação à urbana, como por exemplo, a habilidade de trabalhar e de executar as tarefas diárias representa uma das características importantes nas definições de saúde para o ser humano rural.

Concordo com o exposto por Long (1993), quando afirma que, para os moradores das áreas rurais, as necessidades de saúde são normalmente secundárias às necessidades de trabalho, e que estes toleram a dor por períodos prolongados, desde que não interfira na habilidade de trabalhar.

²⁴ Knauth, Daniela R. **Representações sobre doença e cura entre doentes internados em uma instituição hospitalar.** In: LEAL, Ondina F.(Org.) Antropologia do corpo e da saúde I. n. 5, Porto Alegre: PPG Antropologia Social/UFRGS, 1992.

Para Scliar (1987), existe uma preocupação em conceituar oficialmente saúde em função de planejar ações de saúde, individuais e coletivas, mais especificamente a partir de 1947, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) formulou seu conceito: “Saúde é um estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”.

Num sentido mais abrangente, a Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986) estabelece que saúde “é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida”.

Há pesquisas que comprovam a relação entre o agravamento do estado de saúde de uma população e a piora de sua condição sócio-econômica. No Brasil, há evidências sobre as condições precárias de vida de grande parcela da população, principalmente de grupos que residem nas periferias das grandes cidades e no meio rural. Pode-se inferir que seriam os sistemas atuando negativamente no desenvolvimento humano (VARGAS; SOARES,1997).

A partir desses fatos, podemos dizer que o contexto do meio rural movimenta-se entre as relações pessoais nos seus mais diversos sistemas, sendo capaz de levar as famílias à saúde ou à doença, ou ainda, para seu equilíbrio, à auto-organização. Assim, os principais problemas não podem ser compreendidos de forma isolada, mas sim de forma interconectada e interdependente no seu meio, numa íntima relação com os diversos sistemas, políticos, agrário, saúde, educação, etc. .

Em relação ao cuidar de si, para o colono, o corpo, na sua globalidade, é pensado como força e instrumento de trabalho, adaptado ao ofício de produzir (TEDESCO,1999). Hábitos alimentares ricos em gorduras e amido (banha de animais, lingüiça, carnes fritas, batata, arroz, pão caseiro) e a pequena ingestão de frutas, legumes e verduras são características da alimentação dos colonos estudados (SCHWARTZ,1998).

O corpo “judiado” indica inserção no trabalho, dedicação à roça, aos deveres do ofício, ao subordinar os desejos de preguiça, de “*se arrumã*”, é, acima de tudo, uma virtude por ser e/ou ter sido um verdadeiro trabalhador, de “*não sobrá tempo*” para o culto individual e público do corpo (TEDESCO,1999). São, ainda, critérios que envolvem muitas mulheres/moças. O autor se referia a essa forma de cuidado com o corpo, que

também foi observada entre os colonos do ambiente estudado, à qual refiro como um (des) cuidado com o corpo (SCHWARTZ,1998).

Sobre as relações de cuidado com o corpo, Tedesco (1999) refere modos e hábitos de colonos por ele estudados que vão ao encontro do que foi observado através do presente estudo das famílias rurais da região sul.

A idéia que perpassa é a de que o corpo está sujeito às precariedades do trabalho, aos infortúnios da natureza (WORTMANN; WORTMANN, 1997); o fato de ser colono, estigmatizado por não falar correto, pelo sotaque carregado, por “*não saber quem os da cidade*”, de ter que trabalhar no pesado, etc. conduz e adapta o corpo nesse horizonte de relações.

Os cuidados com o corpo, o vestir-se bem, mesmo que as condições financeiras propiciem, não é bem visto, principalmente para transitar dentro do espaço social-comunidade e, mesmo que seja para ir à cidade também é considerado desvirtuoso, próprio de alguém que quer ser diferente, grande (*die well so gross sein*). O cuidado com o corpo na relação saúde-higiene, se for exagerado, é visto como sinônimo de não ter a virtude do trabalho.

Tedesco (1999), Wortmann e Wortmann (1997), Schwartz (1998), Schwartz, Lange; Meincke (2001) são autores que discutem a questão do “cuidar de si” do colono e focalizam o corpo ligado ao trabalho. Assim, falando em “colonas”, é dito que o tempo dedicado aos trabalhos da casa, do pátio e da horta “não judia o corpo”; “o brabo é o sol”, o pesado na roça, o “encardume” dos pés e mãos, a forma masculinizada de se vestir.

Ao falar sobre o corpo, logo relacionamo-lo ao trabalho, pois suas características interagem com o meio, com as condições do meio. A rusticidade das coisas, dos objetos, dos galpões, da casa, do porão, dos morros, das pedras na estrada e na roça, dos animais e de muitos instrumentos de trabalho (enxada e arado, principalmente) interage com o jeito do colono; ambos são auto-sinais, expressam-se no convívio e na interação cotidiana (TEDESCO,1999).

As marcas e os sinais da natureza, do estilo de trabalho e da cultura identificam o corpo, o qual, ainda que seja o espelho da individualidade, constrói-se no que faz, no trabalho. Existem processos de significados múltiplos e complexos que interagem no campo da identidade espacial e cultural do colono e que se imbricam com a família, com a terra e com o trabalho na intensa vinculação às dinâmicas da sociedade envolvente (TEDESCO, 1999).

A enfermagem e a singularidade do ambiente rural

Muitos estudiosos e clínicos rurais consideram as definições de rural e urbano restritivas demais, e afirmam que ruralidade e urbanidade deveriam ser encaradas como um contínuo, ao invés de uma dicotomia.

A enfermagem rural é definida como uma prática de enfermagem profissional dentro do contexto médico e sociocultural de comunidades esparsamente povoadas (BIGBEE,1993).

Para Biegel (1983) a enfermagem rural é vista como:

o diagnóstico e o tratamento de uma população diversificada de pessoas de todas as idades e uma variedade de respostas humanas aos riscos reais (ou potenciais) ocupacionais ou problemas de saúde reais ou potenciais existentes na maternidade, pediatria, enfermagem emergencial/cirúrgica/médica numa área rural (BIEGEL,1983, p.132).

Nos debates em relação a uma cultura rural distinta, algumas diferenças urbano-rurais persistem. Tradicionalmente, há uma distinção entre o tipo de organização social de ‘*Gemeinschaft*’²⁵ e ‘*Gesellschaft*’, cujos conceitos vêm sendo usados para descrever as diferenças urbano-rurais.

O conceito de ‘*Gesellschaft*’ de organização social é reflexivo da cultura urbana, é caracterizado por relações de curto prazo, menos intensas, mais formais, e com menos envolvimento da família (BIGBEE, 1993).

Por outro lado, o conceito de ‘*Gemeinschaft*’ refere-se a uma comunidade na qual a principal unidade de interação está ligada pelas relações pessoais próximas, de longo prazo, como a família, os vizinhos e os amigos, como o que é demonstrado nas culturas rurais (BIGBEE,1993).

A enfermagem rural reflete a orientação de ‘*Gemeinschaft*’, incluindo relações de longo tempo e complexas com o cliente, baseadas num método orientado pela família, ou seja, a família pode ser ‘*um sistema de cuidados*’ informal.

As famílias rurais ocupam um espaço central no sistema social, estrutura de valores e dinâmica econômica na cultura rural, são um reflexo do conceito ‘familiarismo’ (BIGBEE, 1993). O familiarismo serve para manter os laços familiares/nucleares

²⁵ Citado por Bigbee (1993, p.133), o termo ‘*Gemeinschaft*’ vem sendo usado para descrever as diferenças culturais urbano-rurais como forma de organização social. Refere-se à comunidade na qual a principal

ampliados, mas pode produzir estresse, devido às expectativas múltiplas dentro dos papéis familiares. Aqui, cabe citar a tese de doutorado de Heck (2000) sobre o suicídio em uma comunidade rural na região sul do país, que aborda estas questões.

As condições econômicas nas regiões rurais causam grande impacto sobre a saúde e o cuidado. Consistentemente, os índices de doenças crônicas e limitação da atividade existentes são mais altos entre os residentes rurais, quando comparados aos residentes urbanos. Embora haja uma taxa superior de injúrias entre os residentes urbanos, o povo rural é 1.7 vezes mais propenso a morrer de injúrias, devido à gravidade delas, particularmente injúrias ocupacionais, e serviços emergenciais limitados (BIGBEE,1993).

Para Bigbee (1993, p.138) a enfermagem rural é “mais do que um trabalho, é um modo de vida”. Neste enfoque, Lassiter (1985) sugere a seguinte área de conteúdos essenciais para educação de enfermagem rural: necessidades de saúde rural, avaliação da saúde comunitária, grupos e famílias rurais, culturas rurais, liderança, administração e teoria da mudança.

A enfermagem deve assumir riscos e documentar que é possível proporcionar soluções criativas para dilemas de cuidado com a saúde rural na atualidade. A enfermagem rural é um campo único e desafiador da enfermagem que requer uma “enfermeira especial”, comprometida com um cuidado de saúde compreensivo e de alta qualidade em níveis individuais, familiares e comunitários (BIGBEE,1993), inserida no contexto rural. Ela pode introduzir mudanças nas expectativas tradicionais de papéis para o ser humano e sua família, o qual pode desencadear novas atividades, envolvendo novos padrões de interação social. A criação e atribuição de papéis é uma estratégia especialmente poderosa para influenciar o curso do desenvolvimento humano.

Devido às interconexões estreitas com a comunidade rural, a enfermeira nunca é realmente capaz de desistir de um desafio. A confiança é uma preocupação que representa um desafio constante na enfermagem rural, que difere da urbana na diversidade de conhecimentos necessários. Pois a enfermeira é solicitada a entender a utilização de ervas medicinais, alimentação, plantação, agrotóxicos, veterinária, etc. e, especialmente, compreender a cultura, a singularidade da comunidade rural, assim ela pode ser um dos vínculos apoiadores desses ambientes.

unidade de interação está ligada pelas relações pessoais mais próximas, como a família, os vizinhos e os amigos, conforme se verifica nas comunidades rurais.

A enfermagem rural é requisitada a atuar como formadora de política de saúde, desenvolvidora de programas e iniciadora de mudanças. Ela pode desenvolver um alto grau de visibilidade positiva na comunidade, contribuindo para o orgulho profissional e potencial de influências da política sanitária (BIGBEE, 1993).

A enfermagem, com uma visão do mundo das famílias rurais, pode lançar mão, junto com a comunidade, de estratégias para realizar intervenções eficazes no combate ao alcoolismo, à hipertensão, à “doença dos nervos” e na prevenção de outras lesões comuns na comunidade rural. Tem, assim, o compromisso político de construir a cidadania junto à comunidade, criando alternativas para que haja mais saúde, respeitando, entretanto, a questão ambiental, a fim de conseguir atingir a complexidade e a pluralidade das características da comunidade rural.

De fato, necessita-se “grandemente” de um maior desenvolvimento na teoria e na pesquisa para que se possa, efetivamente, definir e promover a enfermagem rural como uma generalização com especificidades culturais próprias.

2.3. A FAMÍLIA – UM MOVIMENTO DE ADAPTAÇÃO ÀS MUDANÇAS ECONÔMICAS E SOCIAIS

A família é considerada a unidade básica da sociedade universal, constituindo, assim, o grupo social primário. Ela representa um guia fundamental pelo qual a personalidade humana, em sua maior parte, é delineada. É, pois, o grupo mais estreitamente entrelaçado nas relações. Historicamente, a família é contemporânea das civilizações mais remotas e, assim como pode ser observada, através da história, desde as tribos selvagens até nossos dias, ela vem tendo uma função de suma importância. A família tem um contexto privilegiado de interações: compõe um microsistema que se inter-relaciona com vários outros sistemas.

As famílias são diferentes no tempo e no espaço, fazendo parte de uma estrutura social que, além de complexa, sofre múltiplas influências dos ambientes nos quais se encontram. Assim, embora a família seja um grupo facilmente discernível, suas formas e funções não são sempre as mesmas em todas as culturas e nas diversas épocas (SMITH, 1946).

A família é tida como a única instituição onde se reúne o maior número de relações num pequeno espaço; essas relações diferenciais se dão entre sexo e idades. Desse modo, a família faz seu movimento, pois há fases de abertura e saída de integrantes, fazendo com que haja uma transformação e/ou desenvolvimento, como foi enfatizado por Bronfenbrenner (1996).

As funções citadas em relação à família por Smith (1946) ainda permanecem atuais, pois elas são funções essenciais ao bem-estar da sociedade e não podem ser exercidas por outras instituições. As mais importantes são: a) reprodução da espécie; b) a criação e o sustento dos filhos, na infância e nos anos de incapacidade física para o trabalho; c) a educação e preparação dos jovens adolescentes; d) a introdução dos jovens na sociedade, sobretudo nos vários agrupamentos sociais; e) recreação; f) proteção dos membros contra inimigos exteriores e ameaças, como o isolamento psicossocial; g) proteção e sustento dos velhos parentes ou membros inválidos da família.

Na família, atualmente, aparecem quatro funções fundamentais: a social, a econômica, a reprodutiva e a educacional. Nestas funções, a social e a reprodutiva são importantes para a manutenção da própria sociedade; a econômica, para a manutenção da vida, e a educacional, para a manutenção da cultura. Todavia, estas funções são desempenhadas diferentemente nas várias culturas, o que influencia na formação da personalidade de seus membros (SILVA et. al., 1996).

Como vimos, a família desempenha diversas funções, ora perdendo algumas ora acrescentando outras, mas as mais importantes permanecem, como a reprodução da espécie, a criação e a socialização dos filhos e a transmissão essencial do patrimônio cultural. Além dessas várias funções, possui a capacidade de manter equilíbrio e harmonia e, no processo saúde-doença, é responsável pelo cuidado na prevenção, na manutenção e na recuperação da saúde de seus familiares, o que é percebido também na família rural, quando esta mantém seu cuidado com o ser humano, para que este possa ser saudável a fim de participar de todos os rituais de sua vida, quer seja no trabalho, quer seja na alimentação ou no lazer (BOEHS, 1994; PATRÍCIO, 1994; ELSESEN, 1994).

Seyferth (1990) considera que a família é o reduto íntimo da etnicidade, pois cabe a ela socializar os filhos como membros do grupo. Nessa perspectiva, a estrutura da família é determinada pela cultura. Assim, na etnicidade, são conservados os valores culturais, que são difundidos de geração em geração. Considerando-se a família sob o

enfoque sistêmico, composta por um grupo de seres humanos, ela passa a constituir um dos principais núcleos do sistema.

Fica claro, portanto, que o ser humano se situa na família, fazendo parte da mesma por um sistema de parentesco, ou de afinidade, desenvolvendo atividades de cuidados, proteção, trabalho e assimilando a cultura deste grupo. É na família que ocorrem as experiências emocionais mais intensas que o ser humano tem no curso de seu processo de viver, interagindo através de posições, normas, funções, constituindo-se como pessoa, pertencente ao grupo familiar no qual se encontra engajado através das relações que estabelecem entre si ou com outras associações (WRIGHT; LEAHEY, 1989, 2002).

Cumprе assinalar que a família teuto-brasileira, apesar de ter se constituído de diferentes formas ao longo dos anos, como matrilinear, patrilinear, atualmente, assume a condição de família nuclear, que pode ser considerada a menor unidade social unida por laços de consangüinidade, de afinidade, resumindo-se em marido, mulher e filhos. Essa família também é responsável pela socialização dos filhos e pela estabilidade emocional e mental dos adultos (RAMBO,1994).

Rambo (1994), partindo do princípio antropológico da família, ressalta que ela pode apresentar a feição concreta que quiser, monogâmica, poligâmica ou comunitária, mas a família foi e é o núcleo embrionário, a partir do qual se estrutura a sociedade, desde as mais simples até a mais complexa. Desta maneira, o filho, gerado à luz de um contexto familiar, é legitimado pelo grupo social; assim sendo, pode-se dizer que aos pais não assiste o direito apenas de gerarem filhos, mas cabe-lhes o dever, também, de fazê-los membros úteis à sociedade.

A história, a evolução e o desenvolvimento teórico da enfermagem da família têm sido discutidos em profundidade na literatura internacional por (Feetham; Meister; Bell; Gilliss, 1993; Friedman,1992; Gilliss,1991; Gilliss; Highley; Roberts; Martinson, 1989; Lansberry; Richards, 1992; Whall; Fawcett,1991). Esses autores deram uma significativa contribuição ao avanço do conhecimento desse ramo, por meio de contextualização dos cuidados de enfermagem junto às famílias (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

No Brasil, a doutora Ingrid Elsen iniciou, nos fins de 1984, com um grupo de docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, enfermeiros, graduandos em enfermagem e mestrandos, uma pesquisa sobre conceitos e práticas de saúde de famílias catarinenses com diferentes origens étnicas, baseada em sua

tese de doutoramento (ELSEN, 1994). Surgindo, assim, o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família - GAPEFAM e projetos como o Laboratório de Estudos e Práticas Interdisciplinares de Família e Saúde (LEIFAMS).

Elsen (1994) considera que a família é estudada sob diferentes linhas teóricas e/ou conceitos, como por exemplo o interacionismo simbólico, o desenvolvimento da família, a teoria sistêmica, a família saudável, a teoria do conflito e a do materialismo histórico. Complementa, ainda, que uma teoria bastante divulgada na enfermagem tem sido o interacionismo simbólico e que o GAPEFAM, com base nesse referencial, define a família assim:

É uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos. De interesse ou afetividades. Reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por uma cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente de interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo do seu processo de viver.

Tendo esta pesquisa como foco central a família rural, torna-se, neste momento, oportuno conceituar o que é família saudável e, para isso, utilizo o conceito elaborado por membros do GAPEFAM- citado por Elsen (1994):

Família saudável é uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizada por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida (ELSEN, 1994, p. 67-68):

Para Elsen (1994) há evidências de que a família pode funcionar como uma unidade básica de saúde para seus membros. Assim, cuidar da família como unidade básica de saúde exige que os profissionais conheçam como essas famílias cuidam, verificando quais são as suas fraquezas e fortalezas, a fim de que possam assistir a família de forma a atender as necessidades de seus membros .

A família rural

Para Galeski (1972), partindo-se do sistema familiar, no campesinato colonial, as famílias se constituíam de várias gerações. As famílias camponesas (pais, um dos filhos casado e sua prole) eram formadas por três ou mais gerações vivendo na mesma colônia, vinculadas a uma proclamada auto-suficiência, ou seja, produzindo quase tudo de que necessitavam. Cada um dos membros possuía atribuições específicas e gerais, todos trabalhavam, excluindo-se os muito idosos e as crianças.

A família rural atual continua a preencher essas funções, pois ainda constitui o “reservatório” de uma imensa parte de gerações futuras. Essa família ainda assume a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros, no campo. O lar, na sua interpretação, ainda é o “castelo” de cada homem rural (RAMBO, 1994).

Nas regiões rurais existe um sentimento de responsabilidade coletiva. Há uma tendência de cada membro da família a assumir a responsabilidade pelas ações dos outros e também de generalizar o comportamento de algum membro de outra família a todos os seus parentes e agregados. Por esse motivo, as famílias exercem um controle maior sobre seus componentes, assim como os protegem contra as ações de outras famílias (SMITH,1946;TEDESCO, 1999).

Os agrupamentos familiares constituem verdadeiros “escudos” contra os elementos estranhos. Esse sistema de proteção mantém uma garantia de segurança para os indivíduos e para os bens nas regiões rurais. Os indivíduos necessitam de uma proteção mais mental do que física, segundo Durkheim (1987), que já demonstrava uma íntima relação entre o suicídio e a coesão do grupo. Assim, indivíduos que pertencem a grupos familiares estreitamente unidos escapam do perigo do suicídio mais frequentemente do que aqueles que carecem dessa associação.

No mesmo enfoque, Seyferth (1990), em seu trabalho, expressa a importância da organização social de solidariedade familiar e de vizinhança. O auxílio mútuo é concebido como uma característica fundamental do ethos camponês. É neste sentido que a família rural também presta um grande serviço na assistência ao velho e aos incapazes, prescindindo do auxílio de instituições especializadas.

As características da família rural são diversas e a distinguem da urbana. Essas características são: a) o seu caráter familiar é coeso; b) a união entre cônjuges e entre pais e filhos é mais completa e permanente que na urbana; c) a família rural absorve a personalidade de seus componentes. Comparando-se com outras instituições sociais, o papel da família do campo é muito mais importante do que o da família da cidade. A família rural é o grupo social mais importante da sociedade rural, visto que é o seu núcleo. Porém, há desvantagens com relação às suas características. São elas: o caráter fechado da família, altruísta com seus próprios membros, mas egoísta com referência aos estranhos à relação social; a escassez de contatos, que favorece os costumes inflexíveis e estreitos; o tribalismo dos pequenos grupos; e a uniformização da personalidade (SMITH, 1946; BRANDÃO, 1994).

Algumas características do ser humano rural apontadas por Slocum (1964), citando o autor francês Dauzat, são: individualismo; tradicionalismo conservador; animismo; sentimento familiar e espírito de solidariedade. O sentimento familiar está ligado à continuidade de sua empresa agrária ou ao seu cotidiano agrícola. A instituição da solidariedade entre os habitantes rurais é muito interessante, assim como a solidariedade com a natureza, a terra e o ritmo cósmico. O realismo rural, que considera todas as coisas num ângulo prático; a desconfiança aldeana, isto é, o colono desconfiado, não expressa sua opinião de uma forma pessoal, e ainda o fato de possuir sentimentos igualitários constituem-se, também, características dos integrantes das famílias rurais.

Mendras (1969), falando sobre a cidade e o campo, também reforça a idéia de que o sentimento de solidariedade é muito desenvolvido nesses grupos, assim como refere a unidade comunal fundamentada em um acordo profundo sobre os valores essenciais da vida e sobre os fins últimos do homem. A própria vida econômica tem uma base não econômica, visto que as motivações para o trabalho estão ligadas à posição de cada um no sistema social. Apóiam-se na tradição, ou seja, num sentimento de obrigação que resulta de considerações religiosas e morais.

O mesmo autor enfatiza que a relação social essencial não pode ser econômica, uma vez que a obtenção de alimentos é tarefa de que todos se ocupam igualmente, não existindo especialistas. Mas quanto mais próxima da cidade, tanto mais a sociedade rural tradicional se desintegra, e suas relações sociais perdem o fundamento não-econômico.

Para cada tipo de sociedade global, existem diferenças nas relações dos grupos e dos indivíduos entre si. Assim, na sociedade tribal, as relações são face a face, permeadas pela afetividade; nas sociedades agrárias, relações face a face e afetivas coexistem com outras relações, tornando as relações indiretas e indiferentes misturadas, ambas em doses diversas; nas sociedades urbanas, as relações face a face, afetivas, recuam para o segundo plano, existindo predominância indiscutível das relações indiretas e indiferentes com as relações afetivas só existindo no interior dos pequenos grupos (QUEIROZ, 1978).

A complexidade da experiência vivida pela família rural abarca, entre muitas outras nuances, o aspecto cultural, a concepção de trabalho, a inserção no mundo do mercado e nas esferas do conhecimento e do saber cotidiano e sua imbricação aos aspectos humano-genéricos (a autonomia, a moral, o social). Essas relações são heterogêneas, fragmentárias e contraditórias, mas expressam um lado vivo e dinâmico, levando a unidade familiar a se situar e se relacionar no mundo e com esse interagir (TEDESCO, 1999).

As características psicológicas do ser humano rural, citadas por Slocum (1964), são: ambivalência frente ao urbano, pois ele sente atração e repulsa pela cidade; sentimento de inferioridade causado pela carência de doação social e falta de moldes; desvantajosa posição dos agricultores como classe social; a pobreza acentuada. Cita, ainda, a insegurança; a introversão, pois é pouco expressivo, desconfiado; o conservadorismo; o espírito provinciano, pois a falta de contato com o exterior conduz à perda de perspectivas dos grandes problemas mundiais; a filosofia positivista; a tolerância aos padrões locais e intolerância aos valores externos, já que uma inovação no grupo primário é contemplada como um sintoma de desintegração dos costumes locais; e o fatalismo versus manipulação social.

Entre outras diferenciações, encontramos em Landis (1948) que o urbano não se resigna facilmente e procura por todos os meios achar saídas para as suas dificuldades criadas pela convivência humana. O ser humano rural tem como característica o pessimismo.

Mendras (1969), citando Georges Friedmann, conceitua o ambiente rural como natural, e o da cidade, como ambiente técnico. Esses dois ambientes se caracterizam por condicionamentos psicológicos, sociológicos e tecnológicos. Nesse sentido, no ambiente natural, a família reage a estímulos que provêm geralmente de elementos naturais. Assim, seus instrumentos de trabalho são prolongamentos diretos do seu corpo.

No entender de Seyferth (1990), no que diz respeito à família rural, não há uma família nuclear característica e sim uma família constituída de três gerações que Galeski (1972) chama de “*família camponesa tradicional*”. Além das três gerações (os pais, um dos filhos casados e sua prole), vivendo no mesmo ambiente/colônia (pequena propriedade familiar), permanecem também os celibatários (quase sempre mulheres). Ainda, para Seyferth (1990), a família rural tem características fortemente patriarcais, para ela a autoridade do pai é indiscutível.

Para esse trabalho, ainda, utilizo o conceito de Kieling (1999) sobre famílias rurais:

[...] é uma família de três gerações (pais, um dos filhos casados e sua prole), vivendo num mesmo território (espaço), no qual administram pequenas ou médias unidades produtivas agropecuárias, de sua propriedade ou não, utilizando ou não trabalho complementar de outras pessoas, vivem fundamentalmente da atividade agropecuária, caracterizando-se pela utilização do corpo como instrumento de trabalho, potenciado ou não com recursos técnicos, e mantém relações com outros grupos sociais e as instituições (KIELING, 1999, p.17).

A família rural se organiza de forma diferente, se comparada com a da área urbana, pois a vida social, o lazer e o trabalho limitam-se, na grande maioria, às relações familiares. Há, no interior dela, uma divisão tradicional das funções. O trabalho masculino é o trabalho da “roça/lavoura”, enquanto o feminino se relaciona ao do lar e a tarefas leves, como tratar os animais domésticos. Na divisão por idade, a menina acompanha a mãe nas tarefas domésticas e o menino acompanha o pai (LOPEZ, 1984). Os idosos trabalham, geralmente, nas atividades que podem desenvolver, até que ocorra a sua incapacidade para o trabalho.

Percebe-se que nas afirmações sobre o trabalho do idoso e da criança os estudos de Galeski (1972) excluem-no e os de Kieling (1999) incorporam-no.

Embora menos presentes na população urbana, há, na população rural, uma permanência dos arranjos constituídos pela presença de parentes -as famílias ampliadas-, ou seja, as que agregam parentes e idosos no mesmo espaço físico. Então, família rural,

para Salmoni(2000) forma-se quando os filhos que tenham constituído nova família continuam ligados à unidade produtiva. Quaisquer pessoas ligadas por laços de parentesco, na mesma situação, são todas consideradas como membros de um único grupo familiar. Concordo com Abreo (1998) e Goldani (1994) quando referem a família ampliada como uma organização familiar que pode se configurar numa estratégia de enfrentamento de situações econômicas e sociais, como é realizado nas famílias rurais.

A família como sistema de cuidados

Mesmo com as inovações, a evolução e as novas sociabilidades em relação ao local, ao lugar comunitário e à cidade, a família, como (re) produtora dos meios sociais e culturais, tende a se preservar. Mas isso não significa ausência de alteração; organiza-se num outro patamar, levando em conta o passado, porém, alterado pelas condições presentes (TEDESCO, 1999). Observemos o que diz Bronfenbrenner (1996, p.5): “as interconexões entre o indivíduo e os ambientes podem ser tão decisivas para o desenvolvimento quanto os eventos que ocorrem num determinado ambiente onde a família se encontra”.

Também é característica das comunidades rurais a ajuda mútua, que é vista como um sistema informal (família, amigos, parentes). Assim, a família rural é um sistema de cuidados funcionando no ambiente rural, visto que ela, muitas vezes, está afastada de outros ambientes, então o microsistema família também funciona para cuidar, pois ele é um dos vínculos apoiadores. Uma tradição do auto-cuidado dentro da família está presente com mulheres mais velhas, tipicamente, servindo como portadoras de experiência de cura coletiva (TEDESCO, 1999; DENARDIM BUDÓ, 1999).

Denardin Budó (1994) refere que a família de origem italiana é o núcleo de onde se irradia o cuidado, local onde se aprende o cuidado, o cuidar e o cuidar de si. É neste núcleo que são tomadas as decisões sobre a saúde e a doença, formando-se um centro de prestação de cuidados.

Para Kleinman (1980) a família é onde se inicia o cuidado, o auto-tratamento individual e familiar é a primeira intervenção terapêutica recorrida pela maioria das pessoas pertencentes a diferentes culturas.

De acordo com Klein; White (1996) a família está se adaptando às mudanças econômicas e sociais que estão criando um realinhamento dos papéis e

responsabilidades das famílias. Uma preocupação com as famílias e o ambiente está no cerne daquilo que a ecologia significa e do movimento social ecológico que se tornou ativo durante a última parte da década do século 20.

Althoff; Elsen; Laurindo (1998) referem que, na vida cotidiana, a família tem uma prática de cuidado fortemente relacionada com seu meio cultural, com as interações e as condições sócio-econômicas. Assim, ao identificar um problema com um dos seus integrantes ela procura os meios de resolvê-los: ir à benzedeira, ao curador, ao padre, ao pastor, ao médico ou ao hospital.

Partindo-se do pressuposto de que a família é um microsistema e que é um vínculo apoiador na participação de seus integrantes com outros ambientes, percebemos a importância de os mesmos participarem de vários ambientes, ou seja, irem ao posto de saúde sempre acompanhado, irem ao hospital onde são conhecidos, pois a equipe sabe entendê-los, pelo menos na sua linguagem.

Ao analisarmos a família na sua unidade e comunidade rural, concordamos com a declaração de Elsen (1994, p.50) de que “a enfermagem está descobrindo que a família não é um recipiente passivo do cuidado profissional, mas sim um agente, sujeito do seu próprio processo de viver”.

Althoff; Elsen; Laurindo (1998, p.322), referindo-se aos trabalhos realizados pelo Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação de Saúde da Família (GAPEFAM) da Universidade Federal de Santa Catarina, certificaram que “a família, através de sua experiência de vida, tem construído a sua prática de cuidado amparada pela sua realidade sócio-cultural, por um sistema de parceria e através da integração participativa.” Ao fazermos a releitura dos dados, percebemos que a família rural, na sua dinamicidade interna, tenta resolver seus problemas a partir do seu modo de vida, o seu adoecer e o seu cuidar. Os familiares participam de uma ou outra forma e suas redes sociais estão sempre em interação.

3 QUADRO TEÓRICO

Este capítulo apresenta as bases teóricas para o desenvolvimento do estudo. Para tanto, inicio a pontuar as origens do termo ecologia e os estudos relacionados a ela, bem como a abordagem Ecológica de Bronfenbrenner.

A abordagem Ecológica de Bronfenbrenner, adotada neste estudo, parece ser adequada para se estudar as questões rurais, se vista pelo seu dinamismo, pois o desenvolvimento humano é visto, nos seus ambientes micro, meso, exo e macrossistemas, com uma temporalidade, o cronossistema, e um processo, oferecendo, assim, uma compreensão deste “ser rural” em todo seu desenvolvimento .

3.1. A ECOLOGIA

O termo *ecologia* foi criado em 1873 por Ernst Haeckel, um biólogo alemão. É proveniente do radical grego *oik*, que significa “local de residência”. Assim, Haeckel usou o termo alemão *oekologie*, no qual o *oe* o torna universal, significando “a casa ou ambiente de qualquer homem” (KLEIN; WHITE, 1996).

Para Klein; White (1996) a noção básica no método ecológico é a adaptação. Consideram a família como se adaptando à mudança das condições sociais e econômicas.

Os primeiros estudos na ecologia humana derivaram, muito da sua base intelectual, e conceitual, do trabalho de ecologistas vegetais. A ecologia humana reúne diversas influências, sendo que, da teoria evolucionária e da genética, adota o ponto de vista de que os humanos desenvolvem-se como organismos, com capacidades limitadas pela doação genética. Da influência da genética populacional vem a perspectiva de que as populações mudam, principalmente por meio de seleção natural. Em nível individual, isto implica que os indivíduos demonstram sua adaptação, inter-relacionando-se ao seu ambiente de mudança (adaptação familiar). Conforme o que sugere a teoria evolucionária, o comportamento humano pode ser compreendido em vários níveis, sendo que os mais freqüentemente usados na “ecologia humana são a população e o indivíduo” (KLEIN; WHITE, 1996, p.219). A noção de que os humanos podem, através da educação, compreender suas interações e podem direcionar seu consumo e produção em benefício do ambiente global (KLEIN; WHITE, 1996) provém da ecologia humana de Ellen Swallow Richards (1842-1911), uma economista doméstica.

Atualmente, observam-se mudanças de paradigma em várias ciências, pela incorporação dos modelos sistêmicos baseados na complexidade da visão de mundo. A abordagem Ecológica de Bronfenbrenner (1996) diz que a perspectiva é nova em sua concepção da pessoa em desenvolvimento, do ambiente e especialmente da interação que se desenvolve entre ambos. O desenvolvimento é definido como uma mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe o seu ambiente e lida com ele.

Nesse mesmo enfoque, poderíamos dizer que o conceito de saúde também tem se modificado, ao sair de uma visão exclusiva de adaptação e capacidade de resistência ao ambiente externo para um projeto de aprendizagem permanente da vida em sua dinâmica de recriação, a partir das condições atuais e anteriores (SABROZA; LEAL, 1992). Assim sendo, a análise isolada dos determinantes da saúde, em um esquema linear de causalidade, não é mais possível, o que se tenta é procurar a multiplicidade destes fatores, inclusive os assistenciais, em vários níveis de complexidade e vulnerabilidade de suas articulações.

Deve-se tentar, também, conhecer mais especificamente a população rural no seu desenvolvimento, partindo do contexto dos seus ambientes: o microsistema, ou seja, seu ambiente mais próximo; o mesossistema, que se dá por relação de dois ou mais microsistemas; o exossistema, que é o ambiente no qual o indivíduo não é envolvido, mas os eventos que aí ocorrem podem afetá-lo no seu desenvolvimento, e o macrosistema, que

é uma forma de entender uma população rural, tendo em vista a sua especificidade de “ser rural”. Nesse ambiente rural se desenvolve toda a cultura rural, que nada mais é do que um macrossistema.

Na comunidade rural o macrossistema não se trata de um ambiente específico, mas sim da ideologia e dos valores de uma cultura, que podem afetar as decisões tomadas em outros níveis, que serão denominados, no presente estudo, de ruralidade e seus meandros. A família e a saúde da família, tendo o seu microssistema, o “ser rural”, que se interconecta com vários ambientes/sistemas, tem um passado/presente, tempo em que se desenvolve/processa nesses ambientes.

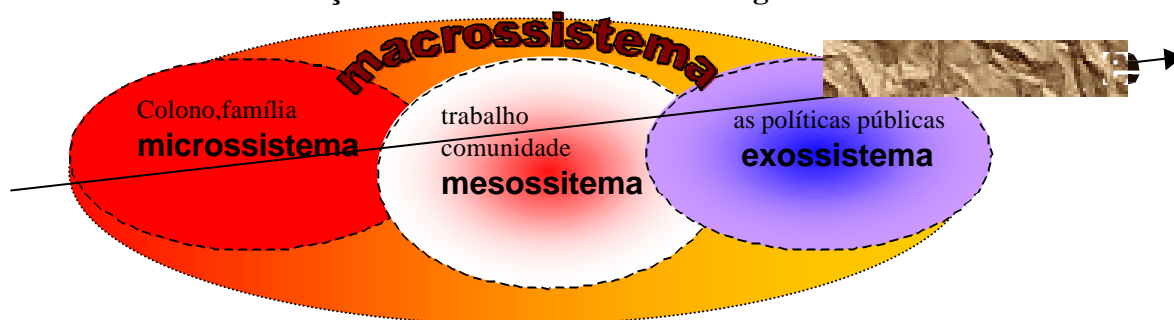
Se as interconexões entre os diversos sistemas: micro, meso, exo e macro são reduzidas, o seu desenvolvimento poderá ser diminuído, pois quanto mais redes existirem, maior será o potencial de desenvolvimento. Então, se a comunidade rural está aliada a associações, programas, grupos, círculos, ela e seus integrantes, através dessa comunicação e conhecimento entre ambientes, terão mais chances de desenvolvimento. As interconexões poderão ser decisivas para o desenvolvimento do indivíduo/família/comunidade que, assim, poderão melhorar a qualidade de vida, ou seja, seu viver, adoecer e cuidar.

Assim, os aspectos de saúde podem ser identificados e reforçados, dando ênfase à discussão dos elementos do contexto nos seus ambientes micro, meso, exo e macrossistema, principalmente pelas relações existentes. A identificação dos elementos do mesossistema (presença da família, da escola, comunidade) permite que o quadro traçado, através das observações, se amplie.

As relações do colono se incluem no chamado mesossistema, que, para Bronfenbrenner (1996, p.21) “são as inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente (tais como, para uma criança, as relações em casa, na escola e com amigos da vizinhança; para um adulto, as relações na família, no trabalho e na vida social)”.

Portanto, o colono, nas relações com o trabalho, estará participando do mesossistema. Tentamos, através do diagrama a seguir, visualizar as relações do colono numa ótica ecológica.

FIGURA-1 As relações do colono sob a ótica ecológica.



Elaborado por Schwartz a partir de Bronfenbrenner (1996).

Desenho: micro –colono/família; **meso** –colono/família e as relações com o trabalho e a comunidade; **exo** - colono/família e as políticas públicas, agrária e de saúde, que vão interferir na sua vida, mas das quais ele não participa e o **macro**, que envolve todos os outros sistemas constituintes, que são a questão cultural e a ruralidade desse colono, é o maior, é a essência.

Se posso ver o colono no **micro** (família); ele no **meso-** que é ele e suas relações com a família, o trabalho (terra) e sua comunidade e ele no **exo-** que seria esse colono em um ambiente do qual ele não participa ativamente, mas que poderá afetar a sua vida, como por exemplo as políticas públicas, agrária, de saúde e da educação, por sua vez, o **macrossistema**, para o colono, seria vivência cultural rural.

O macrossistema também sofre um processo de desenvolvimento e, isso acontecendo, empresta movimento a todos os seus sistemas compostos, até chegar à pessoa, com sua singularidade. Assim, os membros de uma sociedade em mudança, necessariamente, experienciam mudanças desenvolvimentais em todos os níveis: psíquico, intelectuais, emocionais e sociais (BRONFENBRENNER,1996). Mas o inverso também acontece, através do influenciar e ser influenciado e da própria postura de cada um, da família, etc.

A Abordagem Ecológica de Bronfenbrenner apreende seu objeto de estudo na sua totalidade e interdependência no seu contexto, em que cada uma das partes está relacionada com as outras, interagindo com as outras, sendo que qualquer mudança numa delas produz alteração nas outras e no sistema, pois agem de maneira interdependente, inter-relacionada.

O **macrossistema**, que é o nível mais externo, de acordo com a Abordagem Ecológica de Bronfenbrenner, consiste nos valores, leis, costumes e recursos de uma dada cultura particular, que pode ser comparado com o caso da cultura do ambiente rural da

comunidade estudada. Assim, a ação do macrossistema recai, por vias indiretas, na qualidade das relações do **mesossistema** e do **microssistema**.

A presença de uma relação em ambas as direções estabelece uma díade que é formada sempre que duas pessoas prestam atenção nas atividades uma da outra ou dela participam. Já quando duas ou mais pessoas desenvolvem uma interação, este processo é denominado por Bronfenbrenner (1996) de sistema N+2.

A abordagem ecológica trata do desenvolvimento da pessoa, porém consideramos também a família, valendo-nos do que refere Bronfenbrenner (1996) que, se um membro de uma díade sofre uma mudança desenvolvimental, é provável que o outro também mude, visto que são sistemas em que, se modificar uma unidade, todas as outras se modificarão em busca da “acomodação”. Assim, consideramos que a família pode ser estudada neste aspecto.

O sistema saúde e doença é formado por estruturas de identidades distintas, que, reunidas, adquirem a identidade própria do conjunto específico formado, ou seja, desenvolvem relações que se entrelaçam em formas e graus diversos com a estrutura da vida comunitária, da qual fazem parte a família (rural), a religião, o governo (política agrária e de saúde), o trabalho e o sistema de valores populares, ou seja, existe uma interdependência, formando uma teia.

O conjunto dos elementos que compõem a realidade histórico-social (econômicos, sociais, culturais, políticos e ideológicos) é um conjunto articulado, ou seja, cada um desses elementos mantém uma inter-relação e uma articulação com os demais, que adquirem, na posição relacional, o significado do grupo, da família. Portanto, a tendência de um sistema é manter o equilíbrio entre os elementos, mas esse equilíbrio é móvel e dinâmico de acordo com as interações entre si e com o ambiente, havendo, nesta trajetória, para a pessoa e a família probabilidades e possibilidades de desenvolvimento/mudança.

3.2. ABORDAGEM ECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER²⁶

Urie Bronfenbrenner é um psicólogo russo, radicado nos Estados Unidos, que reuniu idéias da teoria ecológica e da teoria de campo de Kurt Lewin (1935) para

²⁶ Para esse estudo utilizo a Abordagem Ecológica de Bronfenbrenner (1996), tendo em vista que esta engloba os diversos ambientes/contextos e formas.

formular suas próprias idéias no livro “*A ecologia do Desenvolvimento Humano*” (1979) (KLEIN; WHITE, 1996). Sua teoria, atualmente é um dos principais referenciais teóricos para o estudo do desenvolvimento do ser humano (ALVES, et al., 1999; AZEVEDO, 2000; PEARSON, 2001) e de estudos com populações que vivenciam situações de risco (ALVES, et al 1999; BRITO,1999). Tem sido utilizada nas áreas: de educação, violência, família, crescimento e desenvolvimento humano. Também denominada de Teoria Ecológica dos Sistemas de Bronfenbrenner ou Modelo Ecológico-ecossistêmico, tem a visão de que as pessoas se desenvolvem dentro de um sistema de relações que são afetadas por múltiplos níveis do ambiente, desde o mais próximo até o ambiente do qual talvez nunca participe. Nesse sentido, Azevedo (2000, p. 1) afirma: “[...] a realidade familiar, a realidade social e econômica e a cultura estão organizadas como um todo articulado e como um sistema, composto por diferentes subsistemas que se articulam entre si de maneira dinâmica”.

Bronfenbrenner (1996) acredita que para compreender como as crianças se desenvolvem é necessário observar seus comportamentos em ambientes naturais, enquanto elas estão interagindo com adultos conhecidos, durante períodos de tempos prolongados. Ele transmite sua preocupação em especificar o que as pessoas fazem, de uma maneira que possa ser generalizada além dos contextos da nossa observação. Enfatiza a importância de estudar os ambientes nos quais nos comportamos, para podermos abandonar descrições particulares e processos sem conteúdo. Traduz ainda a idéia de que as explicações daquilo que fazemos serão encontradas nas interações entre as características das pessoas e seus ambientes, passados e presentes. Bronfenbrenner também segue Kurt Lewin ao sugerir que, se queremos mudar os comportamentos, precisamos mudar os ambientes (COLE,1996). Ainda Bronfenbrenner (1979) examina o comportamento humano como uma consequência da interação entre o ambiente e a pessoa.

Na obra “*A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*”, Bronfenbrenner (1996) trata do estudo científico de uma progressiva e mútua acomodação, através do curso da vida entre um ativo ser humano em crescimento e as propriedades em mudanças nos ambientes imediatos nos quais as pessoas em desenvolvimento vivem. Além disso, considera que este processo pode ser afetado pelas relações entre os ambientes nos quais estão inseridos. Pressupõe, ainda, que o ser humano vive continuamente em desenvolvimento, dependendo diretamente dos microssistemas com os quais interage. Envolve diversos sistemas, propondo a discussão das questões

referentes ao desenvolvimento humano (ser e família rural) e oferecendo possibilidades para futuras pesquisas.

Bronfenbrenner (1996) ressalta que a criança seleciona, modifica e cria seus ambientes através de suas próprias experiências. A partir disso, acredita-se que um membro da família poderá também selecionar, modificar e criar seus ambientes, através de suas experiências, o que permite levar à participação e ao desenvolvimento dos demais membros da família.

O mesmo autor refere, ainda, que a pessoa em desenvolvimento é uma entidade em crescimento, dinâmica, que, progressivamente, penetra no meio em que reside e o reestrutura, uma vez que o meio ambiente também exerce sua influência, exigindo um processo de acomodação mútua. A interação entre a pessoa e o meio ambiente é considerada como bidirecional e o meio ambiente considerado relevante para os processos desenvolvimentais, que não se limitam a um único ambiente, imediato, mas incluem as interconexões entre esses ambientes, assim como as influências externas oriundas dos meios mais amplos.

A concepção de pessoa em desenvolvimento, e do ambiente, especialmente da interação que se desenvolve entre ambos, é uma das ênfases da abordagem Ecológica. Pensa-se, portanto, que as pessoas que fazem parte de uma família encontram-se em desenvolvimento, este definido por Bronfenbrenner (1996, p. 5) “como uma mudança duradoura na maneira pela qual a pessoa percebe e lida com o seu ambiente”.

Para Bronfenbrenner (1996) o ambiente é entendido como um local onde as pessoas podem facilmente interagir face a face, em casa, na escola, na igreja, no posto de saúde e assim por diante. É um complexo de inter-relações dentro do ambiente imediato da pessoa. É importante identificar quem são os pares nas relações interpessoais, quem propõe e inicia as atividades, quais os significados atribuídos às experiências. Em outras palavras, nas famílias rurais, quem são seus pares? Com quem vão às festas? Com que frequência? Quem cuida de quem e do “quê”? Quais os vizinhos que ajudam na plantação do fumo, do morango, ao carnear um animal, etc ? Com quem trocam informações? A quem recorrem quando algum membro da família adoece? Com quem as crianças brincam? Com quem trabalham? Como se dá o processo do próprio trabalho? Dessa forma, podemos dizer que o movimento que o indivíduo/família fazem, o agir, e a ação que eles desenvolvem com outros indivíduos é o que pode auxiliar no seu desenvolvimento, dando-lhe significado.

3.3. OS NÍVEIS DE AMBIENTES

A Abordagem Ecológica discute o desenvolvimento humano através da interação dinâmica de quatro níveis de ambientes: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema.

O microsistema é definido pela dimensão que possibilita a interação face a face entre a pessoa focalizada e os outros (também em desenvolvimento). Refere-se ao espaço de interação de diferentes personalidades, que convivem com diversos valores e crenças. A família e a comunidade podem ser definidas como um microsistema no contexto do desenvolvimento das pessoas. O ser humano rural interage com outras pessoas e com o meio ambiente físico no seio dos microsistemas, da família, da escola, do círculo de amigos e da comunidade.

Os microsistemas podem sustentar o desenvolvimento das pessoas, propiciando-lhes experiências estimulantes e relações encorajadoras, pois elas têm um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados num dado ambiente, com características físicas e materiais específicas. É um único ambiente imediato contendo o sujeito. Portanto, há ambientes que protegem e promovem o bem-estar das pessoas, assim, “um microsistema deverá ser um portal para o mundo, não uma dependência fechada”, como diz Pearson (2000, p.3). No mesmo enfoque, podemos dizer que também há ambientes que poderão reduzir o desenvolvimento e o bem-estar das pessoas.

Os microsistemas, tais como as escolas, o posto de saúde e as famílias, podem estar inter-relacionados de modo pró-desenvolvimental, se exibirem valores consistentes; ou anti-desenvolvimental, se enclausurarem as pessoas em “becos sem saída”. Estas relações entre os diferentes microsistemas formam o mesossistema, que rodeia as pessoas.

Os três elementos do microsistema que são levados em consideração nos estudos de desenvolvimento humano são: atividade, papel e relação. Estes, portanto, constituem os elementos, ou blocos construtores do microsistema. O papel é definido como uma série de atividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição na sociedade e de outros em relação àquela pessoa (BRONFENBRENNER,1996). Os papéis são normalmente identificados pelos rótulos usados para designar várias posições sociais numa cultura.

Outro elemento que compõe um microsistema é a atividade molar que pode ser traduzida como um comportamento continuado que possui um momento (quantidade de movimentos, impulsos) próprio e é percebido como tendo significado ou intenção pelos participantes do ambiente. No caso das famílias rurais, o trabalho poderia ser uma atividade molar. As atividades variam no grau de complexidade dos propósitos que as animam. A atividade molar tem uma perspectiva temporal que depende de o protagonista perceber a atividade como ocorrendo apenas no presente imediato, ou como parte de uma trajetória temporal mais ampla, estendendo-se para o passado ou na direção do futuro (BRONFENBRENNER, 1996).

Mesmo quando as atividades de uma pessoa estão restritas às experiências no e do ambiente imediato, elas podem assumir uma ordem mais elevada de complexidade através da introdução de um outro elemento do microsistema sobre as relações com outras pessoas. Embora muitas atividades molares possam ser executadas solitariamente, algumas necessariamente envolvem interações com outras pessoas.

O mesossistema e suas interconexões possíveis

Segundo Bronfenbrenner (1996), no caso do mesossistema, além de olharmos o ambiente simples, focalizamos as suas relações, ou seja, as suas interconexões que podem ser tão decisivas para o desenvolvimento humano quanto os eventos que ocorrem num determinado ambiente. O mesossistema é formado ou ampliado, sempre que a pessoa em desenvolvimento entra num novo ambiente. Além deste vínculo, as interconexões podem assumir várias outras formas. O autor propõe para o mesossistema quatro tipos de interconexões possíveis: a **participação** interambiente, que ocorre quando a mesma pessoa participa de atividades em mais de um ambiente. A **ligação indireta**, quando a mesma pessoa não participa ativamente de ambos os ambientes, mas pode ser estabelecida uma conexão entre os dois, através de uma terceira pessoa. Neste caso, os participantes dos dois ambientes não estão se encontrando face a face. A **comunicação** interambiente, que são as mensagens transmitidas de um ambiente para outro com a intenção expressa de dar informações específicas para as pessoas; e o **conhecimento** interambiente, que se refere à informação ou experiência que existe num ambiente a

respeito do outro. Esse conhecimento pode ser obtido através da comunicação interambiental. Em resumo, um mesossistema é, portanto, um sistema de microsistemas.

Por outro lado, o potencial desenvolvimental dos ambientes num mesossistema é aumentado, se os papéis e as atividades em que a pessoa de ligação se envolve nos dois ambientes encorajarem o desenvolvimento da confiança mútua, de uma orientação positiva, de um consenso de objetivos entre os ambientes, tendo um equilíbrio evolutivo de poder responsivo à ação em favor da pessoa em desenvolvimento. Um vínculo que satisfaz estas condições, ao qual já referi anteriormente, é conhecido como **vínculo apoiador**. Assim, a família pode ter uma função apoiadora, como o enfermeiro, da mesma forma, pode vir a ser um vínculo apoiador, ao atuar no ambiente do domicílio das pessoas, no posto e em associações, enfim, na comunidade. O potencial desenvolvimental de um ambiente aumenta quando os vínculos apoiadores são pessoas com as quais o indivíduo em crescimento desenvolveu uma relação de confiança mútua e que se envolvem em atividades conjuntas com membros do novo ambiente. É nesse sentido que o enfermeiro pode vir a ser o elo apoiador entre o microsistema família e os outros sistemas.

A rede social é vista por Bronfenbrenner (1996) como um sistema de interação seqüencial formada por pessoas que podem apoiar mesmo sem que a pessoa em desenvolvimento esteja presente. As redes sociais mais comuns e extensas, todavia, são aquelas que atravessam os ambientes e, por isso, constituem elementos de um meso ou exossistema. Essas redes sociais podem desempenhar três funções diferentes. Em primeiro lugar proporcionam um canal indireto de comunicação, desejada quando não existe nenhum vínculo direto, por exemplo, uma mãe que trabalha e não pode participar de um encontro na escola é capaz de descobrir o que aconteceu no referido encontro através de uma amiga. As redes também identificam recursos humanos ou materiais de um ambiente que são necessários em outro, por exemplo, uma família pede ajuda ao vizinho para auxiliar na plantação. Outra função importante das redes sociais é que elas servem como canais para transmitir informações de um ambiente para o outro.

O meio ambiente em que as pessoas não participam diretamente, mas que afeta suas vidas, conforme já foi referido, é chamado de exossistema. Como exemplo podem ser citados os comitês de planejamento urbano e rural de um município, os planejamentos sociais, as comissões de saúde, etc. Não é difícil imaginar que as decisões tomadas nesses lugares possam ser fontes de apoio ou de tensão para as famílias rurais, como as políticas agrárias, o sistema de ensino e de saúde, entre outros.

O macrossistema “se refere à consistência, na forma e conteúdo de sistemas de ordem inferior (micro-meso- e exo-) que existem, ou poderiam existir, no nível da subcultura ou da cultura como um todo, juntamente com qualquer sistema de crença ou ideologia subjacente a essas consistências” (BRONFENBRENNER, 1996, p.21). Por isso o macrossistema é definido como o conjunto dos sistemas anteriores, representado na cultura na qual estão inseridas as pessoas em desenvolvimento, o conjunto de crenças e valores, as regras e papéis esperados e difundidos dentro deste contexto mais amplo.

Todos os sistemas aos quais os seres rurais pertencem estão embutidos no macrossistema cultural, que é a padronização da sociedade em que a pessoas vivem, através de idéias, de poder e de história. O macrossistema cultural inclui concepções, ideologias, preconceitos (como quer que se apresentem), compromissos políticos, morais, bem como tradições religiosas e étnicas. É considerado como uma manifestação de padrões globais de ideologia e organização das instituições sociais comuns a uma determinada cultura ou subcultura.

As **transições ecológicas** são as mudanças de papel ou de ambiente, que ocorrem durante toda a vida, ou seja, “ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos” (BRONFENBRENNER, 1996, p.22). Alguns exemplos de transições ecológicas: a chegada de um irmão mais jovem, o casamento, o nascimento dos filhos, a mudança de casa, o emprego, a visita à casa de um amigo em outro país, a doença, a aposentadoria e a transição final, a morte (Bronfenbrenner, 1996; Alves, et al., 1999). Numa visão ecológica, o ser humano e sua família se articulam com todos os níveis do ambiente ecológico.

As transições são uma função conjunta de mudanças biológicas e circunstâncias alteradas no meio ambiente, são, assim, exemplos do processo de mútua acomodação entre a pessoa e seu entorno. A importância das transições ecológicas está no fato de as expectativas de comportamento associado a determinada posição na sociedade envolverem, em quase todas as situações, uma mudança de papel. Ao falar na transição ecológica, lembramos que, com a mudança de programas políticos, agrários e de saúde, também pode acontecer uma mudança de papel, ocorrendo um processo de mútua acomodação, o que poderá ser favorável ou não para o desenvolvimento humano.

O desenvolvimento aumenta na extensão em que, antes de cada entrada num novo ambiente (por exemplo, iniciar a escola, mudar de casa, ir ao hospital, ao posto de

saúde), a pessoa e os membros de ambos os ambientes envolvidos dispõem de informações, conselhos e experiências relevantes para a transição iminente, ou seja, é importante dar informações antecipadamente sobre uma transição ecológica.

Há necessidade da existência de ambientes apoiadores, numa dada cultura ou subcultura para o desenvolvimento da pessoa. Uma forma de ambiente apoiador é a adoção de práticas e políticas públicas, criando um ambiente e papéis sociais adicionais úteis para a vida familiar, ou seja, a flexibilidade dos pais quanto aos horários de trabalho, a adequação dos arranjos de atendimento para as crianças, a presença de amigos e vizinhos que possam ajudar em emergências²⁷ e urgências²⁸, a qualidade dos serviços sociais, de saúde e de segurança da comunidade. Esses ambientes apoiadores, quando mais frequentes e com qualidade, poderão auxiliar no desenvolvimento do indivíduo/família de forma mais saudável. Em outras palavras: seria uma rede de apoio segura para o desenvolvimento do indivíduo.

A possibilidade de um ambiente (tal como o lar, a escola, ou local de trabalho) atuar, efetivamente, como um contexto para o desenvolvimento, depende da existência e da natureza das interconexões sociais entre os ambientes, incluindo a participação conjunta, a comunicação e a existência de informações em cada ambiente, um a respeito do outro. Se isto estiver ausente ou desempenhar um papel perturbador, em vez de servir de apoiador ao processo desenvolvimental, não haverá desenvolvimento. Em outras palavras: o ambiente e o vínculo devem atuar como apoiadores, para ocorrer uma acomodação, ou seja, o desenvolvimento, se isto não acontecer, o sistema então se interrompe (BRONFENBRENNER, 1996).

O ambiente/contexto do indivíduo/família²⁹ rural é dinâmico, no qual se desenvolvem as relações, inter-relações e interconexões entre seus integrantes, oportunizando desenvolvimento, mudanças, conforme seus níveis de sistemas. Na família rural estes níveis vão do microssistema até o macrossistema, a ruralidade. Em cada contexto sobressaem inter-relações e interconexões com a participação e comunicação em duplas vias, as quais podem manter o contexto dinâmico, podendo alterar ou não as inter-relações com a pessoa/família num determinado tempo, o que poderá levar ao

²⁷ Atendimento à pessoa que necessita de tratamento e/ou de avaliação imediatos (ROGERS; OSBORN; POUSADA, 1992).

²⁸ Atendimento que necessita de intervenção e/ou avaliação em 20min a 2 horas (ROGERS; OSBORN; POUSADA, 1992).

²⁹ Os grifos indicam conceitos pessoais formulados a partir da Abordagem Ecológica de Bronfenbrenner.

desenvolvimento dos indivíduos/família ou não. Assim o ambiente é dinâmico e complexo, pois nele tudo acontece e se desenvolve, como por exemplo: relações, sistemas, trabalho/atividade, conhecimento, comunicação, participação.

Assim, podemos dizer que, se um dos membros do par passa por um processo de desenvolvimento, o outro também passa e o reconhecimento dessa relação proporcionará uma chave para a compreensão das mudanças desenvolvimentais (BRONFENBRENNER,1996).

O indivíduo é um sistema que possui inter-relações, fases de desenvolvimento e, em determinados momentos, se comunica e participa de diversos níveis de ambientes. Ele cresce e se adapta através das mudanças com seu sistema imediato: a família, e com os sistemas mais distantes como a escola. Então se inter-relaciona e se interconecta com outros indivíduos, o que mantém uma interação, interconecção entre esses ambientes. Possui transição ecológica, ou seja, sua posição pode sofrer alteração, em função de uma mudança de papel ou ajuste, ou ambos, conforme o ambiente em que participa (BRONFENBRENNER,1979).

Vista desta forma, a família é o primeiro sistema social no qual o ser humano é inserido quando de seu nascimento. Ele muda com o passar do tempo, sofre modificações no número de membros - por entrada ou saída- e no processo de desenvolvimento – por entrada ou término das etapas, por exemplo. Cada membro do sistema passa por uma série de papéis, de acordo com a idade, sexo e inter-relações, dentro e fora da família- como por exemplo, o papel de filho, de neto, de irmão, de estudante.

Portanto a família é um sistema dinâmico, (microsistema) inter-relacionando-se com outros sistemas, que mudam com o passar do tempo; assim, possui uma temporalidade, se desenvolve e se movimenta. A família é uma organização social incrustada na rede de relações. Ocupa papéis em todos os sistemas sociais, dando sustento e cuidado a seus membros internos (indivíduos integrantes), ou seja, pode ser um vínculo apoiador. Ainda pode ter uma organização econômica e social.

A abordagem Ecológica de Bronfenbrenner (1989) abrange o ambiente inteiro da pessoa em desenvolvimento, enquanto mantém o foco do microsistema (papéis e relações) e as interações do mesossistema como tendo o maior tempo direto, como parte mais integrante desta teoria. Esta incorporação do tempo levou a duas importantes adições à teoria. Primeiro, Bronfenbrenner (1989, p.188) vê sua teoria ecológica como aplicável “durante todo o curso de vida” do indivíduo. Segundo, a noção de **cronossistema**, que é o

que incorpora o tempo à história de desenvolvimento da pessoa (eventos e experiências), e seus efeitos sobre o desenvolvimento foram acrescentados em seus estudos em 1989.

Olhando-se a família como uma unidade dinâmica, com várias inter-relações, relações e transições, essa visão deve ser a mesma ao estudá-la e, portanto, uma perspectiva temporal permite olhar tanto para o passado como para o presente e futuro, observando sua história e suas transições. Desta forma, é importante identificar e avaliar, dentro da dimensão temporal, a frequência e a estabilidade das atividades realizadas pelas pessoas focalizadas.

Questões históricas (guerras, mudanças de governo, questões de urbanização e industrialização, etc.), determinações de cada fase de desenvolvimento (infância, adolescência, idade adulta e velhice), além de propostas de compreensão do processo evolutivo, devem ser valorizadas nas inter-relações presentes. Especificamente, os antepassados das famílias rurais da região estudada vieram em busca de um lugar para sobreviver, fugindo de guerras e das políticas econômicas precárias de seus países. Passaram por várias fases, que serão descritas no capítulo de revisão de literatura. Portanto, os fatos ocorridos, desde a infância até a velhice, elucidam crenças, valores e hábitos de suas etnias.

A pessoa abrange características individuais biopsicologicamente determinadas que, atuando nas relações interpessoais, podem ser propulsoras de desenvolvimento. Essas características podem ser identificadas como: a) demandas (requerem uma resposta do ambiente, independentemente da manifestação de comportamentos explícitos, por exemplo: etnia, gênero, temperamento, etc.); b) recursos (construídos no processo de socialização e que funcionam como fatores de proteção – ou risco- para o desenvolvimento, por exemplo: competência social, *locus* de controle, etc.); c) disposição (comportamentos expressos que instigam uma resposta direcionada do ambiente, por exemplo: comportamentos altruístas, birra, choro compulsivo, etc.) (ALVES, et al.,1999). As características das pessoas oferecem, através de sua análise, uma chave para a compreensão dos processos de interação entre a pessoa e os ambientes que frequenta.

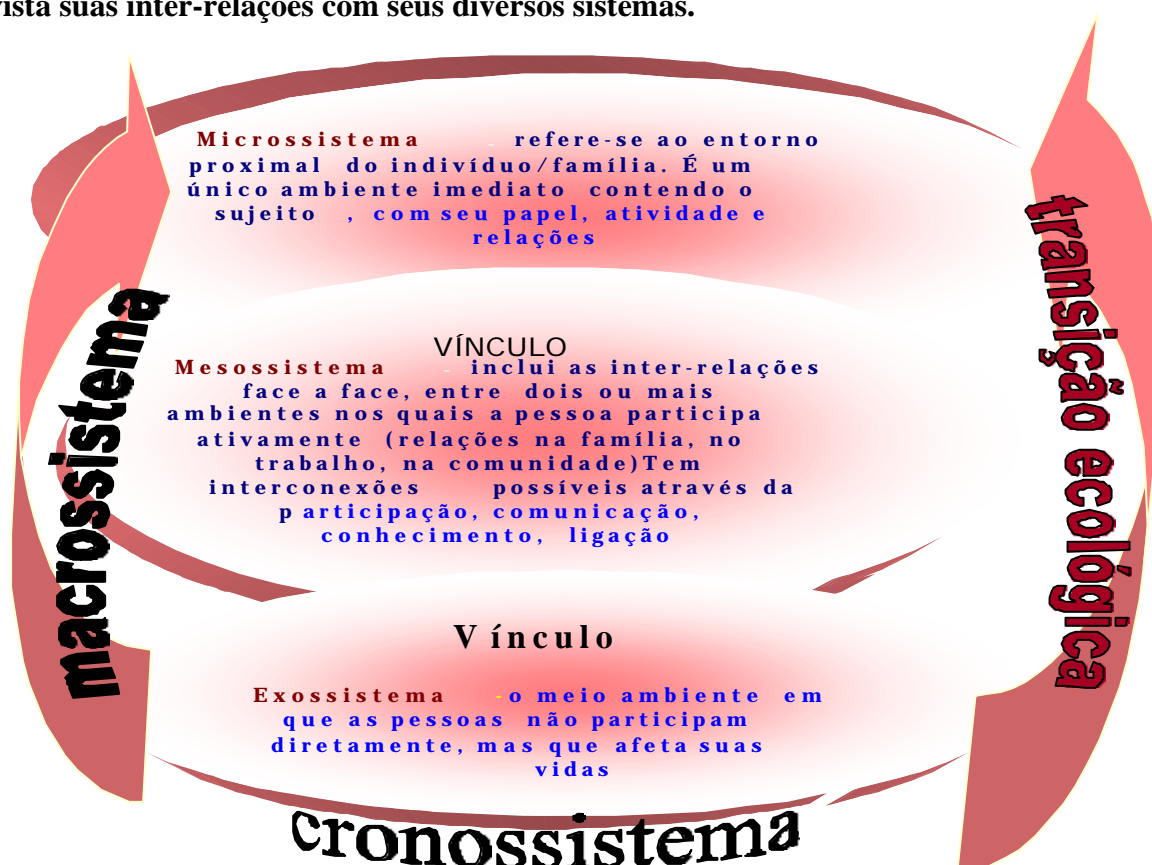
Bronfenbrenner (1996) refere que a pessoa, mesmo quando suas atividades estão restritas às experiências no e do ambiente imediato, pode assumir uma ordem mais elevada de complexidade, através da introdução de um outro elemento do microssistema, ou seja, vai da individualidade até o ser em grupo e instituições.

O processo de desenvolvimento abrange as passagens e significações do desenvolvimento para cada pessoa. Especificamente, compreende as atividades realizadas pela pessoa em desenvolvimento com outras pessoas, com objetos e símbolos disponíveis, suas relações e inter-relações.

Os elementos principais para a construção e comunicação entre as gerações são, de um lado, o afeto e, do outro, os valores³⁰ que regem a vida dos membros da família e que servem de inspiração e guia para as suas ações. Outra função da família é funcionar como uma rede de apoio social para as diversas transições ecológicas que o adulto poderá realizar quando: da doença, da velhice, ou ainda, quando da busca de parceiro, de trabalho, de moradia, de novas relações sociais, da aposentadoria (BRONFENBRENNER 1996).

Tendo em vista o acima exposto, tento demonstrar, através da figura seguinte, como ocorre o desenvolvimento dos integrantes da família rural e sua interação com os diversos sistemas.

Figura 2- Diagrama do desenvolvimento dos integrantes da família rural tendo em vista suas inter-relações com seus diversos sistemas.



Elaborado por Eda Schwartz

³⁰ É a partir dos valores que ela toma atitudes e formas de agir.

O diagrama mostra o microssistema do indivíduo e suas inter-relações com os outros sistemas, formando o mesossistema. Quando ele não participa do sistema cujas decisões podem interferir na sua vida, forma-se o exossistema, que engloba todas as inter-relações, ou seja, a consistência observada dentro de uma dada cultura ou subcultura na forma e conteúdo de seus micro, meso e exossistema constituintes, assim como qualquer sistema de crença ou ideologia subjacentes a essas consistências constitui-se no macrossistema. Lembramos que essas inter-relações são dinâmicas, ocorrendo com a pessoa, seus papéis (transições ecológicas), atividades e relações, através de um processo e numa temporalidade, que é o cronossistema.

4 O CAMINHO PARA CONHECER O VIVER, O ADOECER E O CUIDAR DAS FAMÍLIAS RURAIS

Este capítulo descreve a metodologia proposta para guiar o estudo, fundamentada em Minayo (1998,1999); Schwartz; Schwartz (1969) e Leininger (1991, 1991a,1985). Em um segundo momento apresenta como a mesma se concretizou no campo.

4.1. TIPO DE ESTUDO

A visão ecológica do desenvolvimento humano também valoriza a pesquisa em ambientes naturais e a busca de elementos saudáveis ao desenvolvimento, associando-se diretamente aos objetivos de conhecimento e à intervenção em populações de risco. Portanto, ela permite conhecer como as famílias vivem, adoecem e se cuidam num território rural, visto que a família é uma fonte rica de experimentos naturais, e é nesta perspectiva que ela se reveste de importância para esta pesquisa, que possui como foco a família rural e seu sistema de relações.

Para abordar a realidade da família rural como um sistema que se relaciona com outros sistemas, pareceu-me pertinente uma abordagem de natureza qualitativa. Para Minayo (1999):

[...] a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um

espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, [...] a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO,1999, p.21-22).

Segundo Leininger (1998, p.2), “os métodos qualitativos dão uma nova perspectiva na descoberta de realidades e verdades extremamente cobertas, sutis e subjetivas da saúde dos indivíduos, tanto em instituições de saúde como em ambientes comunitários”.

O material primordial da investigação qualitativa “é a palavra expressa, a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos”, visto que as palavras são capazes de registrar as fases transitórias e mais efêmeras das mudanças sociais. A fala, assim, torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo possui a magia de transmitir através do entrevistado/observado representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO; SANCHES 1993, p.245).

A pesquisa qualitativa é, pois, uma perspectiva que coloca as pessoas no centro, vendo-as de uma maneira holística, favorecendo a compreensão das experiências humanas, tão importantes para profissionais de saúde que se concentram no cuidado, na comunicação e na interação (HOLLOWAY; WHEELER, 1996, 2002).

Além disso, a pesquisa com enfoque qualitativo não é um atributo que se pode medir, mas, na opinião de Hartz (1997, p.26), “ela se faz presente em uma investigação que ultrapassa os limites ‘confortáveis’ da precisão cartesiana para ‘arriscar’ compreender os fenômenos em sua complexidade”.

Selecionei como metodologia de coleta de dados a observação participante, visto que a mesma facilita captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos apenas por meio de perguntas, uma vez que os indivíduos são observados no próprio contexto, transmitindo o que há na vida real (MINAYO,1999).

Haguette (1997), citando McCall-Simmons, refere que:

[...] a observação participante é mais sensitivamente vista como um conjunto de métodos e técnicas que são caracteristicamente empregadas em estudos sobre situações sociais ou organizações sociais complexas de qualquer tipo [...] nós vemos a observação participante, não como um método único, mas como um tipo de empreendimento de pesquisa, um

estilo de combinação de vários métodos dirigidos a um fim particular (HAGUETTE,1997, p.72),

Neste sentido Schwartz; Schwartz (1969) se referem à observação participante:

[...] como um processo no qual a presença do observador numa situação social é mantida para fins de investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados, e, em participando com eles em seu ambiente natural, coleta dados. Logo, o observador é parte do contexto, sendo observado, ele ao mesmo tempo modifica e é modificado pelo contexto. O papel do observador participante pode ser tanto formal como informal, encoberto ou revelado, o observador pode dispensar muito ou pouco tempo na situação de pesquisa; o papel do observador participante pode ser parte integrante da estrutura social, ou simplesmente periférica com relação a ela (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1969, p. 19).

O papel selecionado pela pesquisadora foi o de *participante-como-observadora*, conforme referido por Minayo (1998)

[...] o pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como meramente de campo. A participação tende a ser o mais profunda possível através da observação informal, da vivência junto de acontecimentos julgados importantes pelos entrevistados e no acompanhamento das rotinas cotidianas [...] (MINAYO, 1998, p. 142)

Considerando este aspecto, foi esclarecido para a comunidade e as famílias a relação da pesquisaora com eles, ou seja, sempre foi revelada a condição de nossa presença apenas como pesquisadora. Portanto, em alguns momentos compartilhamos da vida ativa e dos sentimentos das pessoas em termos de relação face a face.

Revedo a literatura sobre observação participante, encontramos o método da enfermeira teórica Madeleine Leininger, também denominado de **Modelo de observação, participação e reflexão (O.P.R)**. O modelo de Leininger, derivado da tradicional aproximação participante-observador usado na antropologia, foi acrescido da fase da reflexão para servir aos propósitos e aos objetivos da pesquisa em enfermagem. Esse método, aperfeiçoado, tem sido utilizado por três décadas por muitos estudantes graduados e enfermeiros brasileiros como Bielemann (1997), Denardin Budó (1994), Patrício (1990), Boehs (1990, 2001), Schwartz (1998), entre outros.

Num primeiro momento, o pesquisador é levado a devotar um período de tempo fazendo **observações**. O observar, ouvir e registrar são as principais tarefas nesta primeira fase. Ocorre principalmente quando o pesquisador está iniciando a entrada no campo.

Na etapa seguinte, denominada de **observação com alguma participação**, a observação continua sendo o foco principal, mas o pesquisador já começa a interagir com as pessoas, observando suas ações e falas. Ocorre o início da participação do pesquisador, no contexto.

Na terceira fase ocorre a **participação com alguma observação**. Aqui o pesquisador torna-se um participante ativo, conhecedor da situação e do contexto; a observação tende a diminuir.

Já a fase de **reflexão** possibilita, além da organização e análise dos dados, a confirmação dos resultados com as pessoas e/ou comunidades estudadas. A observação reflexiva significa olhar para trás, recapitulando a situação e todo o processo ocorrido, com uma avaliação completa da situação ou fenômeno. O pesquisador reflete sobre todas as descobertas para checar e confirmá-las, primeiramente, com seus informantes-chaves (LEININGER, 1985/1998, 1991)).

4.2. TRABALHO DE CAMPO

O estudo foi desenvolvido em uma zona rural de um município de Pelotas, representada por suas colônias, tendo como ponto de partida um posto de saúde. As famílias do distrito estudado são formadas por pequenos produtores rurais de origem alemã e/ou pomerana³¹, que a pesquisadora já conhecia pelo trabalho desenvolvido quando da realização do mestrado.

Identificando os informantes

Devido à concepção de família rural como um sistema de inter-relacionamentos com os demais sistemas, as famílias foram observadas, num primeiro

³¹ Pomerano ou pomerânio é originário da antiga Pomerânia. A língua é apenas um dialeto.

momento, quando um dos seus integrantes participava de uma consulta e/ou atividade no posto de saúde. Posteriormente, foram sendo observadas e contactadas nos programas de saúde, em festas religiosas, na vida cotidiana da comunidade e, finalmente, em visitas domiciliares, quando já definidos os informantes/famílias/chaves.

Para Leininger (1985/1998) os informantes–chaves são pessoas escolhidas atentamente e propositalmente dentro da cultura ou subcultura, por terem mais conhecimento sobre o assunto objeto da pesquisa. Esses informantes são utilizados para descrever as normas, valores, crenças e modos de vida da cultura. Conforme Leininger (1985/1998, p.47), o termo informante é usado para “reconhecer atributos personalizados e a importância dos papéis destas pessoas, em vez do termo impessoal ‘sujeitos’, que é usado em pesquisa quantitativa”.

Ainda como informantes–chaves foram incluídos o subprefeito, a atendente de enfermagem da comunidade, o pastor da igreja protestante “Comunidade Livre”³², que intermediaram o contato com os demais informantes e que também se mostraram receptivos e interessados em participar do estudo. Estes informantes foram importantes para descrever a história e o processo de viver da comunidade.

As demais famílias da comunidade, os usuários do posto, a equipe multiprofissional do posto de saúde **Sol**³³ e donos das vendas, constituíram os informantes gerais, uma vez que trouxeram, de alguma forma, enriquecimento sobre o viver, adoecer e cuidar das famílias rurais.

Ao se pensar sobre quantas famílias participariam do estudo utilizou-se o critério de Sandelowski (1995, p.179), que afirma que “o tamanho da amostra é muito mais uma questão de julgamento e experiência na avaliação da qualidade das informações coletadas em relação ao uso destas informações do que o método de pesquisa propriamente dito”. Dessa forma, não existiu um critério numérico, mas teve-se o cuidado de que o número de famílias e de informantes “fosse capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (Minayo, 1998, p.102).

³² Comunidades livres são assim denominadas porque não são subordinadas à Igreja oficial. Isso se deve aos primeiros tempos de colonização, pois havia dificuldade de conseguirem pastores para as igrejas. Rheingantz providenciou a vinda de jovens seminaristas, que haviam sido reprovados e rejeitados nos seminários europeus, mas que tinham formação religiosa. Quando não conseguiam pastores com formação, fazia-se pastor aquele que entendesse um pouco de como realizar um culto, ou algum membro da comunidade que fosse esclarecido. Prática que permanece até a atualidade.

³³ Utilizo o nome fictício “Sol” para denominar o local e a comunidade estudada a fim de manter o anonimato desta.

Coletando os dados

A coleta dos dados foi feita, utilizando-se, desde consulta a documentos, como prontuários, mapas, registros da prefeitura e subprefeitura, documentos do IBGE, da EMATER e da igreja, até visitas domiciliares, entrevistas semi-estruturadas durante os cuidados prestados no posto de saúde e diálogos com a equipe de saúde e de outros serviços da comunidade, no período de março a novembro de 2001. Como na maioria dos métodos qualitativos, a pesquisadora foi o maior instrumento de pesquisa, ou seja, ela constituiu-se no elo entre a realidade observada face a face e a interpretação dos dados.

A primeira fase - A observação

Constou basicamente de observações e do escutar ativo de tudo que ocorria na comunidade e no posto de saúde. Nesta fase, procurei a direção da Secretaria de Saúde de Pelotas e a direção de enfermagem para expor os objetivos e a importância do meu estudo, assim como solicitar autorização (Anexo I) para desenvolvê-lo no posto da comunidade Sol. Nesta oportunidade, indaguei da possibilidade de utilizar o mesmo carro que transportava a equipe para o posto de saúde. Foi-me solicitada, pelo Secretário de Saúde, uma declaração de isenção da Secretaria de Saúde do Município de Pelotas da responsabilidade por possíveis acidentes e/ou danos que pudessem ocorrer durante o trajeto; a mesma foi prontamente encaminhada.

Nas viagens à comunidade junto com a equipe de saúde percebi que seus componentes mantinham uma boa inter-relação entre si. Iam duas equipes: uma para a comunidade Lua, que distava 25km da cidade de Pelotas e outra para a comunidade Sol, 47 km, chegando até a 65 km, num período de muita chuva, quando ocorreu a queda de pontes, dificultando o acesso. O recepcionista do posto de saúde da comunidade Sol vinha de um município próximo e utilizava carro próprio.

Nesta fase, foram observados: o cotidiano do posto de saúde, seus funcionários, os usuários, os procedimentos realizados, os diálogos entre a equipe e as famílias. Iniciou-se, ainda, a seleção das famílias que fizeram parte do estudo. Um dos fatores que auxiliaram na escolha foi a disponibilidade e a facilidade de comunicação, pelo fato de eu entender o dialeto falado por elas. Este fato facilitou a permissão dada pelas

famílias para as visitas às residências, embora ainda com alguma desconfiança. Os contatos com o subprefeito, a atendente de enfermagem da comunidade e o pastor também foram iniciados neste período.

A segunda fase - A observação com participação limitada

Esta fase ainda conteve períodos de observação, porém já acontecia alguma forma de participação entre a pesquisadora e as pessoas envolvidas no estudo. No posto de saúde, participava da assistência aos usuários, realizando curativos, vacinas, pré-natal, puericultura. Como nesse período acompanhei o estágio dos alunos da graduação do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, na disciplina de Saúde Pública, foi-me facilitado integrar as atividades de cuidado no dia a dia do serviço. Fizemos parte das equipes que atuaram nas campanhas de controle do Diabete, de Vacinação Nacional e de prevenção da Hipertensão, realizando os procedimentos de coleta de glicemia, verificação de pressão arterial e dando as orientações pertinentes. Nessa ocasião, ouvi muitas estórias, conheci crenças, valores e práticas dos moradores da comunidade.

No mesmo período iniciei a consulta às fichas de atendimentos do posto (FA), para mapear os diagnósticos mais comuns, dos frequentadores do posto. Constatei ser comum “a doença dos nervos”, os curativos por ferimentos causados por instrumentos de trabalho, as lesões músculo-esqueléticas e as gripes/resfriados ocasionados, provavelmente por intempéries, devido ao início do inverno na região sul.

Comecei a realizar contato com os informantes, marcando as primeiras visitas domiciliares, as entrevistas com o pastor da igreja evangélica da “Comunidade Livre” e com a atendente de enfermagem do local.

Quando da visita ao pastor, este me mostrou o livro de anotações das comunidades que atendia, constando o número de casamentos, batizados, confirmações e falecimentos acompanhados por ele. Disse que aquelas anotações só haviam sido iniciadas há dois anos.

Também nesta fase participei de uma festa da igreja evangélica na sede da comunidade, ocasião em que observei alguns participantes da festa e conversei com os mesmos. Participei, também, de um culto na igreja evangélica.

A terceira fase – Participação com observação

Neste período a observação foi sendo aprofundada quanto aos aspectos mais específicos como procedimentos do cuidado, higiene, inter-relação com os integrantes das famílias. Participei, em vários momentos, das atividades das famílias a fim de entender seu cotidiano e suas relações. Ia às lavouras onde estavam plantando fumo, colhendo repolhos, cuidando de animais, arando a terra, e às casas onde prestavam cuidados de promoção da saúde em casos de doença. Nesta fase, ainda continuava a prestar assistência no posto, pois muitas pessoas me procuravam para que as atendesse, falando em alemão, ou pomerano.

Nas visitas às famílias acompanhei-as em suas atividades diárias: o trabalho na lavoura, a plantação de fumo, o trato dos animais e os cuidados com algum dos seus membros. Saliento que essas famílias foram escolhidas porque se dispuseram a auxiliar no estudo e estavam envolvidas no cuidar de um de seus integrantes. Ao mesmo tempo em que acompanhava o cotidiano familiar, fazia entrevistas mais dirigidas sobre os fatos observados e coletava dados a respeito da história da família.

Nos diálogos e nas entrevistas, tive o cuidado de deixar o informante falar livremente, sem interrupções, conforme afirma Leininger (1991, p.55) “permitindo ao informante interpretar, demonstrar, esclarecer, verificar ou confirmar dados”.

As entrevistas foram realizadas com as famílias que freqüentaram o posto de saúde e ainda com outras, visitadas em seus domicílios. Ao apresentar cada família e seus integrantes, utilizo as denominações que julguei pertinentes à principal característica de cada uma. Foram realizadas, para a “família **Cuidadora**”, três visitas; para a “família **(des)Conectada**”, nove visitas; para a “família **Esperança**”, sete visitas e para a “família **Apoio**”, nove visitas; totalizando-se, dessa forma, 28 visitas domiciliares. Não estão aqui incluídos os encontros realizados no posto de saúde.

A fim de garantir que o referencial teórico fosse abordado na coleta de dados, elaborei o seguinte quadro para guiar meu trabalho de campo.

QUADRO – 1- RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS A SEREM INVESTIGADAS E OS MÉTODOS/TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.

CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS: a serem investigadas	MÉTODO/TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS
Tempo, pessoa, família, processo, contexto: micro, meso, exo, macro	Análise documental Instrumentos: guias para análise documental Entrevista: Instrumentos : guias Observação: Instrumentos: diário de campo
# Ambiente rural e relação social de trabalho e família: -trabalho rural -políticas agrárias -história	Análise documental: instrumento: guias para análise documental; entrevista: Instrumentos : guias Observação: Instrumentos: diário de campo
# O processo de viver e adoecer - política de saúde - saúde - doença - prevenção - cuidado	Análise documental: Instrumento: consulta a prontuários; Observação: Instrumentos: visita domiciliar, consulta de enfermagem; participação em campanhas; realização de procedimentos de enfermagem Instrumento: Entrevista: guias semi-estruturados
As famílias como sistemas de cuidados -família , composição , papel -rede de suporte	Observação Visita domiciliar; genograma, entrevista, participação em festas e cultos religiosos

A quarta e última fase - Reflexão

A pesquisadora, nesta fase, se encontra com a grande parte dos dados e inicia a reflexão sobre os mesmos. É um olhar reflexivo para o processo percorrido, para analisar, confirmar e discutir os dados com as pessoas envolvidas. Embora seja classificada como a última fase, lembro que a reflexão foi feita desde o início do trabalho de campo. Neste período, apenas se intensificou este processo. Em alguns momentos, quando tinha dúvidas ou precisava confirmar dados, retornava à família ou ao posto de saúde para entrevistas mais direcionadas.

Registros

As anotações sobre os fatos observados bem como os diálogos foram registrados na forma de diário de campo (Anexo II). No local destinado à observação eram

feitas pequenas anotações com palavras chaves e, ao chegar em casa, digitava as informações na íntegra. A descrição de cada dia de visita às famílias levava em torno de três a quatro dias. As descrições das observações feitas no posto de saúde eram feitas após as descrições das famílias.

Foram registradas no diário de campo, ainda, as minhas impressões pessoais e reflexões. Não utilizei gravador, visto que inibiria a participação dos informantes e, mesmo porque, muitas vezes as conversas eram realizadas durante as rotinas diárias de trabalho e o tipo de tarefas desenvolvidas dificultava o uso desse recurso.

Procedimentos éticos

É relevante lembrar que todos os informantes participaram da pesquisa voluntariamente, sendo que lhes foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo III), e a autorização para fotografar (Anexo IV), que foram lidos e assinados em conjunto, sendo que uma via era dada para guarda e posse da família. No contato com as famílias, além das assinaturas dos termos de consentimento, foi-lhes informado que os dados seriam usados somente para o estudo. Os familiares foram informados de que seria mantido o seu anonimato, assim como o da comunidade, utilizando-se nomes fictícios. Os princípios éticos foram baseados no código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 1993, capítulo IV, artigos 35 e 37 e na resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ética da Secretaria de Saúde do Município de Pelotas, conforme já foi relatado anteriormente e cumpridas as exigências feitas pelo Secretário de Saúde.

4.3. ANÁLISE

Os dados foram analisados de maneira indutiva, num primeiro momento, seguindo-se as duas primeiras etapas descritas por Minayo (1998, p.198): "buscar a partir do próprio material coletado a descoberta da pesquisa, administrando provas,

comprovando-as, refutando-as, ou levantando novas provas; ampliando os contextos culturais e ultrapassando o nível das mensagens”.

No estudo, tínhamos as categorias pré-estabelecidas referentes ao quadro teórico, ou seja, pela Teoria de Bronfenbrenner, os quatro núcleos: tempo, pessoa, processo e contexto e seus níveis e, após sucessivas leituras da descrição das observações e entrevistas, foram sendo relacionados os dados aos núcleos.

Seguindo Minayo (1998, p.209), na primeira etapa, ou **pré-análise**, foram escolhidos os documentos a serem analisados, tendo como base a questão da pesquisa e os objetivos traçados inicialmente, reavaliando-os ao longo das análises. Esta etapa foi desenvolvida através da leitura flutuante do material coletado e da constituição do corpus, que se refere à organização do material, considerando algumas normas de validade, ou seja, exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência (Minayo, 1998).

Na fase de pré-análise, determinamos ainda a palavra-chave ou frase, a unidade de contexto, os recortes, a modalidade de codificação, categorização e os conceitos teóricos gerais que orientaram a análise, conforme o quadro 1. A codificação foi realizada fazendo-se as anotações à margem dos relatos digitados.

Na segunda etapa, ou **exploração do material**, trabalhamos com a transformação dos dados brutos, tentando alcançar o núcleo da compreensão do texto. Iniciou-se recortando as palavras ou frases, conforme o estabelecido na pré-análise. Após a verificação de sua consistência, classificamos os dados em categorias empíricas. Entre estas surgiram: saúde é poder trabalhar, trabalho rural como identidade do colono, riscos e potencialidades para o desenvolvimento individual e familiar; cuidado familiar em situação de doença, e o descuidado; fatores que favoreceram/dificultaram a comunicação do colono/família.

Num momento seguinte, buscamos uma maior aproximação entre o material coletado e analisado (categorias empíricas) e o referencial do estudo, utilizando-se métodos indutivos e dedutivos de análise. Para exemplificar: a categoria trabalho (indutiva), ao analisá-la à luz da teoria de Bronfenbrenner, foi constatado que representava uma atividade molar, com toda sua abrangência e conseqüências. As categorias das forças das pressões econômicas e as decisões políticas passaram a compor o macrossistema, ou seja, as relações que existiam entre as famílias rurais e essas políticas; os programas políticos (agrário, social e de saúde), de cujas decisões o colono/família não participaram, passaram a compor o exossistema; as relações próximas do colono/família com as instituições de

saúde, religiosas, educacionais da comunidade Sol passaram a compor o mesossistema e o colono e sua família, um microssistema.

As posições das pessoas no ambiente, ou seja, as mudanças de papel (pai, mãe, avó, doente, sadio, estudante, etc.) constituíram as transições ecológicas.

Assim, aos poucos, o referencial teórico, abstrato, foi “criando forma, vida e movimento” a partir das famílias da comunidade Sol.

Os conceitos selecionados, amplos, (tempo, pessoa, processo, contexto) foram vistos, conforme Bronfenbrenner (1989, p.188), como aplicando-se durante todo o curso da vida do indivíduo, foram avaliados, contextualizados, concretizados, criticados e validados.

Embora tendo-se iniciado com categorias pré-estabelecidas, o estudo permitiu trazer à tona outras categorias tais como: o trabalho como uma atividade molar, o vínculo apoiador, os riscos e as potencialidades do desenvolvimento da pessoa/família/comunidade e a participação, comunicação e conhecimento interambiente.

Novos conceitos foram agregados com base no estudo, ampliando o novo quadro referencial, onde saúde, doença, ruralidade e desenvolvimento humano ecológico, pessoas/famílias se articulam assumindo dimensões ora concretas, ora teóricas. Esse movimento entre teoria e prática, subjetividade e objetividade, acomodação progressiva e mútua entre um ser humano e o seu ambiente, o cuidado e o descuidado, que emergiu deste estudo, procurarei relatar nos capítulos seguintes.

5 O CONTEXTO ONDE SE DESENVOLVEM AS RELAÇÕES

Este capítulo apresenta o município, o distrito e a comunidade onde foi realizado o estudo, por conseguinte, como vivem, adoecem e se cuidam as famílias rurais da comunidade Sol, bem como as notas reflexivas da pesquisadora.

O Rio Grande do Sul caracteriza-se por ser um Estado cujo setor predominante, no aspecto econômico, tem sustentação na atividade primária. Neste sistema, o elemento básico, ao qual todos os outros se subordinam, é a propriedade agrária, sendo a terra o meio de produção principal. O município de Pelotas situa-se no sul desse Estado, ao longo da Lagoa dos Patos, a uma distância de 256km de Porto Alegre.

Pelotas é um dos municípios mais importantes do sul do Brasil, por ser um pólo de transformação de produtos de origem agropecuária e por se constituir num centro regional de comércio e serviços. A superfície agrícola do município é formada principalmente por pastagens naturais (43,5%), que viabilizam uma importante criação de gado de corte e produção leiteira, e por culturas de ciclos anuais (36,8%), como a do arroz, e a produção de pêssego, pepino, aspargo, figo e morango.

A superfície agrícola se inclui no todo do território do município, 1.924 km², que se caracteriza, basicamente, por duas formas topográficas distintas, com atividades econômicas peculiares. Numa parte, predominantemente plana do território, se encontram a sede do município - a cidade de Pelotas -, as grandes agro-indústrias da região e as extensas propriedades rurais dedicadas à pecuária e a lavouras de arroz, soja e milho. Noutra parte, não tão plana, está a Serra dos Tapes, caracterizada por pequenas

propriedades ocupadas pelos chamados colonos, que exercem atividades ligadas à policultura e à pecuária de pequeno porte.

O município de Pelotas divide-se em nove distritos, desses, sete são áreas rurais, a saber : 3º distrito (Cerrito Alegre), com distância de 14 Km da sede; 5º distrito (Cascata), com 12 Km de distância da sede; 6º (Santa Silvana), com 47 Km de distância da sede; 7º (Quilombo), a 28 Km da sede; 8º distrito (Rincão da Cruz), com 32 Km de distância da sede; 9º distrito (Monte Bonito), com 14 Km de distância da sede. As vias de acesso do município aos distritos são, na grande maioria, estradas de terra, apresentando difícil trafegabilidade nos meses de inverno e de chuvas.

Nos aspectos educacionais, no ano de 1997, na zona rural, existiam 68 escolas da rede pública de ensino, perfazendo o número de alfabetizados nessa área de 20.369 hab., segundo a fonte IBGE/1999.

No século XVIII, com a imigração de agricultores europeus para o Estado, cresceu a expectativa e esperança de renovação econômica e desenvolvimento para o sul. A pretensão era construir um novo padrão de produção e novas formas de propriedade, com novas relações de produção. Ao desenvolver esse processo, o campesinato³⁴ foi introduzido na região montanhosa do município de Pelotas.

Das classes então economicamente dominantes, os estancieiros e/ou charqueadores³⁵, surgiram lideranças que, vendo nesse processo de colonização uma nova fonte de enriquecimento, sustentaram um movimento de especulação fundiária: apossaram-se de terras de mato contíguas às suas propriedades e as transformaram em colônias a serem vendidas aos imigrantes, retendo para si, todavia, as terras planas. Um sistema de colonização de iniciativa privada juntou-se, assim, à colonização oficial. Esse sistema híbrido de colonização se constituiu essencialmente por famílias teuto-brasileiras³⁶, ítalo-brasileiras³⁷ e franco-brasileiras³⁸, as quais se mantiveram isoladas por muito tempo num

³⁴ O aprofundamento sobre o processo histórico de política agrária no Estado do Rio Grande do Sul tem como referência os textos *“Reforma agrária : um compromisso de todos”*(1997) e *“Expansão da agropecuária sul Rio-Grandense (1950-1980)”*, 1995 (Tese de doutoramento), ambos de Fernando Kieling.

³⁵ Em 1780, o português José Pinto Martins funda às margens do Arroio Pelotas a primeira Charqueada. A prosperidade do estabelecimento, favorecida pela localização, estimulou a criação de outras charqueadas e o crescimento da região, dando origem à povoação que demarcaria o início da cidade de Pelotas.

³⁶ Teuto-brasileiro- termo relativo à Alemanha e ao Brasil, ou alemães e brasileiros. De origem alemã e brasileira, cidade de vida inteiramente alemã e brasileira: indivíduo teuto-brasileiro. Teuto-gaúcho refere-se a imigrantes alemães e seus descendentes no Rio Grande do Sul (FISCHER;GERTZ,1996).

³⁷ Ítalo-brasileiras- relativo à Itália e ao Brasil, referente à origem italiana e brasileira.

³⁸ Franco –brasileiras- relativo à França e ao Brasil, referente à origem francesa e brasileira.

espaço social rural, onde a força e as decisões vinham dos grandes proprietários fundiários e dos senhores de escravos.

Nas pequenas propriedades – nas colônias, entretanto, os colonos desenvolveram as técnicas da policultura e da pecuária associadas, sempre orientados pelas necessidades próprias de sobrevivência e pelas relações mercantis, envolvendo o consumo de pequenos grupos urbanos. Essa rede de relações colonial estabeleceu dimensões econômicas suficientes para permitir às famílias viverem, sem a necessidade de hipotecar aos senhores uma parte de sua força de trabalho (GRANDO, 1990).

Em alguns distritos “*rurais*” do município de Pelotas, existe, portanto, a política da monocultura que é desastrosa, além de provocar o desgaste progressivo das terras, empobrece as famílias, tornando-as dependentes do sistema para sobreviverem, como se observou na comunidade Sol e que também foi observado nos estudos de Salamoni; Acevedo; Estrela; et al, 1995).

Concordamos com Kieling (1999) que, com a realidade social em que vivemos, quando as questões econômicas são importantes nas relações que se estabelecem entre indivíduos e/ou grupos sociais, modificações substanciais se fazem presentes nas relações rurais. A atual política agrícola/agrária impede que os colonos, estruturados ou não em grupos familiares, tenham ou mantenham suas terras e condições de auto-subsistência.

Reconhecemos também o que é indicado por Kieling (1996), a respeito da urgência de se abrirem caminhos para uma análise e entendimento mais adequados em relação à política agrária do estado. O objetivo central das reformas a serem implementadas no meio rural deveria constituir-se na elevação dos padrões de vida da população rural brasileira.

Prado Junior (1981), referindo-se à política agrária, privilegia a perspectiva de introduzir, estender e desenvolver, nas relações de produção e trabalho rural, novas e aperfeiçoadas estratégias capazes de assegurar à população rural, nas circunstâncias do país, condições de trabalho, subsistência e atividades que lhes proporcionem um padrão de vida condizente com os valores humanos de nossos dias, o que não é positivamente o caso da comunidade estudada.

Em pesquisa realizada sobre os Indicadores da População do Eixo Pelotas/Rio Grande, pelo Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria (ITEPA) da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), constatou-se que é cada vez menor a presença

de habitantes nas áreas do interior da zona sul do estado do Rio Grande do Sul. Pelotas, maior município da região sul, viu sua população rural, em dez anos, reduzida de 19% para 6,84%; hoje são 22 mil pessoas, em decorrência do êxodo rural e de duas emancipações (PIEGAS, 2002). Portanto, o abandono das casas e lavouras está justificado também nessa pesquisa .

Ainda, para os pesquisadores do (ITEPA), a taxa de urbanização ocorrida em Pelotas, Rio Grande e Bagé decorre da descapitalização do setor primário, processo que vem ocorrendo quase que na totalidade dos pequenos municípios cuja base econômica se sustenta na agropecuária. Comentam, ainda, que a falta de oportunidade no campo, em decorrência deste fenômeno, resulta na diminuição da taxa de ruralização. Cerca de 100% dessas pessoas ficam nas periferias e o objetivo é a busca do trabalho. A simples ilusão de que nos centros urbanos, ao menos, se irá garantir o atendimento médico é também um dos motivos para deixar o campo.

5.1. A COMUNIDADE RURAL SOL

A comunidade Sol está localizada na região serrana do município de Pelotas. Para lá chegar utiliza-se um trecho da rodovia Br-116, sendo que 40 km são de estrada de chão, em condições de difícil trafegabilidade, principalmente em dias de chuva. O distrito possui 107 km de estradas, 57 pontes e 108 bueiros, muitos dos quais transbordam quando chove.

Ao nos aproximarmos da comunidade, encontramos algumas casas próximas umas das outras e, em alguns trechos, ficam distantes mais de 1 km. Algumas mostram pouca conservação, são casas de grande a médio porte, em estilo colonial e, próximos ficam as estufas de fumo³⁹, que têm a finalidade de secar e estocar o fumo. Algumas das estufas têm melhor aspecto do que as casas das famílias. Outras casas estão abandonadas, assim como suas lavouras. Os vizinhos da comunidade relatam que seus moradores foram para a cidade tentar melhores condições de vida. Geralmente fixam-se em alguns bairros da cidade onde há predominância das famílias que vêm da colônia, conforme foi referido no primeiro capítulo. Também próximo às casas ficam algumas árvores frutíferas como laranjeiras e bergamoteiras, as cocheiras, pocilgas, galinheiros,

³⁹ As estufas são construídas com o empréstimo e conforme as exigências da indústria do fumo. Os colonos dão como garantia para o empréstimo as terras e/ou outros bens, se tiverem.

galpões e, em algumas delas, o jardim, com variados tipos de flores. Soma-se a isto, a presença de animais domésticos como galinhas, patos, marrecos, gansos, cavalos, vacas, bois, porcos. A grande maioria das residências possui energia elétrica e água não tratada vinda das vertentes ou de poços artesianos.

As estradas da colônia são de chão de terra, com bastante sinuosidade. Podemos avistar vários morros e cerros, com lavouras de fumo, repolho, milho, morango, batata, abóbora, mandioca, entre outras culturas. Em alguns trechos da estrada encontramos matos de eucalipto, e outros tipos de árvores. Há também uma vegetação abundante, no início da primavera, tornando a paisagem muito bonita. No outono e no inverno a vegetação, trocando de cores, mostra-nos um tapete de vegetação típica da estação.

Ao percorrer a estrada dessa comunidade, encontramos, pela manhã, em frente ao caminho que liga as casas à estrada principal, vasilhas grandes que contêm leite e outras com hortifrutigranjeiros (morango, laranja, repolhos, etc) que são recolhidos pelos caminhões e/ou camionetes da empresa de leite e outras que fazem o transporte dessas mercadorias. Saliento que, para a produção do leite, as famílias têm apenas uma usina de beneficiamento e cooperativa de Laticínios. Assim, parece existir um monopólio também para venda do leite.

Atualmente, toda a produção dessa colônia é colocada no mercado para ser comercializada, sendo controlada por grandes companhias, como é o caso da produção de fumo, pelas companhias de cigarro, e a produção de frutas e legumes, pelas fábricas de conservas e casas comerciais. Portanto, a família rural continua retirando da terra o seu meio de subsistência, agora com monoculturas de alguns produtos, como fumo e frutas.

Encontramos algumas famílias (pais, filhos e idosos) trabalhando nas lavouras de fumo e de repolhos. São poucas as famílias que se dedicam à plantação de hortigranjeiros, os chamados “*quitandeiros*“. Muitas dessas pessoas estão arando a terra com uso de animais, bois ou cavalos, algumas vezes, encontramos a mulher realizando essa tarefa. As roupas são rasgadas, de aspecto sujo, na grande maioria das vezes estão de pés descalços e usando chapéu de palha ou bonés. Às vezes, pelas estradas transitam o pai, a mãe e os filhos, em tratores ou carroças que se deslocam para lavouras mais próximas, pois arrendam terra para poder aumentar sua área de plantio. Ao passar pela Kombi da Secretaria da Saúde, cumprimentam acenando e, algumas vezes solicitam informações sobre consulta, medicamentos, horário e profissionais que podem auxiliá-los.

As casas de comércio encontradas são as conhecidas “vendas”⁴⁰, como já foi referido, e um açougue com abate nas quintas e sextas feiras, local onde as famílias buscam a carne para toda a semana. Os fiscais da vigilância sanitária acompanham o abate nesses dias.

A comunidade faz parte de um distrito de Pelotas e possui 11 colônias, também chamadas de picadas⁴¹. No que tange à educação, possui quatro escolas municipais de 1º grau incompleto e uma com 1º grau completo. Há, ainda, uma escola estadual de 1º grau completo. As crianças que querem continuar estudando devem se deslocar até a cidade.

O distrito possui nove igrejas protestantes evangélicas, denominadas de comunidades livres; duas igrejas Católicas e uma igreja Evangélica de Confissão Luterana. Essas igrejas possuem, de um lado, um salão que serve para realizar casamentos, festas e velórios e, do outro, o cemitério. Para comunicação existem quatro pontos telefônicos, além das linhas convencionais e de celulares. A formação étnica compõe-se principalmente de descendentes de pomeranos e alemães, são aproximadamente 3.500 hab. Existem 700 propriedades de colonos. Conforme foi relatado na pesquisa de Salamoni; Acevedo; Estrela et al.(1995), 60% da população desse distrito é constituída de descendentes de imigrantes de origem pomerana, formadores do que se pode chamar de uma comunidade rural, de acordo com as palavras de Etges (1991):

[...] isto é, ao mesmo tempo, um território definido por oposição dos territórios vizinhos, e um território construído que serve a seus habitantes de residência, de instrumento de trabalho e de quadro de sociabilidade. Este habitat faz coincidir o local de vida e o de trabalho, e combina a vida doméstica e a coletiva (ETGES,1991, p.87).

Ao se observar a homogeneidade étnica nessa comunidade, vale lembrar as considerações de Mendras (1969), quando afirma que, ao observador vindo de fora a impressão é a de estar entrando num mundo fechado, no qual todos têm em comum a mesma herança cultural, baseada num mesmo sistema de valores e num mesmo “instrumental” intelectual e verbal. Portanto, trata-se de uma verdadeira “comunidade”. Na realidade, segundo o mesmo autor, a sociedade envolvente ressalta a unidade interna,

⁴⁰ Casas de comércio onde vendem desde gêneros alimentícios até ferragens.

⁴¹ Picadas são chamadas as pequenas colônias e também as estradas ou atalhos que passam no interior das colônias.

apesar das diferenças existentes entre os membros formadores de uma comunidade. Esse “mundo fechado” passa a constituir o microsistema da família rural.

De qualquer forma, essa aparente unidade vem sendo mantida entre os descendentes dos imigrantes, através de um código padronizado de valores culturais (papéis sociais, práticas religiosas, festas comunitárias, hábitos alimentares, entre outros) e, sobretudo, da manutenção de uma linguagem comum, expressa, nesse caso, pelo uso do dialeto pomerano, o qual é predominante em algumas famílias, mesmo entre os jovens, que, por isso, algumas vezes, têm dificultado a comunicação com seus diferentes interlocutores (nos postos de saúde, nos hospitais, nos bancos, etc.).

É possível prever que, dentro de poucos anos, a modificação passará a afetar por sua vez as relações de parentesco e as atividades lúdico-religiosas, que constituem o núcleo das relações sociais dos integrantes das famílias rurais e que lhe dão identidade (QUEIROZ, 1976).

A comunidade Sol tem sua organização espacial formada por um pequeno aglomerado urbano⁴², representando a sede distrital, em torno do qual se encontram localizadas as propriedades rurais de produção familiar (até 50 hectares). Esse pequeno aglomerado urbano possui energia elétrica e é servido de água encanada, proveniente de uma vertente⁴³ que abastece 17 casas. Este modo de captação foi realizado pela comunidade desde 1950. A grande maioria da população dessa comunidade tem abastecimento de água por vertentes, sendo esse abastecimento suficiente. Durante o estudo, foi realizada amostra da água que abastece a comunidade e foi identificado elevado nível de coliformes, demonstrando contaminação no trajeto entre a vertente e as residências. Não encontrei dados sobre os índices de verminose.

Na sede da comunidade existe uma subprefeitura, responsável pela coordenação e execução de obras públicas, principalmente pela abertura e conservação de estradas. A infra-estrutura da comunidade é formada basicamente pela presença de três estabelecimentos comerciais (vendas), uma central telefônica e um posto de saúde. Próximo a este ficam a subprefeitura, uma oficina, onde geralmente se encontram os colonos para consertar carros e tratores e conversar com o proprietário, a casa do subprefeito, mais duas residências e a casa do médico que atua no posto de saúde. Essa

⁴² Segundo o IBGE, define-se como situação urbana o conjunto de domicílios recenseados nas áreas urbanizadas, correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas (IBGE, 1991).

⁴³ Declive de montanhas, por onde derivam as águas pluviais (FERREIRA, 1993).

casa era um museu etnográfico da cultura pomerana, fruto do trabalho de pesquisa e extensão realizado por uma equipe multidisciplinar de pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas, inaugurado em 1998 e desativado em 2001, para servir de moradia para o médico. A comunidade local fez várias atividades com fins lucrativos, para auxiliar na restauração da casa a fim de torná-la própria para moradia do médico e sua família. Ao lado esquerdo do posto de saúde, fica a casa da senhora que era atendente de enfermagem, conhecida como “a enfermeira do Sol”.

Ao lado da central telefônica, há um cemitério da comunidade evangélica; logo após, ainda do mesmo lado, a igreja evangélica e, em frente a esta, a católica. Ao lado da igreja evangélica há um grande salão destinado à realização de festas típicas (festa da colheita, quermesse, e o “stipper”⁴⁴), além de casamentos e batizados. Localizando-se aos fundos do salão, uma capela mortuária. Acontece, em algumas ocasiões, simultaneamente, festa no salão à frente e velório na capela aos fundos.

Os salões comunitários são presença marcante na vida rural. As festas comunitárias são, na verdade, um elemento característico da cultura pomerana. A fartura de pratos originários da culinária trazida pelos imigrantes se mantém até hoje, como ganso defumado, carne de porco e muitos doces, sendo servidos por ocasião dos festejos comunitários.

Na comunidade Sol, o lazer consiste em ir a festas religiosas da igreja Evangélica ou da Católica, a jogos de futebol, a jogos de carta e bocha, a festas de casamento, ou de batizado.

Ao participar de uma festa da Igreja Evangélica, pude observar que os homens, adolescentes e idosos, geralmente, ficam no local onde servem bebidas alcólicas e onde fica a banda musical, conversando e bebendo cerveja. As mulheres idosas e as casadas, juntamente com os filhos menores, geralmente vão ao recinto onde é servido o café colonial que inclui café, leite, açúcar, sanduíche (mortadela, manteiga e pão feito em forno de barro), bolos de vários tipos, (bem confeitados e saborosos), cucas⁴⁵, pãezinhos recheados com carne moída temperada, pão feito em forno de barro coberto com um molho de maionese, pepino, cenoura e salsicha. Do lado de fora do recinto, perto do local das

⁴⁴ É assim chamado pelos pomeranos o ritual religioso e festivo da “serenata de Páscoa”. No sábado de aleluia um grupo de homens veste roupas femininas e pinta o rosto e as mãos. Em silêncio, deslocam-se em procissão, visitando as casas dos descendentes dessa etnia; na chegada saúdam os moradores anunciando a Ressurreição de Cristo, tocando instrumentos musicais e cantando hinos religiosos.

⁴⁵ Pão de massa doce coberto com açúcar ou frutas.

bebidas também são servidos churrasquinhos de carne de porco (espetinhos). As adolescentes ficam desfilando de um lado ao outro, rindo muito. Vestem roupas transparentes, curtas e decotadas, algumas usam vestidos longos, de festa, em plena estrada de chão. Os casais de namorados ficam em locais onde não circulam muitas pessoas.

Nessas festas, há jogos como o do “porquinho da índia”, cujos apostadores devem adivinhar em qual casa o “porquinho” entrará, concorrendo a prêmios como bonés, camisetas, bolos, bolas. Neste jogo os participantes são mulheres e crianças enquanto que no jogo da pescaria, a maioria são crianças. No jogo de bolão, a bola fica pendurada em uma haste, como um pêndulo e é impulsionada, para derrubar as garrafas. Neste, a maioria dos jogadores são homens, enquanto algumas mulheres apenas assistem. Parece que, na festa, cada um tem seu lugar, mulheres, crianças, homens e adolescentes.

Vale lembrar que as igrejas onde são realizados os cultos e as missas dominicais representam os únicos espaços de lazer, descanso, e sociabilidade entre as famílias dos produtores e os moradores da sede. Ao participar de um culto, observamos que alguns homens sentam-se à direita e as mulheres à esquerda. Segundo os informantes, até o ano de 1995 os casais iam juntos ao culto, mas, na igreja, sentavam-se em alas separadas, assim como só era permitido cantar no culto os integrantes do coral. Atualmente, já é aceito que todos cantem, mas há uma timidez dos frequentadores do culto quanto à participação. Outro fato curioso narrado é que os homens tomavam a “Santa Ceia” em primeiro lugar e depois as mulheres; atualmente isso não é mais seguido de forma tão rígida.

Assim, comprovamos o que Nobre (1998), falando sobre gênero, diz:

A hierarquia de gêneros é detectada não só na produção agrícola, mas na sexualidade, na posição na comunidade (na posição simbólica mulheres à esquerda, homens à direita, no interior da igreja) e na família (NOBRE, 1998, p.21).

Às várias vendas os homens costumam ir sexta-feira à tarde, em torno das 18 horas, a fim de beber cerveja e samba (cachaça com refrigerante), ficando até cerca de 1 hora da manhã. Esse ritual é repetido no sábado e no domingo, começando à tarde, em torno das 15 horas. Segundo relatos, o alcoolismo é um dos fatores que têm causado desentendimentos nas famílias. Não há dados quantitativos dessa informação, apenas o observado e relatado pelos informantes.

A organização da terra e a família

Na porção do município de Pelotas onde se encontra localizada a comunidade Sol, a ocupação das terras esteve marcada pela presença de propriedades de menores dimensões, em torno de 48 hectares, uma vez que essa área destinava-se ao projeto de colonização no ano de 1856, implementado tanto pela iniciativa pública, ou seja, pelo governo imperial ou provincial, quanto pela particular com o empreendedor alemão Jacob Rheingantz (SALAMONI, ACEVEDO; ESTRELA; et. al. 1995; COARACY, 1957).

Desde o início da ocupação das terras, a norte e noroeste do município, houve um flagrante predomínio, tanto em número quanto em área, dos estabelecimentos rurais, que ocupam de 30 a 50 hectares. O tamanho médio das unidades produtivas familiares é de aproximadamente 21 hectares. Lembramos que vem ocorrendo, ao longo do tempo, um processo de parcelização das colônias originais, através da divisão patrimonial por herança.

Percebemos que ser proprietário é um aspecto supervalorizado na ótica camponesa, uma vez que a propriedade individual tem para o produtor um significado de autonomia. É ele, na condição de proprietário, que toma as decisões a respeito do processo produtivo, tanto em termos da organização da produção, como do controle do processo de trabalho. Isso significa, acima de tudo, que o fator terra constitui a base sobre a qual irá empregar o trabalho coletivo do grupo familiar. Fatos como esses também foram observados por Salamoni (2000) ao estudar a produção familiar nessa comunidade. Ainda, conforme os informantes, o poder comprar bens como: terras, trator, carro, animais, maquinário agrícola, designa o colono “forte”.

Compartilhando das idéias de Salamoni (2000), percebi o grupo familiar na comunidade Sol como sendo o conjunto de todos os membros que formam a unidade produtiva e participam direta ou indiretamente do processo de produção e reprodução camponesa. Desse modo, alguns dos filhos, que tenham constituído nova família, se continuarem ligados à unidade produtiva, ou, ainda, qualquer pessoa ligada por laços de parentesco, na mesma situação, são todos considerados membros de um único grupo familiar.

Em relação ao cultivo, de uma maneira geral, esse grupo familiar, ou seja, o dos colonos, mantém o predomínio das culturas temporárias, mas alguns cultivos permanentes e de forrageiras também são comuns na área. Uma prática freqüente na

utilização das terras no distrito do Sol é a associação no cultivo de alguns produtos da lavoura temporária, como é o caso do consórcio feijão e milho. Como o feijão é cultivado nas “entrelinhas” do milho, esse tipo de prática agrícola acaba impedindo o uso da mecanização. Com isso, o preparo da terra para o plantio é essencialmente feito de forma manual.

Embora com menor frequência, o cultivo do milho também encontra-se consorciado com outros produtos de autoconsumo das famílias rurais, como é o caso da associação com a batata-inglesa, a abóbora e a mandioca. O uso da terra, nessa área, é reconhecido empiricamente pela especialização da cultura do fumo, mas, conforme se observou, há a permanência da diversificação de culturas, como, por exemplo, plantações de morango, batata inglesa, milho, feijão, repolho, abóbora.

Ainda nos apoiando em fatos observados, os moradores da comunidade Sol, às vezes, desempenham papéis simultâneos como de contadores, veterinários, médicos, agrônomos, pois essas funções são necessárias para manterem os lares e os negócios, já que é um local afastado geograficamente dos grandes centros.

Reflexões

Ao refletir sobre os dados, percebi que desde o momento em que adentramos os limites da comunidade, a paisagem é tranqüilizadora, mas as interrogações surgem, quanto ao estado de conservação das casas, a distância geográfica; a monocultura do fumo; e as várias igrejas com seus salões. Assim, o estado de conservação de algumas casas e o abandono de outras nos levam a perceber que algo está levando essas pessoas a fugirem da área rural de um distrito que há 20 anos era o maior produtor de aspargos e morangos.

Uma das possibilidades de explicação para essa fuga pode ser o fator isolamento cultural e geográfico. A comunidade Sol, conforme já foi referido, tem como predomínio pessoas de origem pomerana e alemã e caracteriza-se por ser a mais distante do município de Pelotas. Além disso, a deficiência no transporte coletivo, apenas duas vezes ao dia, inibe as interconexões. O grau de isolamento varia entre as áreas rurais, dependendo do impacto dos sistemas de tecnologia/comunicação, transporte, economia e clima. O isolamento, particularmente aquele produzido pela baixa densidade populacional,

afeta os padrões de comunicação e de transporte; as interações entre famílias, amigos e vizinhos, bem como a disponibilidade de serviços básicos especializados. Assim, as influências singulares culturais rurais, incluindo sistema de valores, dinâmica familiar e isolamento, todas juntas dão forma a um modo peculiar de viver, adoecer e se cuidar das famílias estudadas.

A comunicação/informação insuficiente, inadequada, por sua vez, faz com que as famílias se afastem ainda mais dos serviços de saúde e dos programas sociais. Por outro lado, os profissionais de saúde, da agronomia, da veterinária, da educação, igualmente, pouco contactam com as famílias. Há, ainda, a distância social, da saúde, visto que dificilmente um integrante dessas equipes vai até o domicílio dessas famílias, não sabendo, portanto, o que se passa na e com a família rural. Então, considerando-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o “de saúde para todos” não chega a ser cumprido, isto é, o conhecimento, a participação e a comunicação entre os ambientes não são concretizados. Os dados ainda apontam que, por necessidade ou preferência, os moradores desenvolvem alguns papéis múltiplos, incluindo os de profissionais, como médico, veterinário, agrônomo, sem estarem preparados, visto que urgem decisões que devem ser tomadas por se encontrarem afastados do ambiente urbano. Esse enfoque também já foi ressaltado por Long (1993).

Desta forma, pode-se dizer que as dificuldades de comunicação entre ambientes poderão causar um desenvolvimento ineficaz para o colono, sua família e comunidade, tendo em vista o fato de não terem acontecido os processos de acomodações mútuas, pois, segundo Bronfenbrenner (1996):

[...] a ecologia do desenvolvimento humano envolve o estudo científico da acomodação progressiva mútua, entre um ser humano ativo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo, é afetado pelas relações entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos (BRONFENBRENNER, 1996, p.18)

Pode-se constatar que outros elementos estão presentes no viver das famílias rurais e impedem o desenvolvimento de suas potencialidades. É o caso da venda do leite, do fumo. As famílias produtoras não vêem outras alternativas a não ser vender para as empresas que detêm o monopólio dessas produções, por isso, submetem-se a elas para sobreviverem, ou seja, a submissão à agroindústria é o que está posto hoje como viável

para a família rural. É a forma de resistir e não migrar. Em outras palavras, podemos afirmar que a comunidade não consegue transitar em outros sistemas (Bronfenbrenner, 1996).

Acrescenta-se a isto o fato de que a maioria das famílias vive da plantação do fumo, a qual precisa de grande quantidade de agrotóxicos, o que, certamente, afeta a saúde dos colonos. Associado a isto, para iniciar a plantar fumo, o colono tem que se submeter às políticas das indústrias multinacionais, dando a sua terra como garantia dos empréstimos. Mas é essa a lavoura que lhe dá possibilidade de sobrevivência .

Percebe-se que o exossistema (políticas agrárias, industriais) pode ser propulsor ou não do desenvolvimento humano. Ressaltamos que é o espaço de interação e convivência, no qual o indivíduo não participa, não se encontra presente, mas sofre influência direta desta dinâmica das políticas.

Podemos ainda perceber que a comunidade Sol encontra-se em constante movimento. Iniciada com os primeiros colonizadores, que enfrentaram todos os percalços de desbravadores, passando pelo período em que conseguiam se manter com a sua produção, foi seguida pela época das grandes plantações de aspargos e morangos, em que vários colonos tiveram lucros. Atualmente, parecem encontrar-se em momento de espera, pois não conseguem ter novos investimentos, ou incrementar a pluriatividade, encontrando, a curto prazo, como única saída a plantação de fumo. Ao analisar esses fatos, evidenciam-se as questões históricas da comunidade e das famílias, ou seja, a temporalidade, fazendo parte do processo de viver da família/comunidade, que Bronfenbrenner (1989) chama de cronossistema que incorpora o tempo à história do desenvolvimento do indivíduo (eventos e experiências), evidenciando seu efeito sobre o desenvolvimento.

No que diz respeito ao macrossistema, este é definido como a totalidade dos sistemas anteriores, que representam a cultura na qual a família está inserida, o conjunto de crenças e valores, as regras e papéis esperados e difundidos dentro de um contexto mais amplo, além dos aspectos econômicos, sociais e históricos. Neste caso, o macrossistema é composto por forças como as pressões econômicas e decisões políticas no que tange às questões das famílias rurais. Ainda podemos dizer que a comunidade faz parte de um contexto de interação com seus diversos níveis de microssistemas, além de meso e exossistemas, ou seja, entre os ambientes e as pessoas.

6 FAMÍLIAS RURAIS: CENAS DA VIDA DIÁRIA

Apresento, aqui, o modo de vida das famílias rurais da comunidade Sol, seu cotidiano, seus valores, crenças, seus medos, suas alegrias, suas interações, seu trabalho, suas dificuldades.

A família e suas relações sociais de trabalho

As famílias dessa localidade, quando da realização deste estudo, estavam utilizando o Programa Nacional da Agricultura Familiar (Pronaf), de apoio ao pequeno agricultor, muito importante para a zona sul do Estado. O referido programa, do governo federal e do qual participa a prefeitura, libera recursos para o custeio de lavouras e investimentos na agricultura, de forma que os beneficiados consigam realizar o plantio no devido tempo e com as necessárias condições, possibilitando alcançar bons índices de produtividade, além de fazer melhorias em sua propriedade rural. No entanto, nos últimos anos, a liberação de verbas para esse programa não vem ocorrendo, devido à atual conjuntura financeira do país (SCHUCH, 2002).

O Banco da Terra da Associação dos Municípios da Zona Sul, que favorece às famílias a aquisição de terras, é um outro programa, porém pouco utilizado pelas famílias da localidade. A participação no mesmo depende de encaminhamento de projetos pelas prefeituras, intermediados, em alguns casos, pelo Sindicato dos Trabalhadores

Rurais. Estão aptos a se inscrever no Banco da Terra meeiros⁴⁶ filhos de produtores que não possuem um módulo rural, ou que dispõem de quantidade insuficiente de terra para produção e arrendatários. Poucos colonos utilizam esse serviço, uns por não possuírem as informações necessárias; outros, por insegurança quanto ao programa.

Gradativamente, os produtores familiares do Sol passam a incorporar a chamada industrialização da agricultura e modificam os sistemas de produção, através da substituição dos produtos tradicionalmente cultivados, os quais cedem espaço para o cultivo do fumo. Ao lado disso, os produtores vão perdendo as atitudes e práticas herdadas dos antepassados e passam a adotar os pacotes tecnológicos repassados pelas indústrias fumageiras⁴⁷. Paralelamente, na ânsia de adequar a produção às exigências do padrão industrial, tanto em termos de produtividade da terra como do trabalho, eles tornam-se dependentes de insumos técnicos e químicos de origem externa à propriedade, ou seja, acabam por gastar mais com produtos.

Há que se considerar, também, que algumas famílias rurais da região sul utilizam-se de grandes aparatos tecnológicos, máquinas e informática, o que não é o caso da região aqui estudada, pois o trabalho é braçal e com poucos recursos tecnológicos.

A principal fonte de renda das famílias da comunidade Sol, no entanto, são as aposentadorias rurais. Este benefício é, muitas vezes, o que mantém os jovens com suas famílias, no campo, tendo a aposentadoria mais uma conotação econômica do que social, o que podemos observar na seguinte fala: “[...] aqui na colônia, o dinheiro da aposentadoria é sempre certo [...] com ele dá prá comprá remédio prá eles e comida que falta [...]”

No que se refere ao trabalho, observamos, o que também já foi referido por Salamoni (2000, p.230), que este é familiar, isto é, realizado pelos “membros pertencentes à unidade produtiva camponesa, envolvidos diretamente no processo produtivo, e que se denomina de mão-de-obra familiar”. Essa forma de trabalho engloba pais, filhos e outros membros, consangüíneos ou não, que trabalham unidos, e apresenta uma característica peculiar quanto à remuneração, ou seja, nenhum desses trabalhadores recebe, em troca de seus serviços, um pagamento monetário, pelo menos não na forma de salário. Em outras palavras, o chefe da unidade empreende o capital para compra de adubos, sementes,

⁴⁶ O que planta em terras alheias, repartindo o resultado das plantações com o proprietário.

⁴⁷ Anjos (1995) explica que o agricultor introjetou a idéia de que “plantar na técnica” está sempre em oposição ao modo tradicional de produzir, como se não pudessem ser complementares entre si. Por exemplo,

agrotóxicos ou maquinário para continuar trabalhando na nova safra. Os membros da família são remunerados com vestuário, saúde, lazer, entre outros.

Partimos, assim, da constatação de que as famílias rurais do estudo poderiam ser consideradas de baixa renda, pois segundo Hoffmann; Kageyama (1985), no setor agrícola, 68% das pessoas economicamente ativa têm renda inferior a um salário mínimo mensal, enquanto que na urbana a cifra é de 40%.

Ressalta-se, aqui, mais uma vez, uma característica da família dessa área rural: todos os membros que têm condições de assumir tarefas executam algum tipo de trabalho, estabelecido de acordo com os princípios da divisão de trabalho por sexo e idade. Por exemplo, o chefe da família, quase sempre o pai, auxiliado geralmente pelos filhos do sexo masculino, assume a responsabilidade de gerenciar a unidade familiar. Executam as tarefas mais “árduas”, isto é, o trabalho na lavoura, principalmente o cultivo do fumo e o cuidado com os animais, especialmente com animais bravos, como o touro em pastagens e/ou cavalos.

Teoricamente, o trabalho feminino e dos filhos menores, sem distinção de sexo, é a participação nas atividades denominadas leves, ligadas às tarefas domésticas, cuidados com a horta e animais pequenos (galinhas, patos, marrecos, porcos). No entanto, sabe-se que as mulheres e as crianças atuam também diretamente em toda a produção agropecuária, pois trabalham junto aos homens, desde o semear até a colheita da produção, sem distinção de trabalho. Aos idosos compete ajudar nas atividades de plantio e colheita do fumo e às crianças, colher ovos, tratar pequenos animais e separar as folhas de fumo.

Observa-se que a família rural, na região sul, tem uma rotina laboral baseada na divisão do trabalho, de acordo com o sexo, com relevante sobrecarga para as mulheres. Isso porque, além dos afazeres domésticos, que realizam sem auxílio dos homens, elas trabalham com o mesmo rendimento deles nas lavouras. A elas ainda cabem outras tarefas, tais como: tirar leite, tratar os animais, cuidar da horta e do jardim, buscar pasto na roça, carregar lenha, etc.

A maioria das mulheres da comunidade rural prefere o trabalho da lavoura, pois, segundo dizem “*este trabalho aparece, se capino uma lavoura todos podem ver meu serviço [...]*”. Isso vem confirmar o que é enfatizado por Wanderley (1989) e Nobre (1998), que o trabalho desempenhado pelas mulheres é demarcado por três características:

usar o esterco de vaca é visto como uma prática ultrapassada, em relação ao adubo químico divulgado pela indústria.

é constante, intenso e diversificado. A jornada diária das mulheres rurais combina atividades desempenhadas na produção agropecuária com a execução das tarefas domésticas, que são realizadas intercaladas entre o tempo destinado ao trabalho na lavoura e à criação de animais.

Em se tratando da mulher rural, seja ela produtora de fumo ou não, a mesma tem sido duplamente explorada: primeiro, pelo fato de executar tarefas domésticas, como cuidar dos filhos, da casa, da horta, dos animais domésticos, da alimentação, além de ser igualmente responsável pela sobrevivência do grupo familiar. Segundo, porque seu trabalho é considerado apenas como “ajuda” e não é devidamente valorizado, o que também já foi assinalado por Salamoni (2000) e Nobre (1998). Na comunidade Sol, tanto para as mulheres como para os demais membros da família, o trabalho é imprescindível para satisfazer suas necessidades e para manter o patrimônio da família. Por isso, todos trabalham e alguns até se sobrecarregam de funções, como é o caso das mulheres.

O trabalho faz com que durmam tarde e acordem cedo, tendo em vista todas as atividades que têm que desenvolver durante o dia. E isso pode acarretar perda da qualidade de vida, provocando doenças. Pela análise dos dados, percebemos que o tema trabalho está acima de tudo para as famílias estudadas, pois sempre foram enfáticas ao conceituar saúde, dizendo que “*ter saúde é poder trabalhar e trabalhar é ter o que comer*”. Partindo-se desta fala e de outras, poderíamos dizer que os indivíduos têm o corpo como um instrumento e este deve ter condições adequadas para desenvolver atividades, fazendo o que é proposto pelo grupo familiar (SCHWARTZ, et al., 2001).

No capítulo anterior, falando sobre o núcleo familiar, vimos que cada membro da família tem seu papel a ser cumprido: o homem, o de cuidar de animais grandes, lavrar a terra e fazer negócios; a mulher, o de cuidar dos animais menores, da casa, da horta, tirar leite e cuidar dos filhos e, ainda, como dizem, “*ajudá na lavoura*”. Percebe-se que a mulher não é *considerada como* trabalhadora na lavoura, mas sim como quem ajuda. Nesse meio, ela tem igualdade de deveres, os quais significam trabalho e, neste ponto, se equipara ao homem, mas não tem igualdade de direitos a respeito das decisões, pois estas cabem somente ao homem (QUEIROZ, 1976).

Considerando o viver rural na comunidade Sol, as famílias que trabalham com a produção do fumo utilizam-se de um coletivismo no processo de trabalho, que faz parte do raciocínio típico do rural, e que acompanha os produtores, desde as gerações mais jovens até a velhice. Algumas das etapas da produção do fumo não exigem grande esforço

físico, o que permite a participação desde cedo dos filhos e filhas menores. O mesmo acontece com os idosos, que encontram nesse trabalho a possibilidade de prolongar a sua participação como membro ativo da família. Dessa forma, confirmam o referido por Etges (1991, p. 119) “[...] consideramos as pessoas de até 60 anos como unidades de força de trabalho em pleno vigor, porque esta é a prática entre os camponeses, ou seja, as pessoas trabalham até o fim de suas vidas, só deixando de fazê-lo em caso de doenças”. Ou seja: viver é poder trabalhar.

Ressaltamos que é comum a prática de ajuda mútua, ou seja, a troca de serviços entre parentes e vizinhos, desde que não implique pagamento remunerado, mas sim devolução de dias trabalhados, sempre que for solicitado. Essa ajuda acontece nos períodos de safra agrícola, ou em situações emergenciais, como doenças na família, ou perdas de patrimônio. Em algumas situações, como por exemplo por ocasião de doença de um dos membros da família, ocorre a demanda por mão-de-obra externa, ou seja, por trabalho contratado e, para este, há pagamento.

As famílias

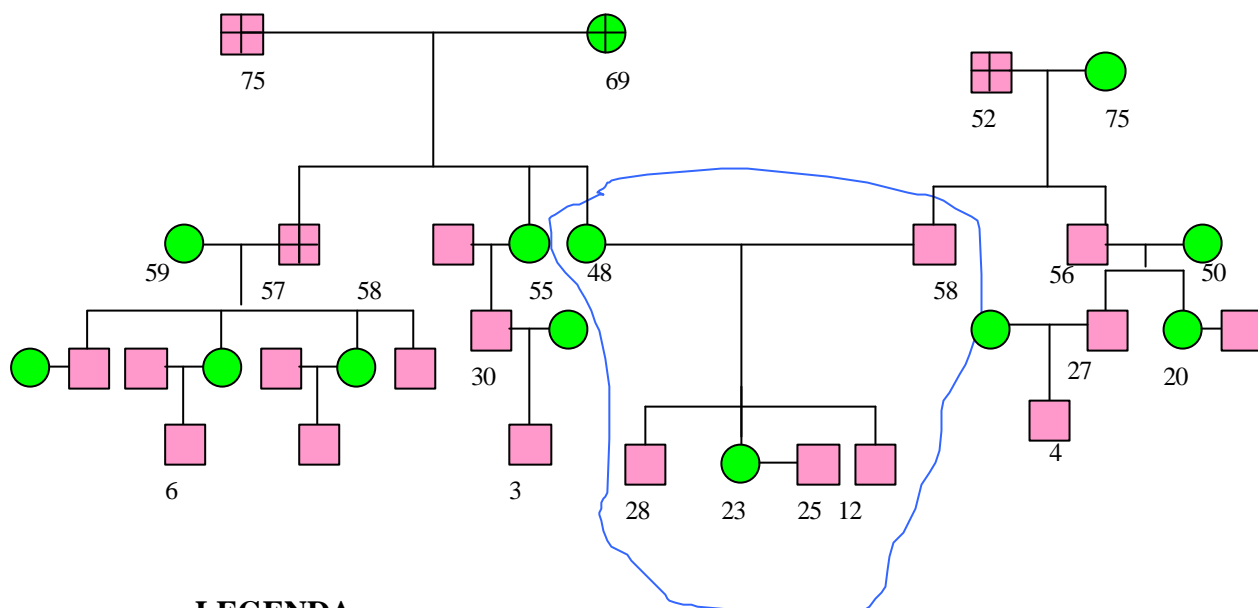
Retomando o tema, este aborda a família rural e seus integrantes, bem como a sua organização, o seu cotidiano e as suas relações, seu microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema, mostrando como estes sistemas podem interferir no viver, adoecer e cuidar das famílias rurais. Apresenta os cenários próximos, que afetam as experiências dessas famílias, ou seja, as relações entre os integrantes, os serviços de saúde, a educação e o sistema agrário, a sua rede social e os membros da família extensa.

Neste momento, apresento as famílias e seus integrantes: a **família (des)Conectada** – composta pelo casal (o pai era alcoolista), dois filhos portadores de doenças e uma filha casada vivendo em Pelotas; a **família Esperança** - formada por um casal jovem com seus dois filhos pequenos; a **família Apoio** – composta pelo casal de avós, o filho casado, com seus filhos, que vinham enfrentando doenças e mantinham o apoio e o cuidado a seus integrantes; e a **família Cuidado**, formada pelo casal de avós, a filha casada, com suas filhas, que cuidavam do avô doente.

A família (des)Conectada

Moravam na mesma residência o casal e dois filhos, um com 12 e outro com 28 anos. A filha, com 23 anos, morava na cidade com um companheiro. A família possuía

uma leitaria⁴⁸ (vendiam leite) e tinha criação de porcos e galinhas em parceria com o genro. A casa era um sobrado de construção antiga à beira de uma estrada principal, a aproximadamente 500 metros do posto de saúde. Esta família foi-me apresentada pelo subprefeito, quando fui entrevistá-lo para o estudo. Na ocasião ele relatou-me o caso de uma família que estava aguardando a visita de uma assistente social. Observemos, o genograma da família.



LEGENDA

 Sexo masculino

 sexo feminino

 Sexo masculino falecido

 sexo feminino falecido

Os pais do chefe desta família tiveram dois filhos: um, com 58 anos, o esposo da família (des)Conectada, outro, com 50 anos, também casado, tendo um casal de filhos, um rapaz com 27 anos e a menina, com 20 anos, que casara no sábado anterior. A esposa disse-me:

[...] tivemos que ajudar no casamento, emprestei uns bancos [...] ele fez uma boa festa de casamento para a filha [...] ele tem dinheiro [...] plantam fumo [...] o fumo deu muito bem.

⁴⁸ Termo utilizado pelos colonos relativo à produção de leite, possuem vacas e geralmente um resfriador que serve para manter o leite até a vinda do caminhão para recolhê-lo.

Esse casal de pomeranos (ela de outra colônia e ele da comunidade Sol) se conheceram em uma festa religiosa, muito comum nas comunidades rurais da região sul do Brasil. Namoraram um ano e casaram, com permissão das famílias. Fizeram “festa pequena”, apenas para os vizinhos próximos, os pais, os irmãos, os primos e os tios. Ela já estava grávida. Casaram-se só no civil, em casa, num fim de semana, pois o noivo não queria casar no religioso. O casamento fora em maio e em setembro já nascera o primeiro filho. Ela conta: *“tive muita vergonha na época por estar grávida, mas a gente não sabia como fazer [...]”*.

No início do casamento moraram na casa do sogro dela e, depois de dois anos, compraram a terra e a casa onde moram atualmente. As terras foram adquiridas pelos pais. Os pais dele tinham muito dinheiro naquela época, pois plantavam aspargo. As terras têm 14 hectares e foram as que couberam para o marido na partilha com o irmão. Os pais dela plantavam cebola, milho, batata, feijão, mas tudo era para o consumo próprio, e tinham uma leitaria. Ela lembrava de alguns anos atrás, dizendo:

[...] naquela época o aspargo dava dinheiro, mas aí as fábrica foram fechando e não tinham mais para quem vender [...]

Estavam casados há 29 anos: ela, com 48 anos, de estatura baixa, magra, cabelos curtos e loiros, falante e estudara até a 4ª série do ensino fundamental. O esposo era magro, estatura alta, cabelos esbranquiçados, dentes descuidados e arcada dentária incompleta, era analfabeto e alcoolista, já tendo passado por duas internações em hospital psiquiátrico. Sua expressão facial mostrava que algo não ia bem. Algumas vezes participava das entrevistas; outras, ficava observando de longe.

O filho mais velho, com 29 anos, solteiro, estatura média, cabelos curtos e loiros, estudou até a 5ª série do fundamental, apresentando dificuldade no aprendizado, conforma a mãe. Dificilmente se aproximava de mim nas conversas, sempre ficava, ou trabalhando ou nos observando. A mãe referia que ele tinha um tumor nas cordas vocais, descoberto por ocasião do exame de saúde para entrada no Exército. Falava com dificuldade e recebia benefício do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), por ser deficiente e ter problemas de saúde.

O outro menino, com doze anos, magro, estatura pequena para a idade, cabelos curtos e loiros, apresentava deficiência mental de grau leve, só falou aos dez anos, quando foi colocado em uma escola especial para surdos-mudos. Participava também da

escola regular, próxima de sua casa, onde freqüentava o 1º ano do ensino fundamental, durante o turno da tarde. O menino ouvia bem, era de fácil relacionamento, bastante atento e curioso, falava com desenvoltura, porém com dificuldade de dicção.

A filha do casal, com 23 anos, de estatura alta, cabelos longos e loiros, obesa, usava óculos, era falante e sorridente, estudou na cidade, tendo cursado o segundo grau incompleto. Morava na cidade e, segundo a mãe, estava vivendo com um companheiro. Ela disse: [...] *hoje em dia é assim [...]*. Mas, ainda segundo a mãe, era o casal que os auxiliava nas despesas quando precisavam. Durante o estudo, houve separação da filha, causada por violência e dívidas do esposo (genro).

Os encontros com a família

No primeiro dia de visita convidei a assistente social do posto da Lua para realizar uma análise dos papéis, a fim de encaminharmos para o INSS a avaliação sócio-econômica e descobrirmos qual era o problema do menino. Ao chegarmos a casa, encontramos o esposo varrendo o pátio. Cumprimentamos e nos apresentamos, enquanto ele, sempre segurando uma vassoura na mão, foi falando:

[...] eu não tomo mais os remédios porque fico muito esquecido, ... preciso tomar remédio pros nervos [...] ah, eu sinto uma coisa ruim na cabeça [...]

Nesse momento, chega a esposa, com botas até os joelhos e cumprimenta, dizendo:

[...] me desculpe, que eu estou assim (estava de botas sujas), eu estava nas coqueiras limpando [...] tô cheirando a bosta de vaca, é meu serviço [...]

Olhou para o marido e disse: “*Ele às vezes não sabe o que tá falando*”. Convidou-nos para entrar, fomos pelos fundos da casa, havia um avarandado, de uma construção nova, ela retirou as botas nesse local e colocou chinelos. Havia um tanque e uma máquina para lavar roupas (a máquina apenas lavava). Disse que ganhara da filha. No local havia vários vasos com flores. Ela me disse: “*Gosto de plantar e cuidar de flores, sempre se arruma um tempo*”. Foi nos levando para dentro da casa e fechando as portas

dos cômodos, dizendo que estava tudo desarrumado e sujo, pois tudo era ela que fazia: “É, sou só eu para dar conta de tudo”. À entrada da casa existia um local como se fosse um depósito, passamos pela cozinha e, no corredor, existia um lavatório, onde, enquanto lavava as mãos, foi perguntando se era para saber do seu filho mais novo que estávamos lá:

*[...] já faz quase um ano que levei os papéis para ele receber do INAMPS
[...] disseram que vinha uma assistente social.*

Levou-nos para a sala na qual havia um sofá antigo, uma mesa com cadeiras, um freezer horizontal, uma televisão e várias flores na janela. Havia roupas limpas, mas rasgadas, espalhadas pela mesa, ela retirou-as e convidou-nos para sentar. Explicou-nos como eram seus filhos, que, naquele momento, não estavam, pois as quartas e sextas-feiras, pela manhã, eram os dias em que o mais velho levava o menor para a escola especial para surdos-mudos, na cidade de Pelotas. Iniciou contando a história do filho mais velho e mostrando os papéis com a avaliação do psicólogo, do psiquiatra e de um clínico geral do menino menor. Os laudos, exames e medicamentos do filho mais velho ela nunca mostrou, mesmo mais tarde, em outras visitas, quando, várias vezes, solicitamos. Falou-nos que, no filho mais velho, a doença fora detectada quando “*passou pelo exame do quartel*”, então com dezoito anos, e que foram encontrados nódulos na garganta, pois até então “*ele tinha uma voz esquisita*”. Relatou que, primeiro, fora ao posto de saúde e “*como não tínhamos recursos, aí fui ao médico do Sindicato dos Trabalhadores Rurais*”. Aí foi indicado um otorrinolaringologista e este disse que tinha que ser um “*só de garganta e pescoço [...] diz que tem um nódulo de oito cm, o médico disse que era benigno*”. Era para ele fazer cirurgia, não quis, porque ia ficar sem voz, isso há dez anos atrás “*e ele não queria ficar no hospital, pois o irmão menor também não falava*”. Ela referiu que chorava muito, não sabendo o que fazer. Então o filho falou-lhe para não se preocupar, que ele esperaria para fazer a cirurgia.

A seguir, contou a história do filho menor: “*Ele chegou aos dois anos e não falava, aos quatro e não falava e aos seis e não falava, e assim por diante*”. Somente há dois anos atrás, por ocasião do velório de um familiar, um primo se interessou pelo menino e providenciou o encaminhamento adequado, tendo em vista que, já com dez anos, ainda continuava não falando. Esse familiar, inicialmente, o levou a um psiquiatra, o qual solicitou que o levassem a uma psicóloga, que indicou uma escola especial, a qual ainda estava frequentando. Cabe salientar que o menino tinha registro no prontuário da família,

no posto, mas, em nenhum momento, foi feita referência ao desenvolvimento psicomotor, afasia, ou outro aspecto do mesmo.

Continuando, a mãe referiu estar esperando pela avaliação do serviço social para poder receber auxílio financeiro pela deficiência do filho, pois não tinha condições de arcar com as despesas de cuidado. Nos dias em que o filho mais velho levava o menor para a escola, ela ficava sem auxílio nos afazeres domésticos. Nesse dia, o esposo ficou presente e, sempre que falava, a esposa, de longe, fazia sinais para mim e a assistente social: indicativos de que ele não estava bem certo (círculos em redor da orelha).

O marido contou que esteve internado no hospital por duas vezes. Mostrou as receitas e disse que não estava tomando, pois “*era caro de comprar*”. Orientei-o no sentido de ir ao posto para conseguir o medicamento. Ele falou: “*Eu acho que tô fraco da cabeça, tenho que consultar para ver o que é*”. Nessa família, a mulher parece ser a chefe, pois é ela que designa o serviço aos homens da casa.

Em outras visitas, sempre a encontrava de botas e limpando as coqueiras. Quando perguntava pelo esposo, ela dizia: [...] *está lá cuidando dos bois*, ou então: “*Acho que ele voltou a beber porque ele anda na venda de novo*”. Existia uma venda em frente à casa deles e duas outras bem próximas. Em uma das conversas em relação ao filho menor, ela disse: “*não entendo por que ninguém encaminhou antes, quanto tempo foi perdido*”.

Um dia, ao chegar ao posto de saúde, comentei que iria realizar a visita à família (des)Conectada. Foi então que o médico do posto do Sol contou-me que o filho menor havia fraturado o braço ao cair do trator. Ao me aproximar da casa, encontrei o marido varrendo a entrada, junto com o filho mais velho. Nesse dia havia chovido muito. Vi de longe a esposa empurrando um carrinho de mão, cheio de pasto. Fui convidada a entrar pelo esposo e pelo filho. O caçula, que ainda não conhecia, estava na sala assistindo à televisão, um desenho animado. Apresentei-me e perguntei-lhe como estava; respondeu-me que estava bem, com o braço direito com tala e tipóia. Contou-me que caíra do trator, quando vinha voltando da lavoura, onde cortava pasto, com o pai. Perguntei qual desenho estava olhando e qual o canal e ele respondeu corretamente. Comentou que o médico do posto, que mora próximo à casa deles, avaliou e concluiu que estava com fratura. Assim, foram até a cidade, onde fez cirurgia e colocou parafusos. O pai mostrou o RX do filho.

Como era quarta-feira, dia de ir à escola especial, perguntei por que não fora e ele respondeu-me que tinha medo de cair. Perguntei se não ia nem à escola que ficava próximo a sua residência, onde cursava a primeira série do primeiro grau. Disse-me

sorrindo e oferecendo pipocas, que era porque estavam pedindo atestado e ele não tinha. A mãe comentou: *“Não sei por que, pois moramos aqui e todos sabem que ele quebrou o braço”*.

Em cima da mesa estavam alguns medicamentos, o pai informou que era para administrar de 2/2 horas. Estranhei (era um analgésico e anti-inflamatório, outro era um antibiótico, de 6/6 horas). Quando a esposa chegou, perguntei sobre os medicamentos e como os estava administrando e concluí que estavam sendo usados conforme a prescrição. O filho, olhando para mim, perguntou novamente: *Quem és tu?* Respondi novamente e ele me exclamou: *“Ah bom!”*. A mãe, muito sorridente, falou que no dia anterior ele havia recebido várias visitas.

Em outra visita, chovia muito e a dona da casa estava se organizando para remendar as roupas de uso diário. Tem o hábito de costurar, em dia de chuva; apresenta dificuldades para ler e enfiar a agulha, pedindo auxílio ao filho mais velho. Ao receber-me, preveniu-me de que tinham cachorros pequenos, mas não mordiam. Eu havia perguntado, pois tinha visto um cachorro grande preso na corrente. Ela informou que não o soltavam porque era muito perigoso e havia o trânsito de muitas pessoas no local, uma vez que a casa fica ao lado de uma estrada principal e, por ali, passam as crianças que vão à escola. Na sala havia várias roupas espalhadas, que tentou organizar, ao dizer: *“Eu não vou mentir, nós não passamos roupas, só dobramos e já as usamos”*.

Para realizar o curativo do braço fraturado, iam todas as quintas-feiras à cidade. Indaguei se o posto de saúde não poderia solucionar o caso. Após algumas visitas, o menino passou a ir sozinho ao posto fazer os curativos, que eu mesma realizava.

Na visita seguinte, encontrei a mãe aborrecida, pois sua filha sofrera um acidente quando levava para casa o irmão, que fazia curativos em um hospital da cidade. Relatou que o carro capotou em uma avenida da cidade, quando, ao passar num quebra-molas, um motorista de caminhão abalroou seu carro, fazendo-o capotar e cair num valo. O irmão ficara preso no cinto de segurança, *“mas as pessoas auxiliaram e retiraram ele do carro e ele nem se machucou”*. A filha estava muito chateada com o acidente, pois o motorista do caminhão ainda não havia se manifestado quanto ao pagamento das despesas. Perguntei por que seu genro, que também era caminhoneiro, não havia interferido para resolver a situação. Ela comentou: *“[...] sabe como é, ele só pensa em dinheiro e nem tem tempo para isso”* (procurar o causador do acidente). O menino disse: *“O caminhão nos levou de arrasto”*. A mãe lamentou:

[...] justo ela que vivia me dando apoio e estava sempre pronta para ajudar, mas parece que agora ela murchou também.

Durante a visita, dei algumas orientações a respeito de como proceder para resolver a situação, pois havia passado por um acidente e sabia como proceder no caso. Percebi que ficou mais tranqüila. Reafirmou que a filha ajudava-a também financeiramente. Queixava-se de que, além de a filha ter perdido o carro no acidente, ela (a mãe) havia comprado três vacas que apresentaram doença, ao fazer os testes. Ela não sabia se era brucelose ou aftosa. Acrescentou: “[...] não falamos mais do acidente para o [...], pois ele é muito esquentado e só fica querendo brigar” (pai).

Assim, podemos dizer, como (Mioto, 1999), que as pressões do meio externo estão presentes nas mais diversas formas da vida familiar e podem estar diretamente relacionadas à família ou a um de seus membros especificamente.

Ao perguntar onde estava o marido, ela informou balançando os braços:

[...] está cuidando do touro, pois esse é o serviço dele, eu não cuido, pois isso é serviço de homem, pois o touro tem muita força e é brabo, esse serviço eu não faço, mas sabe como ele é [...], fica esperando o touro pastar e fica trocando ele de pastagem e aí fica demorando [...].

Smith (1946) definia como características da família rural a coesão, a união entre pais e filhos, e o papel da família rural como mais importante do que o da família urbana. A família ainda tem o papel de grupo mais importante na sociedade rural. O mesmo autor já referia como desvantagem da família rural o egoísmo em relação aos estranhos à relação social, a escassez de contatos, o que poderia favorecer os costumes inflexíveis e estreitos e ainda a uniformização da personalidade, o que percebemos nessa família.

Comuniquei-a de que a assistente social não viria aquela semana, pois tinha compromisso em outro posto. Em seguida ouvi a buzina da kombi que me buscava para ir embora. Fiquei no meio da conversa, porém precisava me retirar. Ela ainda falou: “quando aquela gordinha, a assistente social, eu não lembro o nome, vem junto!”.

Num próximo dia, ao visitar o sistema de abastecimento de água de uma comunidade rural, juntamente com professores e alunos do curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, tivemos que passar pela propriedade da família “(des)Conectada”. Passando pela cocheira, encontramos a mãe, com um senhor que

ela disse ser o veterinário (é uma pessoa “entendida”, leiga, da comunidade). Ela informou que estavam com duas vacas doentes, uma delas tinha dado cria e ficara doente.

Sabe-se que, paralelamente às atividades agrícolas, no século passado, os colonos supriam as necessidades de sobrevivência do grupo, exercendo outros ofícios como: carpinteiro, ferreiro, alfaiate, pedreiro, professor, farmacêutico, pastor, entre outros, constituindo-se, assim, em pequenas comunidades auto-suficientes. Isso deveu-se às distâncias e dificuldades de deslocamento para os centros urbanos. (SCHNEIDER, 1999; SILVA, 1999; TEDESCO, 1999).

O filho menor, quando me viu, pediu para nos acompanhar, mas a mãe falou que se fosse, deveria ficar comigo, para não se machucar. Ele continuava com tala no braço. Dirigindo-nos para o local, encontramos muita água e barro pelo trajeto. O menino, muito feliz e desinibido, conversando comigo e com as alunas, contou sobre o seu acidente com o trator e falou que, naquele momento, não estava indo à escola, mas que gostava de ir. Ia mostrando o caminho, em uma das mãos ele utilizava uma vara, como se fosse uma muleta, para caminhar, pois subíamos uma lomba. Havia animais soltos, como um touro, que era bravo, mas o menino disse que, se nós não fizéssemos muito barulho, ele não avançaria, estava preso, e um pônei (cavalo), que ele afirmou ser dele. Ao ver-nos, ficou agitado, andando em círculos, a que o menino deu uma explicação: viu muita gente no local.

A captação de água naquela região era feita por vertente, que foi cercada, em forma de poço, em 1950, e servia 17 residências. O local fica no alto, é cercado de grama, há, também, algumas árvores. Não há banheiros, ou chiqueiros e, próximo, ficam as lavouras, nas quais, segundo um senhor da comunidade, não são utilizados venenos (produtos químicos, agrotóxicos).

Descemos para a propriedade da família “(des)Conectada” e o menino sempre nos acompanhando. Ao chegar no pátio da casa, encontramos a mãe, que disse: *“Agora vou te apresentar a minha filha [...], então já conheces todos da minha família”*. A filha conversou comigo e com as alunas de enfermagem, dizendo que tinha vontade de seguir estudando, pois interrompera no 2ª ano do segundo grau e, como ajudava o marido no trabalho, não tinha tempo para realizar um curso regular. Então, perguntou sobre o supletivo. Fornecemos algumas informações e pareceu-me estar muito satisfeita. E disse: *“Minha família é meio maluca, ou esquisita, mas todos gostam de tratar bem as pessoas”*.

Observei a posição em que estavam: a mãe no meio; ao lado esquerdo, o menino menor; abaixo e à esquerda, a filha; atrás da mãe, o filho mais velho e, mais atrás ainda, estava o esposo. Enquanto conversávamos, esse posicionamento me chamou a atenção, à direita estávamos eu e a aluna. Refleti que até na forma de se posicionar demonstravam como era a dinâmica da família. A mãe fez um gesto, mostrando ao seu redor, e dizendo: *“Aqui está a minha família”*. Nesse dia não ouvi nenhuma manifestação do marido, que acompanhou tudo de longe.

Perguntei se já haviam resolvido o problema do acidente e me responderam positivamente. O genro, juntamente com seu empregado, estavam observando, longe. A mãe queria saber da assistente social, eu informei que ela viria mais no meio da semana seguinte (era sexta-feira), que estava auxiliando no posto da colônia Lua. A filha comentou que foram para carnear porco (ela, o esposo e um empregado) e que deixariam a metade para os pais. Eles tinham uma criação de porcos (fomos vê-los) e o genro levava os restos de alimentos que estavam “machucados” para tratar os animais (ele tinha um depósito de frutas e verduras). A mãe completou que as vacas também eram do genro, mas que eles é que cuidavam. Agradecemos a atenção, nos despedimos e saímos.

Em outra oportunidade, durante uma conversa informal com a assistente social que, depois de uma semana, foi realizar a visita de avaliação para o recebimento do benefício do INSS pelo o filho menor, fiquei sabendo que, de acordo com os parâmetros de avaliação, provavelmente eles não receberiam o auxílio, pois a família tinha condições financeiras e não estaria necessitando daquele benefício.

Em nova visita à casa da família “(des)Conectada”, como de costume, encontrei a mãe nas cocheiras, retirando o esterco. Falou de estudos, relatou que o filho mais velho repetira 4 vezes a primeira série e terminara a 5ª série do ensino fundamental aos 14 anos. Complementou que fora diagnosticada “disritmia” no rapaz. Ela estudara somente até o 5º ano, pois, naquela época, não havia mais escola que oferecesse continuidade e também porque o estudo não era prioridade para as meninas. O marido não sabia ler, nem escrever. Informou que ele apenas *“desenha o nome dele”*. Enquanto eu via os cadernos do menino menor, tanto os da fonoaudióloga como os da escola regular, a mãe falou, já convencida: *“Este ano ele vai repetir, pois está atrasado [...] não foi durante dois meses na escola”*.

O trabalho

Falando em trabalho, contou que lidava com os bichos (animais), com os filhos e com a horta, enquanto o marido lavrava e gradeava (arar) a terra, e as crianças tinham que ajudar. Segundo ela, os que plantaram fumo na safra daquele ano puderam fazer dinheiro porque o tempo colaborara. Como exemplo, citou o irmão do marido que pôde comprar trator e fizera um grande casamento da filha no sábado anterior. A família não trabalhava com o fumo, devido à saúde do filho mais velho, que tinha um tumor na garganta. O marido, em uma ocasião, quando fora ajudar os pais dele no trabalho com o fumo, passara muito mal, tendo enjoado e vomitado. A esposa afirma:

Era do fumo, pois havia chovido e fazia calor e aquele bafo [...], ele fumava e pegava o cigarro durante o trabalho com o fumo, por isso que ficou assim. Hoje ele disse que quer distância do fumo.

Quanto a esta questão, Salamoni (2000) refere que os produtores de fumo não demonstram nenhum tipo de preocupação em relação à possibilidade de contaminação através do manuseio do fumo, principalmente pelas crianças e idosos. Ambrosini; Witt (2000) mencionam ainda que a informação a respeito dos efeitos dos agrotóxicos ao ambiente e à saúde humana é de competência dos profissionais agropecuários e de saúde, e que este tema tem pouca expressão nos currículos e pesquisas nessas áreas.

Contou, ainda, que a filha trabalhara 4 anos em “*casa de família*” e estudava à noite, e que as professoras da escola rural incentivaram-na a estudar e ela (a mãe) achava melhor, pois assim “*ela não veria coisas que não queria ver*” (vizinhos diziam que ela era muito agredida pelo marido alcoolizado). A filha conheceu um rapaz da cidade e “*ficaram morando juntos, ele tem condições sócio-econômicas boas*”. Acrescentou: “*Olha, eu estou sempre sozinha, pois o marido anda por aí, não sei aonde*”.

Quanto à rotina diária, relata que acorda, de segunda a domingo, às 5h30min e em seguida vai tirar leite das vacas, dar pastagens e alimentos para as galinhas, gansos, porcos, etc. Somente após, vai tomar o café da manhã: café com leite, pão feito em casa, manteiga, nata e chimia⁴⁹. O marido e os filhos acordam em torno de 8 horas, ocasião em que o esposo toma chimarrão. O almoço consta de arroz, feijão, ovo frito com toicinho e lingüiça. À noite tomam café com pão. A atividade de lazer do marido é jogar cartas, a

⁴⁹ Doce em forma de pasta.

dinheiro, na casa dos vizinhos, entre 15 e 18 horas. Ela não tem atividade de lazer, fica em casa costurando. O horário de dormir é em torno de 21h ou 21h30min.

No que se refere à religião, as famílias de origem do casal eram evangélicas (comunidade livre). Relembrou que, há 15 anos atrás, a esposa de um Pastor da Igreja Evangélica Luterana reunia um grupo de mulheres e isso era muito bom, pois podiam conversar e aprender coisas, ler a Bíblia, cantar e ouvir música. Elas sabiam que em tal dia e horário tinham o encontro e sempre arrumavam tempo para isso. Porém, na época do presente estudo, não existiam grupos de senhoras ou outros, na colônia.

Por ocasião de uma das visitas, da qual o marido participou, no período da separação da filha, ele informou que tinha ficado transtornado, quando haviam perdido os galpões, devido a um incêndio, e isso ele estava comparando com a situação da filha e do genro, que estavam com muitas dívidas. A esposa completou que, “*graças a Deus*”, tinham conseguido, com muito sacrifício, reerguer os galpões.

Achavam que viver na colônia era mais fácil, pois “*se faltar gás tem o fogão a lenha e água não precisamos comprar*”. E, segundo eles, não tendo uma profissão, o melhor lugar era a colônia. Mas achavam que o governo devia aumentar os preços dos produtos deles para poderem viver melhor.

A família Esperança

Era formada por um casal jovem e seus filhos. O primeiro encontro com essa família se deu por ocasião da ida do pai ao posto de saúde, para a consulta da filha, que estava com forte gripe há duas semanas. O fato de terem muito trabalho com o fumo fez a família adiar a ida ao médico.

Segundo os estudos de Smith (1946) as doenças mais comuns nos agricultores são: problemas dentários, enfermidades da bexiga e vias urinárias e do sistema digestivo. Observou, ainda, que os agricultores não adoecem com a mesma frequência que os urbanos, mas suas enfermidades são mais sérias, talvez ocasionadas por protelarem a busca por atendimento adequado, uma vez que o trabalho para eles é a coisa mais importante, não se permitindo, portanto, dias parados.

O que podemos observar através dos genogramas das famílias estudadas é que houve uma redução no número de filhos. Já Tedesco (1999) refere que até há bem pouco tempo, as famílias eram numerosas por necessidade de mão-de-obra. Hoje, com a

eram falecidos, sua mãe falecera com 26 anos “*por problemas de parto*”(pela descrição pode ter sido eclâmpsia por ocasião do nascimento do terceiro filho). O pai se suicidara dois meses após.

[...] dizem que foi com veneno de rato porque a sogra o culpava pela morte da filha, por ele ter querido mais um filho.

A esposa da família Esperança contou que ele ficou os dois meses indo ao cemitério e que o encontravam arrastando-se em cima do túmulo da esposa.

Ela havia saído da casa da tia com 19 anos, quando casou. Informou que seu irmão formou-se na Escola Técnica e trabalhava em Porto Alegre, dando ênfase à frase: “*Meu irmão estudou*”. O marido interferiu, dizendo que o irmão se apoderou do salário que ela ganhava pela morte dos pais, pegou o cartão do Banco e usou-o por três meses, até que uma vizinha alertou-os de que o rapaz estava sacando o dinheiro que era do pai. Foram até o Banco e confirmou-se o fato. Colocaram o irmão na justiça, para reaver o dinheiro, ele prometeu pagar, mas não o fez. Mesmo assim, ela relatou que foram à sua formatura na Escola Técnica Federal. Quando perguntei sobre as terras da família dela, respondeu:

[...] Eles eram como eu, não tinham terras... eles também viviam arrendando a terra [...]

Recordando a história de sua família, contou que uma tia, irmã do pai, havia se suicidado por enforcamento há um ano atrás, quando aos quarenta e cinco anos de idade. Informou que a tia arrumou tudo para fazer uma cirurgia na perna, e que até tinha comprado roupas novas para tal: “*Não entendo por que ela fez isso*”. Na família do pai eram cinco irmãs e dois irmãos, sendo o pai gemelar com a irmã que se suicidou.

Por ocasião da perda da mãe, ela foi adotada pela irmã da mãe, que não tinha filhos, pois um filho falecera após o parto. Porém, 7 anos depois, nasceu uma menina e, 2 anos mais tarde, outra menina. Ela revelou que “*a tia era muito má, e batia em mim, principalmente depois que nasceram as filhas*”. O casal que a adotou tinha, à época, 47 anos, mas ela não mantinha contato com o mesmo. Sua irmã mais velha foi criada com os avós maternos e o irmão, com a avó paterna. A esposa contou que, na casa dos pais adotivos, plantavam fumo e produziam leite; com o sogro, plantavam cebola; e o fumo, junto com um vizinho.

Saindo da casa dos pais adotivos, foram morar com os pais dele. Sobre isto o marido disse:

[...] é minha mãe mas ela é muito ruim, brigava muito com a minha esposa [...] Então, assim decidimos vir morar aqui, arrendando a terra [...].

Quando passaram a morar sozinhos, em uma propriedade arrendada, no primeiro ano, plantaram soja e cebola e produziam leite, porém, como não dera lucro, passaram a plantar fumo, o que continuavam fazendo. A produção de fumo era sua maior renda, vendiam leite para usina de beneficiamento e plantavam também repolho e milho. Possuíam criatório de galinhas, marrecos e gansos. Para auxiliar nos trabalhos agrícolas tinham um trator, cavalos e bois. No decorrer deste estudo, adquiriram terras próprias, através do financiamento do Banco da Terra .

O casal “Esperança” começou a namorar em uma festa de igreja. Namoraram dois anos, dos quais um ele morou na casa dos pais adotivos da namorada, porque sofrera fratura e precisava de ajuda. Eles afirmam que se escolheram porque eram de origem pomerana. Ele, antes dela, teve uma namorada, que também era pomerana. Para o casamento não houve festa, porque suas famílias de origem não tinham dinheiro, embora desejassem um grande casamento. “*O casamento não foi abençoado pelas famílias*”, relatou ela, pois houve divergências entre ambas. Ela casou quando estava grávida de sete meses. Não os deixaram casar antes, porque tinham que, primeiro, ajudar a plantar e a colher fumo na casa dos pais dela. Isto confirma os resultados de Tedesco (1999), que descreveu que, embora hoje existam incertezas com relação ao trabalho no campo, para as famílias rurais este ocupa um lugar de destaque.

O casamento foi realizado em casa, numa quinta-feira, na presença de um pastor evangélico da comunidade livre, dos pais e dos irmãos e, na segunda-feira, os pais dela solicitaram que eles fossem embora da casa. Sobre o presente de casamento dos pais adotivos, ela falou:

[...] deram o quarto do casal, um novilho, cinco galinhas e um galo, e seis patos magros, que eles disseram que era para nós não passarmos fome [...]

Importante notar que a esposa “Esperança” fez referência ao que receberam de dote, ou seja, os pais da noiva costumavam dar a festa do casamento e os móveis de quarto para os noivos. Este aspecto também foi mencionado por Salamoni; Acevedo; Estrela, et al.(1995).

Os encontros com a família

Quando me dirigia à casa da família “Esperança”, para a primeira entrevista, deparei-me com uma entrada e um córrego na estrada de acesso. A casa ficava mais aos fundos. Vieram dois cachorros com “cara de amigos”, abanando o rabo. Logo após veio mais um, que era do vizinho e, a seguir, surgiu o dono da casa, saindo de um galpão. Sorridente, falou que os cachorros não mordiam. Reconheceu-me logo e, quando perguntei pelas crianças, informou que haviam melhorado, que estavam dormindo, mas já iriam acordar, pois eram 9h30min. Assim que surgiu uma senhora, perguntei-lhe se era sua esposa, ela confirmou. Aproveitei para me apresentar e informei que, conforme o combinado, gostaria de falar com eles a fim de conhecer como viviam. Ela convidou-me para entrar, desculpando-se por estar tudo sujo e desarrumado. Para entrar na casa, que ficava num nível mais alto do chão, havia três degraus. A entrada era pela cozinha, onde havia um fogão a lenha, já cozinhando feijão. Ela fechou a porta de um quarto que também possuía dois degraus em um dos quais o menino estava sentado, tossindo muito. O pai, percebendo que eu estava observando, informou que ele tinha problemas de bronquite e que no dia anterior estava andando na água, apesar do frio que fazia, de chinelo de dedo, e não queria colocar meias.

A mãe preparou o leite em uma mamadeira para o menino, que se aproximou atenciosamente de mim. Perguntei se estudava, disse que sim e que a kombi escolar ia buscá-lo à tarde. Os pais disseram que viera do colégio uma carta dizendo que ele era interessado, bom aluno, mas que tinha que prestar mais atenção, dando uma certa ênfase às expressões “*bom aluno*” e “*interessado*”.

Perguntei a respeito do lugar onde moravam, pois ele me havia dito que era arrendado para morar e plantar e que já moravam ali há seis anos. O esposo contou que tinha vontade de comprar uma terra ao lado, 27 hectares, que estavam custando 45 mil reais. Perguntei se era caro e ele informou que não, que estava dentro do preço. Quando saímos da cozinha, ele me descreveu como eram as terras: ficavam em volta de três morros

e, no alto de um deles, existia uma cachoeira do tamanho de uma estufa de fumo, mais ou menos 30m. Falou que passava um rio perto da casa e que quase morreu afogado junto com o pai, em um dia de temporal, por isso eles não plantavam mais perto do rio. Observando a distância, foi possível visualizar um campo com gado, cavalos, marrecos, gansos e galinhas e, ao longe, uma plantação de repolhos, que era de sua propriedade.

Ao fundo do pátio, observei um galpão com uma carroça e porcos. No lado oposto ao da estufa de fumo, havia um carro antigo (corcel II) e, noutro galpão, mais ao longe, um trator. Mostrou os patos e disse que desde criança gostava dos animais, mas que eles estragavam a plantação. O menino nos acompanhava e participava das conversas, mostrando que gostava de indagar. Segundo o pai, gostava muito de estudar. A mãe disse:

[...] ele não quer auxiliar nas tarefas diárias, porque a professora falou que as crianças não são para trabalhar e sim brincar [...]

Lembramos o que é referido por Lopez (198?):

A escola não é importante para o repasse do conhecimento que o colono necessita para produzir e viver. É trabalhando que os pais ensinam seus filhos a serem colonos. Além disso, estes constituem mão-de-obra necessária para auxiliar na manutenção e sobrevivência da família (LOPEZ, 198?, p. 46):

Ainda no mesmo enfoque, Lopez (198?) diz que a escola deveria ser um lugar para propiciar um campo de reflexão sobre a vida de colono e não uma reforçadora de desigualdade e de divisão entre homens cultos (da cidade) e homens incultos (colonos).

Perguntei-lhe se as crianças não auxiliavam no trabalho e ele falou que o menino não gostava muito, logo reclamava que cansava, mas a menina, que tinha quatro anos, gostava de recolher os ovos. Caminhando pelo pátio, observei um galo sem penas no pescoço, era um galo Lourenciano (da cidade de São Lourenço). O menino disse que a galinha era brava, pois, quando chegou perto, ela abriu as asas para bicar. Ele falava português entremeado do dialeto pomerano. Indaguei ao pai se gostavam das galinhas sem penas no pescoço. Ele afirmou que sim, pois, quando matavam com a finalidade de comer, não tinham muitas penas pequenas, o que facilitava a limpeza.

Levou-me ao local onde plantavam fumo, ou melhor, onde faziam as sementes nas estufas/sementeiras para o replantio. Perguntei por que arrendavam a terra, ele respondeu que os pais eram separados e que a mãe havia colocado o pai na justiça e, como resultado da separação, a mãe ficara com duas meninas e a terra, e o pai ficou

morando com eles, mas exigia 2.000 reais para auxiliar a plantar fumo. Como o pai já era velho e não podiam exigir muito dele, acharam melhor que não permanecesse na casa, pois, sem ajudar, não teriam que pagar.

Nos meses de maio e junho, inicia-se o processo de cultivo do fumo, as tarefas envolvem: o preparo da lenha a ser usada nas estufas, o preparo do viveiro de mudas, o preparo do solo para onde será feito o transplante das mudas, o plantio, a capina, a capação das flores e o desbrote⁵⁰ Em dezembro e janeiro, realiza-se a colheita das folhas maduras. É um dos momentos mais trabalhosos no cultivo do fumo, pois ele é colhido em etapas, o que também já foi referido por Salamoni (2000).

Respondendo à minha pergunta sobre a divisão da terras, informou que foi ao cartório com os irmãos algumas vezes, mas acabou perdendo a terra, pois ele tinha família e muito trabalho e não podia ir sempre aos encontros com o advogado. Parecendo conformado, completou: *“Mas o que se pode fazer com dois hectares que dava para cada filho ?”*

Ao entrarmos na estufa, eu disse que poderiam seguir trabalhando, que não gostaria de importunar. Então, ele sentou e começou a escolher as folhas do fumo e, continuando a conversa, disse que arrendava a terra por 1.200 reais ao ano, que, agora, iria para 1500 reais e que dava mais uma porcentagem do valor índice do fumo para o dono da terra. Como ele plantava em mais dois pedaços da terra, pertencentes a duas irmãs do dono, informou que, de uma parte ele pagava 250 reais e, para outra, foi tratado um valor em cima do valor do saco de soja. Esse valor correspondia a seis sacos de soja, que, na época, custavam 19 reais cada um, porém, a mulher, dona da terra, queria ganhar também 250 reais, como a outra. Ele não aceitara e dissera a ela que, se quisesse refazer o contrato, que o fizesse no próximo ano.

Revelou-me que, no primeiro ano de arrendamento, eles ficaram devendo, pois plantaram soja e não deu para pagar as contas. Foi então que resolveram plantar fumo. Já no segundo ano, pagaram as dívidas do ano anterior e compraram um carro e, no ano seguinte, compraram um trator com o dinheiro do fumo. Mas, naquele ano, estava muito difícil, a plantação de repolhos tinha sido mais rentável que a de fumo. Contou que a indústria Souza Cruz pagou somente 27 reais e outra empresa 41 reais, mas que, para

⁵⁰A capação consiste na eliminação das flores e de algumas folhas da ponteira da planta, e o desbrote é a retirada dos brotos laterais que prejudicam o desenvolvimento das folhas. Geralmente é feito com aplicação de produtos químicos (ETGES,1991)

vender para a outra empresa, tinha que pagar um contrato. Segundo ele, a estufa fora construída com recursos próprios (7 mil reais), mas tinha receio de que o contrato não fosse renovado e o dono da terra não quisesse ficar com ela. Se aquilo acontecesse, teria que desmanchá-la.

Falando sobre o volume de trabalho, disse que ter um “peão”⁵¹ para auxiliá-los era caro para eles. Posso relacionar este fato com a fixação do preço do fumo, que impede despesas extras, evidenciando a relação de subordinação do produtores ao capital industrial, como a auto-exploração da mão-de-obra familiar, como referencia Chayanov (1974):

A intensidade do trabalho e o alto ingresso bruto se tornam atrativos para as unidades econômicas campesinas, que aceitam uma remuneração muito baixa para cada unidade de trabalho. Como resultado, se cria uma situação de mercado de preços tão baixos para os produtos que se torna desvantajosa a competição com a unidade de exploração capitalista [...] (CHAYANOV,1974, p.284)

A esposa chegou e sentou mais longe, no local onde desenvolvia seu trabalho juntando as folhas, fazendo “trouxinhas” e amarrando as folhas do fumo já escolhido. Enquanto os dois trabalhavam, continuamos conversando. Ao falar do nascimento das crianças, ele contou que os dois nasceram de parto normal no hospital rural⁵². Este hospital era mantido pelos colonos, que pagavam em torno de 150 reais por ano para utilizar seus serviços, mas, na realidade, quando precisavam utilizá-lo era-lhes exigido pagamento adicional. Acrescentou que o hospital já atendia também pelo SUS.

Sentando-me ao lado da esposa, perguntei-lhe quem a ajudara, quando nasceram seus filhos, já que o casal era sozinho para todo serviço. Disse-me que tinha sido uma irmã dele, mas que ficara só meio dia, lavando toda a roupa, e que não retornara mais. Quem auxiliou durante os primeiros tempos fora o esposo, fazendo o serviço, lavando roupa, cuidando da casa porque, como era agosto, não havia muito serviço na lavoura, pois o fumo já estava pronto.

Relacionamos essa situação ao que foi referido por Salamoni; Acevedo; Estrela, et al. (1995), que atualmente alguns costumes encontram-se um pouco alterados, já havendo comum acordo entre cônjuges da nova geração nas decisões e na divisão das tarefas.

⁵¹ Peão é a pessoa contratada temporariamente para auxiliar nas atividades rurais.

⁵² O mesmo hospital rural já referido por outros informantes.

O trabalho

O pai “Esperança” relatou que trabalhavam das 7 horas às 23h30min com o fumo, parando um pouco ao anoitecer, para tratar os animais, cortar pasto e ordenhar as vacas. Após o jantar iam à estufa escolher folhas de fumo. Enquanto isso, o menino assistia à televisão e depois ia para a estufa, também, mas que, naquela época, estava ficando muito frio para trabalharem até tarde.

Ao despedir-me afirmei que retornaria outro dia, mas ele falou que não, que eu ficaria para o almoço. Estranhei o convite, pois alemães e pomeranos dificilmente convidam para uma refeição. Ao levantar do local onde estavam sentados, no chão, referiram que sentiam muita “*dor nos rins*”, mostrando a coluna lombar. Achei que poderia ser da coluna vertebral, pela posição em que ficavam, ou pelo tempo prolongado sem ir ao banheiro, pois não tomam líquidos enquanto lidam com o fumo.

Sabe-se que, durante todo o processo de cultivo, o fumo recebe grandes quantidades de agrotóxicos (inseticidas, herbicidas e fungicidas). Assim, todas as fases do cultivo do fumo representam riscos de intoxicação para o produtor e sua família. Ainda, na maioria das vezes, o armazenamento dos insumos químicos é feito no mesmo local que serve de depósito para o fumo.

Quando saímos da estufa, encontrei a menina brincando embaixo de umas caixas com cascas de uma árvore e outros brinquedos. Os pais mostraram que ela costumava brincar com várias garrafas vazias de refrigerante, que colocava dentro do carro, estacionado ali perto. A mãe informou: “*A caixa de bonecas fica lá dentro, ela nem toca*”.

O pai ofereceu-me chuchu para levar e, como havia muitos, aceitei. Pedi que dividisse com o motorista, perguntando se éramos casados. Respondi que não. Quis pagar os chuchus, mas a mãe não quis aceitar, dei o dinheiro para o menino, que prontamente aceitou. Mostrou como era plantado o fumo nas bandejas/sementeiras, colocadas em estufas tapadas por plásticos. Enquanto caminhávamos, nos mostrou também os porcos, em torno de oito, muito bem tratados. Comentou que poderiam melhorar os chiqueiros, mas como não eram deles, não teriam como reaver o dinheiro ali empregado. Mostrou um porco que já estava pronto para o abate, mas como não havia lugar no freezer, que era pequeno, iriam aguardar. Tinham muitas galinhas no freezer, o que os obrigava

primeiro a comer as aves. Perguntei se alguém os auxiliava no abate e ele me respondeu que faziam sozinhos, porém, eventualmente, vinha um guri do vizinho para ajudar.

O casal pareceu-me bastante ativo e cuidadoso, pois a propriedade que arrendavam possuía, além das plantações de fumo, repolhos, chuchu, árvores de bergamota e laranja, criatório de porcos, vacas e cavalos, que auxiliavam no trabalho. Comentaram que os cavalos estavam descansando, pois só usavam o trator que tinham conseguido comprar.

Por ocasião da minha primeira visita, o casal estava indeciso sobre o que fazer, pois o contrato de arrendamento das terras estava terminando. Pensavam em ir para a cidade, onde ele poderia trabalhar como pedreiro, ou comprariam terras próximo de onde moravam, porém não tinham condições financeiras para tal. Já na segunda visita, encontrei-os muito felizes, pois haviam comprado a terra que queriam, com o empréstimo do Banco da Terra e, na semana seguinte, fariam a mudança. A respeito da aquisição de terras, a esposa comentou que, na época, estava mais fácil, pois o Banco facilitava o pedido de empréstimo. Relatou que, se pedissem para os vizinhos, era mais caro, pois cobravam juro sobre juro. Eles foram orientados para comprar as terras pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais e, através deste, tomaram conhecimento sobre o Banco da Terra.

Segundo Bigbee (1993), os moradores rurais tendem a ser moral e politicamente mais conservadores, tradicionais e orientados para o trabalho. Tendem ainda a confiar mais em instituições locais do que em grandes instituições; valorizam a auto-suficiência, o individualismo e a religiosidade; e são mais orientados na sua forma de viver pela comunidade e pela família do que as pessoas urbanas.

As visitas seguintes ocorreram na nova moradia, que ficava a uns 3Km além de onde moravam anteriormente. A casa ficava no alto do terreno, à frente possuía um avarandado. Entrando-se pela porta da frente, chegava-se a uma grande cozinha, onde havia três portas: uma dava para o quarto do casal; outra, para o quarto dos filhos e outra, para uma despensa. Mais ao fundo, ficava um banheiro e uma lavanderia. Atrás da casa localizavam-se os galpões, destinados aos bois, às vacas, aos cavalos, aos porcos e às galinhas. Antes de entrar no pátio da residência, atravessava-se um córrego.

Continuavam a plantar fumo, e estavam sendo auxiliados pelos vizinhos e pelo irmão dele, que moravam próximo. Diziam que os vizinhos e eles se auxiliavam, sempre que algum deles necessitava, pois, assim, não precisavam contratar “peões” para o

auxílio nas atividades rurais. O pai (avô) da família “Esperança” passou a morar com o outro filho.

Seyferth (1990), em seu trabalho, já expressava a organização social de solidariedade familiar e de vizinhança, e que esse auxílio é uma característica fundamental no viver do colono. Em várias cenas foram observadas essa ajuda mútua naquela comunidade.

No que tange às características do viver rural, Slocum (1969) citava o conservadorismo, o sentimento familiar e o espírito de solidariedade, o que também pôde ser claramente observado na comunidade observada. Outra característica seria o funcionamento da família como uma empresa, ou seja, no seu cotidiano agrícola, a família é o prolongamento de sua vida de trabalho.

Acordavam às 5 horas da manhã, no período intenso da safra do fumo, começavam a trabalhar e terminavam às 23 ou 23h30min, jantavam e logo a seguir iam dormir. Assim que levantavam, faziam fogo no fogão a lenha, ordenhavam as vacas, pois, ali, vendiam leite, depois alimentavam os animais e iam tomar o café da manhã. Costumavam comer, no almoço, arroz, feijão e carne, não gostavam muito de verduras ou legumes e as crianças gostavam só de repolho e cebola. Entre o casal não havia divisão rígida de trabalho, ambos faziam as mesmas coisas como lavar a roupa, cozinhar e cuidar das crianças.

O lazer

Aos domingos, uma vez por mês, um deles ia ao culto na igreja Evangélica (comunidade livre), mas, quando havia culto com Santa Ceia, iam todos. Relataram que gostavam de ir a festas da igreja e de casamento, pois era um costume as famílias convidadas e próximas do domicílio dos noivos auxiliarem na festa durante três dias, ou seja, um dia antes, no dia do casamento e um dia após. No primeiro dia, reuniam os vizinhos para ajudar nos preparativos, tais como: preparo de comidas, ornamentações. O segundo dia era o da cerimônia propriamente dita e, no terceiro dia, voltavam os vizinhos e os amigos para auxiliar a colocar tudo em ordem e comer o que sobrava (SALAMONI; ACEVEDO; ESTRELA, et al., 1995).

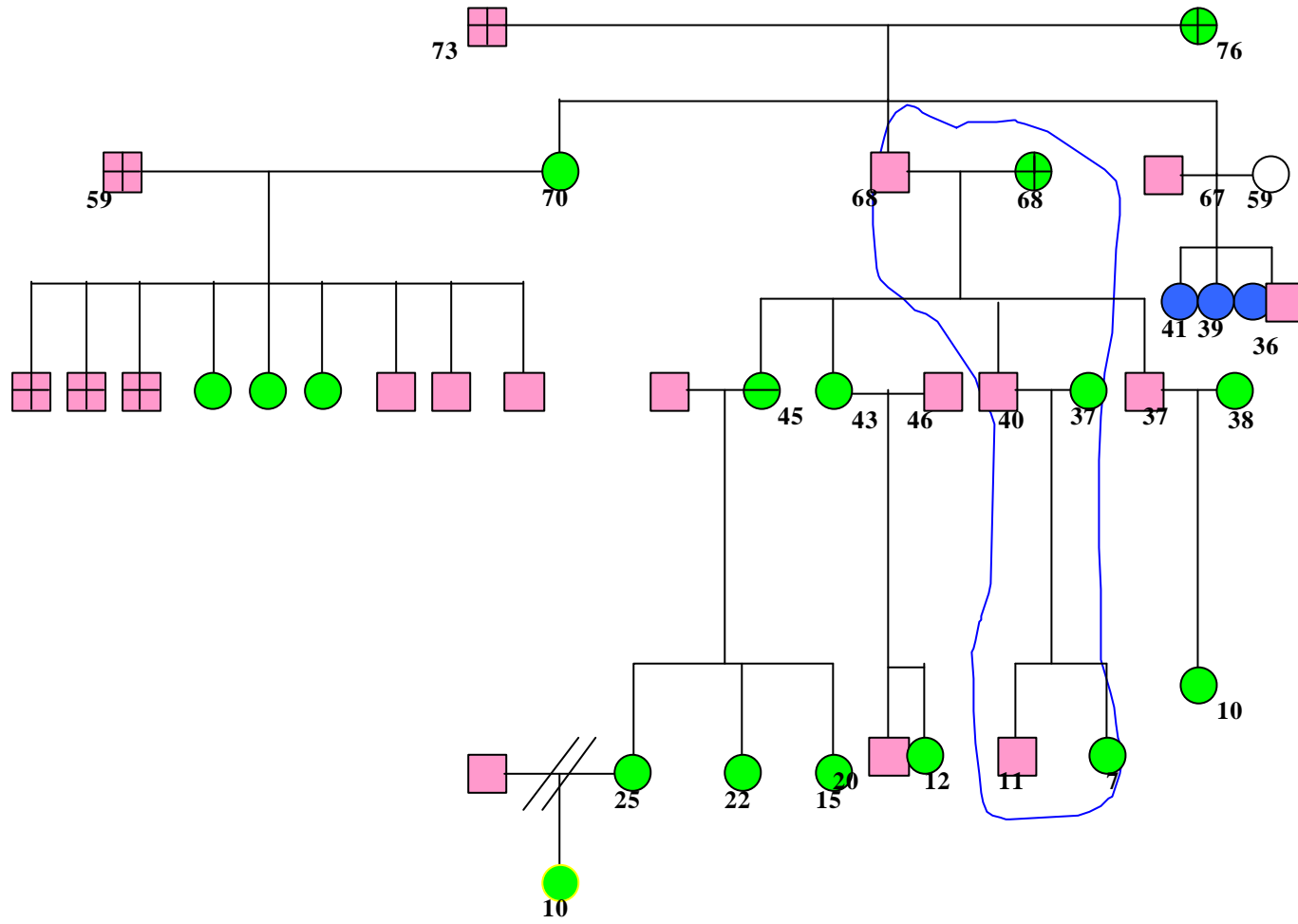
Para aquela família o viver na colônia era bom, pois diziam: “[...] *o que a gente faria sem profissão na cidade? [...] então aqui é melhor*”.

A família Apoio

Essa família era composta pelos avós, o filho casado e a esposa com sua prole. A avó, havia quatorze anos, retirara um seio, devido a um câncer. Havia um ano, retirara parte do intestino e, por isso, usava bolsa de colostomia.

O encontro com essa família ocorreu no posto de saúde, quando um dos filhos foi realizar um curativo. A avó, doente de câncer, veio a falecer durante o estudo, e o filho sofreu acidente automobilístico, o que causou fratura de perna e osteomielite. Os componentes eram de origens pomerana e alemã, plantavam fumo e alguns alimentos para consumo próprio. Eram evangélicos da “*comunidade livre*”. O casal tinha um sobrinho que era pastor da igreja evangélica.

Para melhor entendimento da família “Apoio”, apresento seu genograma a seguir:



Na primeira visita chegamos à casa ao lado, que era do tio, mas quando a nora da família “Apoio” nos viu, chamou dizendo “*é aqui*”. Ao redor da casa havia vários galpões e uma estufa para fumo, um carro e um trator. A casa dessa família, como as de algumas outras, possui a cozinha e o banheiro separados da parte da casa onde ficam a sala e os quartos. Chegando pelos fundos da casa, encontramos um pequeno avarandado, por onde entramos na cozinha, onde há uma mesa grande, fogão a gás e a lenha, geladeira, um banheiro e uma despensa para guardar alimentos. Saindo da cozinha, para entrar na outra parte da casa, subimos cinco degraus e encontramos a sala, o quarto dos avós, o quarto do filho casado e o das crianças.

O avô era casado, tinha 68 anos, sua esposa também 68 anos e possuíam quatro filhos. Era alto, pesava 85 kg, tinha cabelos grisalhos, estava sempre sorridente. Como a avó morrera no período em que estava iniciando os contatos, não a conheci. Um dos filhos morava em casa, tinha 40 anos, magro, alto, cabelos ruivos e curtos, e era casado; sua esposa era alta, magra, tinha cabelos curtos e pretos, na maioria das vezes desalinhados e apresentando oleosidade. Este casal tinha dois filhos: um menino de 11 anos e uma menina de 7, ambos estudavam numa escola distante 2 km da residência. Naquele local não existia o transporte escolar, portanto iam a pé.

O terceiro filho dos bisavós paternos tinha 67 anos, era casado, tinha três filhas. Esta família morava ao lado da família “Apoio”.

Iniciei o contato com a família no posto de saúde, conforme já referi, quando o filho foi fazer curativo numa perna, pois estava com osteomielite e fazia uma semana que havia retirado a prótese por infecção na perna.

O trabalho

Essa família, há 25 anos atrás, plantava aspargos. Aliás, esse distrito era um dos maiores plantadores de aspargos do município (SCHNEID, 1998; SALAMONI, 2000). Naquela época, a família se mantinha com as plantações de aspargo, morango, cebola, batata inglesa, batata doce e soja. Pararam de cultivar esses produtos, porque não havia mais lucro e, então, desde 1983, passaram a plantar o fumo, que era mais rentável. O avô lembrou: “*Meu pai plantava feijão e batata que dava para viver e comprar terras*”. As terras onde moravam eram oriundas de divisão, por herança dos bisavós, moravam na casa que pertencera a sua família. Ao lado da casa ficava a residência do irmão. Este disse que

adquiriu as terras da avó, por herança, e que ainda comprou 18 hectares, e depois mais oito hectares para dar de presente de casamento ao sobrinho que morou com ele por um período.

Perguntados quanto às tarefas das mulheres, pai e avô diziam que *‘elas ajudavam na lavoura e ainda em casa’*. O pai disse: *“A esposa gosta mais de trabalhar na lavoura que em casa”*. E complementou: *“Na lavoura se tu capinas, o teu serviço aparece e na casa, ninguém vê o teu trabalho”*. O pai contou que, quando a mãe era viva, todos iam para a lavoura, só ela ficava em casa para cozinhar. De acordo com ele, o homem faz o serviço da lavoura, mas há quatorze anos atrás, quando a mãe fizera a mastectomia, ele fazia tudo em casa: lavava, cozinava, fazia todo serviço de casa (as irmãs já eram casadas). Estavam na casa mais um irmão, que não era casado, e um sobrinho, mas foi ele que assumiu essas tarefas. Novamente comprovamos que a divisão de tarefas não é tão rígida, talvez devido à mudança nas gerações mais novas, conforme enfatizado por Salamoni; Acevedo; Estrela, et al., 1995.

No enfoque das divisões de tarefas, Nobre (1998) refere que:

Na maioria das vezes, o que acontece é que as aprendizagens de homens e mulheres no “campo oposto” só servem para complementar o serviço do outro/outra ou para cobrir uma ausência, e não para redividir as tarefas de forma mais permanente [...] (NOBRE,1998, p.21)

A mãe, nesse período, fazia radioterapia e passou três meses morando com uma prima, na cidade, pois facilitava o deslocamento. As tarefas das crianças eram: varrer o pátio e buscar lenha para dentro de casa, para o fogão a lenha. Ele comentou que hoje as crianças não querem mais ajudar, *“ficam grudados em frente a televisão e querem estudar”*. O pai reclamava que as crianças brigavam muito, dizendo:

Não sei o que há com as crianças de hoje, só querem brigar, ver televisão, jogar vídeo-game, mas quando pedimos para ajudar em alguma tarefa não querem fazer [...]

Quanto aos idosos, estes seguiam a fazer as suas lidas, como sempre, até que fossem incapazes para o trabalho. Em relação ao estudo, o pai da família “Apoio” estudou até a 5ª série, só fez o primário. Seus filhos estudavam, mas tinham de caminhar 1km e 700m até a escola. O avô e o pai relatam:

[...] tem muita gente tirando as crianças da escola para trabalhar, pois dizem que não conseguem aprender e então tiram da escola em vez de esperar que eles aprendam, eles tiram da escola [...]

Refletimos com Rabelo; Gomes(198?), quando dizem:

[...] o que a escola ensina é bom para uma vida não camponesa, que pode ou não vir a ser real para seus filhos, mas o concreto é o trabalho da roça e, para isso, a escola não tem contribuição a dar. (RABELO; GOMES,198?, p.67)

O neto, que estava presente, disse: *“eu quero continuar a estudar para não ser colono”*. O avô disse que estudou até o que hoje corresponde à quarta série, acrescentando que tinham um professor particular, pago pela comunidade, que era também o pastor e que o número de alunos, na época, era em torno de 30. Disse que: *“naquela época não tinham provas, e nem mudavam de série”*. Nesse dia, ao passar pela lavoura, encontrei os vizinhos e o “peão” que estavam trabalhando no plantio do fumo.

No inverno, levantavam em torno de 6h30min e deitavam às 22 horas e, no verão, às 6 horas, deitando às 23 horas. Assistiam, pela televisão, ao noticiário e às novelas. Todas as famílias, quando falavam de seus hábitos pela manhã, diziam que primeiro tratavam os animais e ordenhavam as vacas e, após, tomavam o café da manhã, que constava de café com leite, pão feito em casa, chimia, manteiga e lingüiça. Como hábito alimentar nas outras refeições comiam batata doce, batata inglesa, arroz, feijão, carne, alface e beterraba, sendo que os adultos não gostavam de legumes e verduras.

Com relação aos problemas da colônia, reclamavam do baixo preço dos produtos e que não tinham para quem vendê-los. Acreditavam que morar na colônia é bom para quem não tem uma profissão e que, dependendo do que plantam, vale a pena. Referiam que a aposentadoria para os trabalhadores rurais era uma das coisas boas, pois *“assim os velhos têm dinheiro certo para comprar remédios quando precisam”*. Citaram, também, o *Pronaf* e o *Pronafinho* e o *Banco da Terra* como programas aos quais os agricultores podiam recorrer, pois surtem efeito, já que *“para o colono se manter tem que recorrer a eles”*.

Já no que se refere ao crédito rural , poucos fazem uso sistemático do sistema oficial de crédito, não o fazem mais devido às altas taxas de juros cobradas pelos bancos (SALAMONI, 2000).

Ainda, para produzir fumo com classificação adequada às exigências do mercado, é necessário que o produtor disponha de capital que, via de regra, só é obtido através do sistema de crédito oficial, intermediado pelo crivo das indústrias (SALAMONI, 2000).

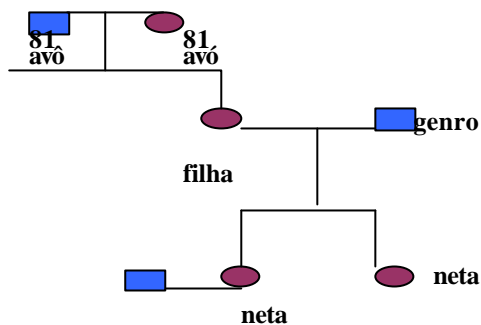
O lazer

A família “Apoio” gostava de ir às festas de igrejas e outras, e de visitar a parentela e vizinhos, mas relataram que fazia dois anos não realizavam nenhum desses passeios, devido aos problemas de saúde da avó e, posteriormente, ao acidente que causou a fratura no filho. Este fazia parte do coral da igreja Evangélica de Confissão Luterana do Brasil, cujo pastor era o sobrinho que morara com a família por um determinado período. O avô era evangélico da comunidade livre e a avó, que era católica, quando casara tornou-se evangélica.

A família Cuidado

A família “Cuidado” visitei duas vezes para realizar um curativo. A primeira visita foi originada pela curiosidade, pois, no posto, sempre havia um pedido de um rolo de gaze, soro fisiológico e fitas adesivas, uma vez por mês. Perguntando ao médico sobre isso, ele comentou vagamente sobre o caso e disse que a família fazia o curativo no domicílio e que o posto fornecia apenas o material. Como o local era de difícil acesso, distante para realizar visita domiciliar, teria de ir de carona com o recepcionista do posto, que conhecia o local, e teria que retornar com ele, pois não havia transporte público. Cabe lembrar que após duas visitas, o tráfego ficou interrompido devido à queda de pontes, e, sendo a família de outro município, estava fora dos limites da comunidade Sol e, portanto teria de ser atendida pelo serviço de saúde de outra comunidade. A família mantinha vínculo com o médico, visto que este, anteriormente, atendera no município vizinho. Percebi a importância de os integrantes da família possuírem um vínculo apoiador no serviço de saúde, além do conhecimento interambiente.

O genograma da família “Cuidado”, embora incompleto pela interrupção do estudo, estava assim representado, na época em que estava sendo realizado o estudo:



Faziam parte da família Cuidado: o avô, com 81 anos, alto, emagrecido, acamado havia dois anos. Fazia dois meses que realizara uma cirurgia para retirada de uma lesão na região auricular esquerda; nessa ocasião fora feito esvaziamento da musculatura da face e do pescoço. Tinha escaras em várias regiões do corpo e muita dificuldade para falar e alimentar-se. Não controlava os esfíncteres, era hipertenso, usando medicação. A avó, 81 anos, estatura baixa, cabelos brancos, caminhava com auxílio de uma bengala, era lúcida, orientada, apresentava lesões nos membros inferiores. Referia ter problemas cardíacos e consultava-se com um médico particular no município de Pelotas. A filha desse casal, com 45 anos, estatura média, pesava 80kg, tinha cabelos curtos e loiros, pele rosada e clara. Era casada e seu marido era alto, pesando 88 kg, calvo, pele clara e rosada, bastante comunicativo. Tiveram duas filhas: a primeira era casada e residia em outro distrito; enquanto a solteira permanecia com os pais e avós.

A casa da família Cuidado ficava à beira de um estrada de roça (vicinal), tinha estilo colonial, característico da região, possuía um pequeno jardim na frente, com algumas árvores, no outro lado da estrada ficavam os galpões, onde havia uma camionete F 1000, modelo antigo. Eram agricultores, plantavam pimentão e tomate. Possuíam terras próprias e, segundo outros colonos, a família tinha boas condições financeiras.

Reflexões

As famílias estudadas tinham as três gerações presentes, morando no mesmo local e algumas vezes dividiam a mesma moradia. Outras, ainda, tinham os solteiros morando junto à família. No trabalho tinham uma divisão por sexo e idade, assim todos tinham seu significado na produção, o que pode ser corroborado com os conceitos de

famílias rurais de Seyferth (1990) e Kieling (1999) e os conceitos de família ampliada de Salamoni (2000), Abreo (1998) e Goldani (1994).

Ao descrever as cenas que envolvem o viver das três famílias, podemos destacar alguns pontos comuns, dentre os quais estão o transitar das famílias entre os diversos sistemas: o familiar, de saúde, de educação e o agrário. Este movimento representa a inter-relação das famílias com os sistemas, em alguns momentos mais intensa e, em outros, mais frágil. Se observarmos mais atentamente, podemos perceber que as trocas interambientais não são equilibradas, competindo à família desenvolver as ações de maior responsabilidade em grande parte das situações. Aqui lembramos Bronfenbrenner (1996), quando afirma que a comunicação faz parte de uma das possíveis interconexões para o mesossistema e que o conhecimento e a participação das pessoas nos diversos ambientes/sistemas poderá facilitar o seu desenvolvimento. Nesse enfoque, poderíamos dizer que, se há diminuição da comunicação entre os ambientes e/ou sistemas, isso poderá inibir o desenvolvimento.

Ao analisar as “forças” que afetam os processos de socialização e desenvolvimento no nível do mesossistema, ou seja, uma série de inter-relações entre dois ou mais ambientes em que a pessoa em desenvolvimento se torna participante ativa, percebe-se que esse inter-relacionamento face a face constitui-se num potencial para o seu desenvolvimento. Nesses ambientes podem existir interconexões possíveis: a participação multiambiente, quando a pessoa participa de atividades em mais de um ambiente, ou seja, em casa e na escola, ou em casa e num grupo de igreja.

As comunicações interambientais são as mensagens transmitidas de um ambiente ao outro, com a intenção expressa de dar informação específica às pessoas. Essa comunicação pode ocorrer através da interação face a face, de conversas telefônicas, de correspondências, de mensagens escritas, podendo ser unilateral ou em ambas as direções. Assim, como elementos “inibidores” do desenvolvimento denomino os acontecimentos e/ou fatos nos quais falharam as interações /comunicações e inter-relacionamentos com os integrantes da família rural.

Nas cenas da família “(des)Conectada”, o sistema local de saúde não se encontra inter-relacionado com os problemas da família, ou seja, o conhecimento e a comunicação interambiente não estavam presentes ou eram insuficientes, embora a família residindo próximo ao posto.

Por outro lado, constatamos o quanto podem ser positivos os efeitos da participação do indivíduo em múltiplos ambientes, como no caso da criança que participava de duas escolas e freqüentava o posto de saúde. Esses efeitos poderiam ser aumentados pela presença de um vínculo apoiador nas inter-relações, que poderia ser um membro da própria família ou do sistema de saúde, ou outro. Nos relatos da mãe desta família, percebe-se que a filha era um apoio e, por conhecer outros ambientes, se comunicava com eles. O vínculo apoiador é definido por Bronfenbrenner (1996) como uma pessoa de ligação que se envolve em dois ambientes, encorajando a confiança, a orientação positiva entre os ambientes, dando um equilíbrio em favor da pessoa, ou seja, ele tem o papel de apoiar o desenvolvimento do indivíduo/família.

Ao realizar a visita à comunidade com os acadêmicos de enfermagem em que houve participação da família “(des)Conectada”, verificamos que o conhecimento e a comunicação interambiente foi válida nas duas direções: acadêmicos de enfermagem, família e comunidade interagiram e trocaram informações.

O trabalho, para estas famílias, define as inter-relações, através das ajudas mútuas dos vizinhos e também da própria relação familiar, como se pôde observar na família “(des)Conectada”, quando a esposa reclama: “*É só eu para resolver e fazer tudo*”. Desta forma, a esposa fica fragilizada, pois não recebe o auxílio do marido que “*às vezes fica na venda*”. O trabalho, então, funciona como mola propulsora do desenvolvimento das famílias rurais, pois a atividade⁵³ trabalho, em si, é um valor para elas, promovendo o desenvolvimento individual e, num efeito ondulatório, o desenvolvimento da família. A atividade molar é uma forma de comportamento que tem significado para as pessoas, ou seja, o trabalho é saúde, meio de sobrevivência, dá valor à pessoa/família.

A família “Esperança” era comunicativa, participava de festas, compartilhava informações e ajuda e recebia, nas suas relações, o apoio dos vizinhos e do irmão que moravam próximo, formando um mesossistema. Ao comunicar-se, buscou informações para obter o financiamento com o Banco da Terra, e puderam comprar suas terras, demonstrando como as trocas são elementos importantes para o desenvolvimento positivo da pessoa/família. A temporalidade, o cronossistema, incorpora eventos e experiências para o desenvolvimento ao longo do tempo, como por exemplo, a esposa do

⁵³O trabalho vejo como uma atividade molar, ou seja, é um comportamento continuado que possui um momento (quantidade de movimento, impulso) próprio e é percebido como tendo significado ou intenção pelos participantes (BRONFENBRENNER, 1996, p. 37).

casal “Esperança” era originária de uma família que não tinha terra, e o esposo perdeu o direito a ela, na divisão com os irmãos, isto é, houve uma mudança de papel, uma acomodação, em outras palavras, um desenvolvimento nessa família, tendo em vista que, então, possuíam terras.

Encontramos exemplos de elementos “inibidores” no microsistema, no caso da família “Esperança”, cujo esposo era filho de pais que brigavam e se separaram. A separação resultou na partilha de bens, pela qual um dos filhos ficou sem a terra, tendo, portanto, mais dificuldades para sobreviver, ou seja, sem terra para plantar, é difícil a sobrevivência. O casamento do casal “Esperança” também foi tumultuado, uma vez que os pais adotivos da esposa, após o casamento, solicitaram que saíssem de casa; também pela violência sofrida pela esposa, na casa adotiva, e, ainda, quando casou, na casa dos sogros, onde era maltratada pela sogra. Nesse caso várias comunicações foram frágeis, sem apoio do microsistema/família, ou outro. Associado a isso, há o fato de a esposa “Esperança” ser órfã de mãe e pai, por suicídio deste. Percebe-se que várias ligações e comunicações foram cortadas, ou melhor, não foram saudáveis para o desenvolvimento humano. Aparentemente, esse casal tem muitas fortalezas, considerando-se a forma como passaram juntos várias das transições, e como cuidavam da propriedade/terra, que eles conseguiram adquirir.

As famílias fizeram várias transições ecológicas e os seus sistemas micro, meso, exo e macro estão em constantes trocas e inter-relações. A família “Apoio”, por exemplo, teve conhecimentos de outros ambientes quando da cirurgia do avô, da avó e do filho. Seus integrantes transitavam por diversos ambientes, conseguindo, assim, obter esclarecimentos, compartilhar informações que lhes permitiram crescer e se desenvolver como indivíduos e como família.

Em tempos de doença eram auxiliados pelos vizinhos, com os quais mantinham inter-relações. Em seu processo histórico/social, entram também os recursos financeiros: o avô herdou terras e, posteriormente, as dividiu com os filhos. Durante alguns anos plantaram aspargos e morangos, com os quais conseguiram lucros. E, finalmente, estavam plantando fumo (monocultura) para se manterem economicamente. Contudo, o sistema agrário - seu exossistema- está limitando a participação da família, não informando, ou não fornecendo esclarecimentos adequados para que se mantenha no campo com qualidade de vida, afetando, assim, suas condições de desenvolvimento.

Com a realidade social em que vivemos, quando as questões econômicas são importantes nas relações que se estabelecem entre indivíduos e/ou grupos sociais, modificações substanciais se fazem presentes nas relações rurais. A atual política agrícola/agrária impede que os colonos, estruturados ou não em grupos familiares, tenham ou mantenham suas terras e condições de auto-subsistência.

Vários colonos vendem a terra, para tentar a sorte na cidade. Com a pequena lavoura de base familiar, o produtor está sempre endividado com o banco, sua propriedade sempre está comprometida como garantia de empréstimo para investimento e, sobretudo, custeio de lavouras. Aqui fica comprometida a força de trabalho familiar que, para dar conta das suas dívidas, compromete, também, todos os participantes da família, que, para isso, necessitam de saúde a fim de extrair da terra, pelo menos, seu alimento.

A família rural surge, a partir das descrições, como trigeracional, ou seja, como já afirmei anteriormente, estão presentes as três gerações, residindo no mesmo espaço e, algumas vezes, dividindo a mesma moradia. Percebe-se que o número de integrantes das famílias está diminuindo em cada geração. Em relação à família, Bronfenbrenner (1979) argüe que o comportamento humano de uma pessoa é uma função da interação dos traços e habilidades dessa pessoa com o ambiente. O autor vê o indivíduo dentro de um microssistema (papel e relações), um mesossistema (inter-relações entre dois ou mais ajustes/sistemas), um exossistema (ajustes externos que não incluem a pessoa) e um macrossistema (cultura). Ainda, a posição de uma pessoa no ambiente ecológico é alterada pelo resultado de uma mudança no papel, ou no ajuste, ou em ambos, o que ele define como transição ecológica.

Sob o ponto de vista da abordagem ecológica, as famílias analisadas passaram por várias transições ecológicas: a morte dos progenitores, o casamento, o nascimento dos filhos, a ida dos filhos à escola, a doença destes, dos avós, a hospitalização, as separações dos casais, os problemas financeiros do casal, entre outros. Todas essas transições constituíram ajustes, mudanças de papéis e inter-relações entre os ambientes incorporados ao tempo e/ou desencadearam um desenvolvimento individual/familiar.

Bronfenbrenner (1996), comentando um resultado de pesquisa de Lúria, um investigador e psicólogo russo, diz que investigações envolvendo uma transição, quer nas formas de trabalho, quer em uma revolução cultural, mostram que, conforme as formas básicas de atividade mudam, as pessoas se desenvolvem, atingido um novo estágio de prática social e histórica, ocorrendo grandes mudanças na atividade mental humana.

Assim, essa expansão envolve criação de novos motivos para a ação e afetam o desenvolvimento humano.

Partimos, então, da constatação de que o macrossistema (ruralidade), quando se desenvolve, empresta movimento a todos os outros sistemas compostos, chegando até a pessoa. Assim, na comunidade Sol, já ocorreram mudanças que afetaram o desenvolvimento dos níveis: psíquico, intelectual, emocional e social, como pudemos observar nas três famílias estudadas. A divisão de tarefas entre o casal, já não tão rígida, é um exemplo de como estão ocorrendo mudanças através das gerações.

Ao acompanhar o cotidiano dessas famílias, pude perceber que permeia em todos os momentos a questão da falta de comunicação e do conhecimento interambiente, fazendo com que ocorram fragilidades ou potencialidades no desenvolvimento das pessoas. A interpretação dos fatos nos conduz a apontar a importância do vínculo apoiador nos ambientes, pois facilita a comunicação e o conhecimento interambiente, uma vez que age como elo de integração dos mesmos.

A rede de relações construída no ambiente rural estudado é demarcada pela família, os vizinhos mais próximos, a igreja. Essa rede de relações pode ser atribuída às estratégias que essas famílias utilizavam para sua manutenção no ambiente rural, ou seja, essas relações mesossistêmicas possibilitam o auxílio entre familiares no trabalho da lavoura, nas ocasiões de doença na família, nas ocasiões de festas, como casamento, batizado e confirmação, e por ocasião da morte de um dos seus membros. Portanto, essas inter-relações são potencializadoras do desenvolvimento individual, familiar e comunitário. Percebi que a presença das redes sociais para o desenvolvimento, tanto no trabalho como no lazer, apontam para a preservação da identidade das famílias rurais.

A família se apresenta num contexto de produção/sobrevivência. Este microsistema, com poucas relações, pode acabar por não permitir mudanças, portanto o mesossistema, o exossistema e o macrossistema não serão afetados, pois, enquanto o microsistema não sofrer mudanças, não haverá desenvolvimento humano satisfatório. Desta forma, essas famílias estarão num processo sistêmico/círculo vicioso, acarretando uma diminuição na sua qualidade de vida. Elas não se fazem presentes nas mudanças e esta ausência não permite o desencadeamento de movimentos ondulatórios necessários e capazes de atingir todos os núcleos, provocando mudanças.

Pontuando a realidade dos fatos, o microsistema família é um ambiente onde as pessoas podem facilmente interagir face a face e os elementos que constituem este microsistema são as atividades, o papel de cada um e as relações interpessoais.

Partindo-se do que diz Bronfenbrenner (1996), o desenvolvimento de um membro pode desenvolver o outro membro; no caso da família, se um integrante dela se desenvolve, o outro também poderá acompanhar esse desenvolvimento. Assim, o ambiente também exerce sua influência, exigindo um processo de “acomodação mútua”, a interação entre a pessoa e o meio ambiente deve ser bidirecional. Mas, isso não ocorrendo, ou ocorrendo de forma insuficiente, podemos dizer que o desenvolvimento não é satisfatório, é inibido, acarretando distorções na pessoa e na família rural.

A qualidade dos meios ambientes circundantes tem uma influência profunda nas crianças à medida que crescem. Mas o processo funciona de dois modos: as crianças também têm capacidade de influenciar o seu meio ambiente e serem ativas em seu próprio desenvolvimento. Os adolescentes, em particular, podem ser poderosos agentes de mudança cultural (PEARSON, 2001). Dessa forma, poderíamos dizer que crianças e adolescentes, adultos, idosos, enfim, a família no meio rural, todos podem ser importantes aliados para o desenvolvimento das pessoas e suas comunidades.

A Abordagem Ecológica discute o desenvolvimento humano através da interação dinâmica entre quatro núcleos denominados tempo, pessoa, processo e contexto. O tempo, o cronossistema, abrange questões históricas e as determinações de cada fase de desenvolvimento do indivíduo (eventos e experiências) (BRONFENBRENNER, 1989). Percebemos a importância destas interações para o desenvolvimento.

A Abordagem Ecológica percebe o mundo como um quebra-cabeças de fenômenos relacionais, ou seja, os microsistemas podem ser partes desse quebra-cabeças: o indivíduo, a família, as associações, a escola, a igreja, o posto de saúde, que estão em constante interação com o meio, transformando-o e sendo transformados por ele, num processo constante ao longo do tempo, conforme o contexto, a ruralidade. Dessa forma, cada membro de uma família é co-responsável pelo contexto da realidade construída e vivenciada por ele e sua rede de relações.

O ambiente, visto como o contexto do desenvolvimento humano, no qual a questão do trabalho para viver é vista como modo de viver, perpassa do indivíduo até o macrosistema, a ruralidade, na questão tempo, pessoa e processo de viver, ou ter saúde/trabalhar. Isso permite explicar a cultura das famílias rurais e, assim, propor políticas

condizentes com as necessidades das populações rurais. Esse enfoque permite o reconhecimento do contexto rural, enquanto ambiente de desenvolvimento, onde os aspectos de saúde podem ser identificados e reforçados. Entretanto, visto como um microssistema, o ambiente rural comporta relações interpessoais que valorizam a família e as redes de apoio (vizinhos, parentes).

Os dados comprovam os pressupostos. A temporalidade sugerida por Bronfenbrenner, ou seja, seu cronossistema, leva em conta a inserção dessa comunidade em processos macro-históricos (regionais, nacionais ou internacionais) e, de outro lado, como construtores de sua própria história, seu microssistema, mesossistema e macrossistema. Assim, o indivíduo comporta-se nos parâmetros expressos pelos componentes das famílias da comunidade.

Nas relações do microssistema/família, o trabalho define papéis em que a mulher fica com o serviço de casa, considerado “leve” e “auxilia” na lavoura; o homem fica com o trabalho dito pesado: o cuidar dos animais grandes, lavrar e gradear a terra e manejar o trator (quando a família possui este bem). Para as crianças, independente do sexo, fica o trabalho de recolher os ovos, tratar os animais pequenos. Mas, quase sempre, a menina acompanha as atividades da mãe e o menino, as atividades do pai. O idoso, nessas famílias, segue trabalhando, exercendo seu papel, conforme lhe derem este direito as condições de saúde.

Entretanto, o trabalho pode trazer doenças, mas também saúde, ou seja, pode ser o desagregador do indivíduo e da família, mas também dá possibilidade de desenvolvimento, através da atividade e de papéis. Atividade esta que é o centro das pessoas como indivíduos e como família. A atividade é um comportamento continuado, que possui um momento próprio o qual é percebido como tendo significado ou intenção pelos participantes do ambiente, ou seja, o trabalho, no caso das famílias rurais.

Viver é poder trabalhar, porém, para evitar que fiquem doentes, é necessário que o conhecimento e a comunicação interambientes, as ligações indiretas e a participação multiambiente, nos diversos ambientes (saúde, educação, políticas sociais e agrárias) tenham um inter-relacionamento de forma que haja um desenvolvimento para as pessoas envolvidas.

O trabalho, na família rural, faz com que seus integrantes tenham uma relação afetiva, pois sua forma de trabalhar é interligada, ou seja, um trabalho sempre depende do outro, um conhece o trabalho do outro. Por exemplo, coletam-se as folhas de

fumo e depois existem várias etapas para a sua preparação e, aí, geralmente existe uma sintonia no desenvolvimento dessa atividade. Assim, sempre que uma pessoa, em um ambiente, presta atenção às atividades de uma outra pessoa, ou delas participa, existe uma relação. Desta forma, a criança tem um modelo de trabalho junto à família, através da observação e participação das atividades cotidianas.

Considerando-se a importância do trabalho, nessa comunidade, reforça-se o conceito de saúde associado à habilidade de executar as tarefas diárias como uma das características importantes nas definições de saúde, segundo as famílias rurais “*se posso trabalhar, tenho saúde*”. Sob a ótica capitalista, o corpo do trabalhador tem um importante valor, que é dado pelo capital, como insumo fundamental na produção de mercadorias e serviços.

Na perpetuação do trabalho, para os pais as crianças devem saber ler, escrever e fazer contas, sendo isso considerado suficiente para o exercício das tarefas rurais. Na comunidade Sol, é muito difícil uma criança de lá ir para a cidade estudar, porque o filho segue o ofício do pai: ser agricultor. Enquanto que, para a menina resta casar e ter uma família, bens e propriedades. Para justificar a sua maneira de agir, alguns argumentam: “*Aqui não tem escola de primeiro grau completo e nem 2º grau completo e ir para cidade estudar é difícil*”.

Uma outra dimensão do trabalho é que ele passa de geração em geração, pois o pai ensina ao filho e assim sucessivamente. Então, como a terra fica com o filho que mora com os pais, é delegado a esse filho o dever de cuidar dos pais. Dessa forma, a terra permanece entre a família/microssistema. É trabalhando que os pais ensinam seus filhos a serem colonos. Além disso, os filhos constituem mão-de-obra necessária para auxiliar na manutenção e sobrevivência da família. O trabalho parece que marca e une os integrantes das famílias e seus vizinhos, pois, nas épocas em que ele é mais intenso, ocorre a ajuda mútua entre vizinhos que, algumas vezes, são parentes. A comunidade se mantém como prolongamento da família e a presença das atitudes de solidariedade e ajuda mútua, que unem os indivíduos, ultrapassa o contexto da família. A própria sobrevivência dos colonos significa o desenvolvimento e sobrevivência da comunidade.

Mesmo com as inovações, evolução e novas sociabilidades em relação ao local, ao lugar comunitário e à cidade, a família, como (re) produtora dos meios sociais e culturais, tende a se preservar. Mas isso não significa ausência de alteração; organiza-se num outro patamar, levando em conta o passado, porém, alterado pelas condições

presentes (TEDESCO, 1999). Podemos dizer, como Bronfenbrenner (1996, p.5), que “as interconexões entre o indivíduo e os ambientes podem ser tão decisivas para o desenvolvimento quanto os eventos que ocorrem num determinado ambiente onde a família se encontra”.

A interpretação dos fatos nos conduzem a dizer que a comunidade é o espelho das famílias e vice-versa, ou seja, o comportamento de uma pessoa é uma função da interação dos traços e habilidades dessa pessoa com o ambiente, visto que a comunidade é um prolongamento da vida familiar. Portanto, cabe ao profissional da saúde desvelar as interconecções que se fazem presentes numa família e comunidade, a fim de manter um cuidado com qualidade.

7 ADOECER NAS FAMÍLIAS RURAIS

Neste espaço coloco a estrutura do município, no que tange à saúde, seguida de explanação sobre o funcionamento do posto de saúde, os seus programas e o seu cotidiano; considerações sobre a enfermeira e o cotidiano do posto de saúde; o vínculo na figura da “atendente de enfermagem” da comunidade, das benzedeiras, finalizando com o adoecer nas famílias.

7.1. O SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO E O TERRITÓRIO RURAL

A estrutura dos serviços de saúde do município de Pelotas está baseada na política de saúde, sendo composta por 06 hospitais (públicos e privados) vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O número de leitos é de 1299. Havia 31 enfermeiros na atenção básica de saúde em dezembro de 1999.

Fazem parte da rede municipal de saúde 53 postos de saúde, dos quais 13 estão localizados na zona rural, considerando-se como dados mais atuais os de 1999. Salientamos, no entanto, que o número de consultas foi calculado com o parâmetro de 3 consultas/habitante/ano. Este parâmetro de concentração de consultas levou em consideração os programas preventivos, que exigem uma média mais alta de contatos com os serviços de saúde, atendendo à demanda referida no quadro a seguir:

QUADRO -2- DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE PELOTAS NO ANO DE 1999.

LOCALIDADE	HABITANTES	CONSULTAS
Cerrito Alegre	1682	5045
Cascata	3182	9545
Maciel	1147	3440
Santa Silvana	3080	9240
Grupelli	2512	7537
Monte Bonito	1540	4620
Vila Nova	1482	4445
Colônia Osório	1575	4725
Cordeiro de Farias	1003	3009
Colônia Triunfo	2963	8889

Fonte: Departamento de saúde Pública da Secretaria de Saúde e Bem Estar de Pelotas, 1999.

O município de Pelotas tem um perfil populacional urbano, sendo formado por oito distritos. Do total de cerca de 311.000 habitantes, 24.954 estão na área rural, sendo 12.861 mulheres e 12.093 homens (IBGE, 1996). Os dados parciais sobre as causas da demanda de consultas na zona rural, para o mês de julho de 1998, apontam:

QUADRO -3- DISTRIBUIÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE CONSULTAS NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE PELOTAS EM JULHO DE 1998.

PRINCIPAIS CAUSAS DE CONSULTAS	NÚMERO DE CONSULTAS
Doenças do aparelho respiratório	1391
Doenças do aparelho digestivo	511
Doenças do aparelho circulatório	371
Doenças infecciosas e parasitárias	239
Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	232
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	199

Fonte: Dados da Secretaria de Saúde e Bem Estar de Pelotas, 1998.

Ao observar o processo de evolução das famílias de colonos ao longo dos anos, percebe-se que a ruralidade torna-se um eixo de sustentação indispensável para a compreensão das relações da família rural com o seu viver, adoecer e cuidar.

O cotidiano do posto de saúde

O posto de saúde fica localizado junto à sede do distrito da comunidade Sol. Num determinado período de tempo, esse posto teve ausência de equipe multidisciplinar, devido a problemas administrativos. Não havia e não há ainda supervisão direta do

profissional enfermeiro. A Secretaria de Saúde também recebeu advertência da fiscalização do Coren⁵⁴, por não possuir enfermeira no local. Conforme relato de uma enfermeira, não é a primeira vez que a Secretaria é notificada a esse respeito.

Ao iniciar minha observação, deparei-me, na farmácia do posto, com três frascos de solução de glutaraldeído lacrados e vencidos, datados de 1998. Nesse local, são realizados os curativos, pois ocorrem, freqüentemente, cortes por ferramentas de trabalho (enxadas, pás, moto-serras, facas, etc.) e por manuseio das estufas de fumo, queimaduras, quedas e ataques de animais (cachorros, cavalos, vacas, etc.). Também aí são realizadas nebulizações, retiradas de pontos, suturas, tratamentos para picadas de animais, principalmente cobras.

Devido ao fluxo de atendimento de procedimentos invasivos, faz-se necessário um estoque de material esterilizado, e apenas uma estufa não é suficiente para a manutenção dos instrumentos. A limpeza, a organização do material de curativos, a sua confecção e o seu acondicionamento são precários, tendo em vista que o posto conta somente com uma auxiliar de enfermagem, por um período de duas horas e meia de trabalho diário. Isso dificulta os demais atendimentos como: vacinação, puericultura, curativos, verificação de pressão arterial, administração de medicamentos, entre outros procedimentos.

Um carro da Secretaria de Saúde do município desloca-se diariamente de Pelotas para levar a equipe até a colônia Sol. É o único local da zona rural onde as equipes não têm acesso ao transporte coletivo, visto que seus horários para a zona rural são às 11h:30min da manhã e às 17h:30min, com retorno para à cidade às 6h:30min e às 12h:20min.

O carro leva também a equipe de outro posto, próximo à comunidade Sol: vão uma médica, uma auxiliar de enfermagem, uma recepcionista e uma servente de serviços gerais. Deixando a equipe nesse posto, o carro segue mais 12 km em estrada de chão, que, durante este estudo, por ser período de muita chuva, teve um percurso desviado por caminhos que os colonos denominam “*caminhos de roça*”, ou seja, de difícil trafegabilidade para veículos pequenos, aumentando a distância em 20 km. O deslocamento dura em torno de uma hora, quando as estradas estão em condições de trafegabilidade. O carro sai da Secretaria de Saúde às 7h30min e chega ao posto às

⁵⁴ Conselho Regional de Enfermagem

8h30min, retornando, geralmente às 11h30min, pois deverá chegar novamente até a Secretaria de Saúde às 12h30min.

A auxiliar de enfermagem do posto Sol fica no local até as 11h15min, quando pega um ônibus para ir trabalhar em outro município. O médico permanece no posto até as 12h e, à tarde, atende em sua casa clientes particulares, muitos dos quais são urgências, ou consultas que não quiseram esperar pelo agendamento⁵⁵ no posto. Durante o período da pesquisa, os postos municipais começaram a funcionar com essa forma de agendamento de consultas, o que parece que facilitou o atendimento para o usuário.

O outro posto, da Colônia Lua, localiza-se distante 25 Km e ficou fechado por duas semanas, no período de julho de 2001, por motivo de férias coletivas da equipe. Seus usuários, para serem atendidos, precisavam locomover-se até os postos mais próximos, o que fez com que aumentasse muito o fluxo de atendimentos. Já no posto da Colônia Sol, era, também, o período de férias da auxiliar de enfermagem, que não foi substituída, ficando a vacinação e todos os procedimentos com a pesquisadora e seus alunos, o que ocasionou dificuldades na coleta dos dados, mas, por outro lado, propiciou um maior conhecimento de outras famílias.

A escriturária do posto da Lua trabalha em outro posto do município, à tarde, também como auxiliar de enfermagem e cobre, às vezes, férias, em outro posto na área urbana; a médica, também à tarde, atende em seu consultório particular em Pelotas.

Uma equipe fica no posto da Lua e a outra, composta por uma servente de serviços gerais e uma auxiliar de enfermagem, que é vereadora em um município que foi recentemente emancipado, segue o caminho, com o carro, para o posto da comunidade Sol. O recepcionista fica durante a semana no local, pois ele mora também em um município vizinho. O médico trabalhava num posto da zona rural de um município também recentemente emancipado, tendo, por isso, sido transferido para o posto Sol.

A estrutura física conta com uma sala de espera, uma recepção, uma sala de vacinação, uma sala de exames (gestantes, ginecologia), uma sala de procedimentos onde são realizados curativos, suturas, verificação de pressão arterial, retiradas de pontos, etc., uma farmácia, uma sala de atendimento médico e uma sala que serve de dormitório provisório do recepcionista, uma copa, um banheiro para usuários e outro para os funcionários. O posto segue a mesma constituição física de vários postos da rede municipal.

⁵⁵ As consultas poderão ser agendadas em datas e horários disponíveis, quando não há urgência.

Todos os postos do município seguem os seguintes programas: na seção da saúde da criança e do adolescente, o programa de controle de desnutrição na criança e o programa de controle das infecções respiratórias agudas; nas ações em saúde: para doenças transmissíveis agudas (difteria, tétano, poliomielite, sarampo, meningites, hepatites, rubéola, malária e cólera), há os programas de imunizações; programa de controle da difteria; programa de controle do tétano; programa de vigilância da poliomielite e paralisias agudas e flácidas; programa de controle do sarampo; programa de controle das meningites; programa de controle das hepatites virais; programa de controle da rubéola e síndrome da rubéola congênita; programa de controle da malária e programa de vigilância da cólera.

Na seção de controle de agravos crônico-degenerativos há os programas de controle da hipertensão arterial sistêmica, do diabetes mellitus e da doença de Chagas. Nas ações em saúde : o programa de cuidado com a saúde do idoso; nas ações em saúde: AIDS, o programa de controle da Aids; na seção da saúde da mulher, existem os programas de controle do câncer de colo de útero, do câncer de mama, de assistência pré-natal e de assistência à gravidez na adolescência.

Fazem parte, ainda, das ações em saúde: pneumologia sanitária (a tuberculose e a infecção respiratória aguda do adulto), com os programas de controle da tuberculose e das infecções respiratórias agudas do adulto; saúde mental e neurológica (psicoses, alcoolismo e outras dependências químicas e controle da epilepsia), com os programas de controle das psicoses, do alcoolismo e de outras dependências químicas e, ainda, o programa de controle da epilepsia; dermatologia sanitária (hanseníase e câncer de pele), com os programas de controle da hanseníase e do câncer de pele; zoonoses e vetores (raiva, leptospirose, hidatidose e simulídeos), com os programas de controle da raiva.

Ainda nas ações em saúde, há outros programas como: na área da vigilância sanitária, o programa de controle de enfermidades transmitidas por alimentos, o do setor de vigilância da qualidade da água, o do setor de controle de estabelecimentos de saúde, o do setor de controle da qualidade do sangue, o do setor de controle de radiações, o do setor de alimentos (indústria), o do setor de cosméticos e saneantes e o programa do setor de medicamentos (comércio); na seção da saúde bucal, o programa de controle do câncer de boca, o de controle da cárie e doença periodontal; na seção da saúde ocupacional, o programa de tratamento de perda auditiva, induzida pelo ruído ocupacional (parou), acidente tipo ou típico, intoxicação por produtos químicos.

Nem todos os programas são realizados no Posto de Saúde Sol, como por exemplo os de controle de radiações, de saúde bucal e saúde ocupacional. Ou melhor, muitos deles eram e são executados, mas não entram nos fichários, ou fichamentos, pois falta tempo para lidar com papéis (burocracia) e realizar atendimento ao público. Isso ficou constatado, quando foram encontradas várias folhas com preenchimento incompleto, que deveriam ser encaminhadas semestralmente, ou semanalmente, em anos anteriores, e não foram, e algumas continuam não sendo encaminhadas. Para realizar todos os programas, ou a maior parte deles, o período de atendimento mais adequado deveria ser de oito horas diárias.

Saliento, ainda, que, nesse local, não são realizados os programas com grupos, como por exemplo grupo da terceira idade, de gestantes, de hipertensos, de diabéticos, de escolares e de pessoas que usam medicações para doenças nervosas. A forma de organização difere, por exemplo, de Santa Maria, no atendimento de comunidades rurais, como é descrito na tese de Denardin Budó (2000).

Depois de cinco meses de estudo, percebo a cobrança das planilhas ou relatório dos programas de saúde da mulher e da criança: vacinação, puericultura, gestantes, etc. as quais deveriam ter sido encaminhadas mensalmente para a Secretária de Saúde e não foram. (Lembro, aqui, que houve uma fase de transição de chefias e de governo nos primeiros seis meses).

Nas inter-relações da família rural com o sistema de saúde, configuradas no programa de saúde do local, percebem-se algumas fragilidades: não atendimento à prevenção, não atendimento à família no seu meio, falta de consideração da cultura predominante no local. Acrescento, ainda, a ausência da enfermeira.

Com relação ao registro das consultas, no posto da comunidade este era feito no prontuário da família. Há inscrição de 1190 famílias, contudo não havia um controle para verificar se todas ainda moravam no local. Ao analisar esses documentos, percebe-se que estão incompletos. Entendemos que, havendo uma grande demanda num local e não havendo uma equipe completa, é difícil manter todos os setores/programas funcionando.

Os alunos do Curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia interagindo com as famílias do posto Sol

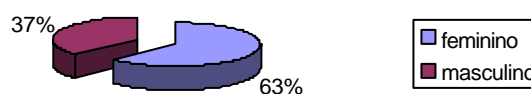
Os alunos do 6º semestre da disciplina de Saúde Pública do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas tiveram a oportunidade de estagiar no posto. Essa inter-relação do grupo com a comunidade foi gratificante para ambos, visto que possibilitou o conviver com o diferente, ou seja, o meio rural. A maioria dos alunos não conhecia o meio rural e suas especificidades, porém eles se dispuseram a dar explicações e a conversar com os clientes, dirimindo as ansiedades e dúvidas. Ao se referirem aos alunos, diziam: “Assim a gente pode ser melhor atendida e dá para conversar um pouco com gente diferente”.

Por ocasião da Campanha Nacional contra o Diabetes, foram atendidos 179 mulheres e 149 homens, totalizando 328 pessoas que procuraram o serviço de saúde, a fim de verificar a glicemia. Destas, sete do sexo feminino e uma do sexo masculino apresentaram níveis de glicemia elevados. Nessa campanha, pôde-se perceber que a grande maioria das pessoas que iam para o controle eram casais. Durante conversa informal diziam sofrer da “doença dos nervos” e apresentavam hipertensão. A maioria que relatava a “doença dos nervos” eram mulheres de todas as idades.

Outra participação dos alunos da graduação na comunidade Sol foi durante a disciplina de Saúde Ambiental, quando realizaram uma visita à captação de água. Nesta ocasião estavam presentes: o subprefeito, a senhora que é atendente de enfermagem e uma pessoa da comunidade. Alguns alunos tiveram oportunidade de conversar com uma das famílias alvo deste estudo.

A seguir, apresento, sob a forma de gráficos, os atendimentos/diagnósticos realizados no período de março a julho de 2001.

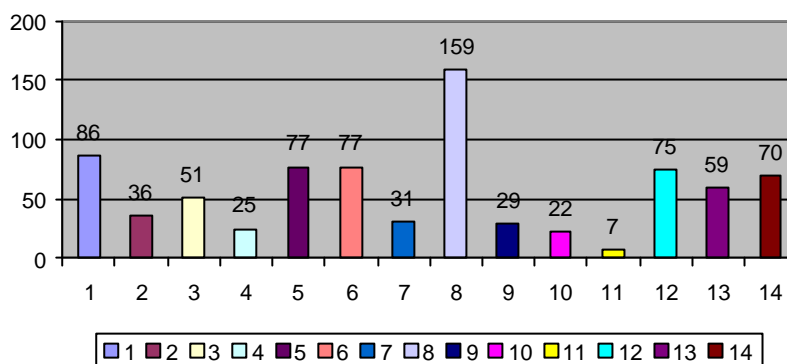
GRÁFICO Nº 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS REALIZADAS POR SEXO, NA COMUNIDADE SOL NO PERÍODO DE MARÇO A JULHO DE 2001.



FONTE: Fichas de atendimento do posto de Saúde da Comunidade do Sol, no período de março a julho de 2001.

Em um total de 805 fichas de atendimentos coletadas, 507 foram consultas realizadas por pessoas do sexo feminino e 298 por pessoas do sexo masculino. Saliento que este número de atendimento não é o total desse período, pois os dados foram coletados em dias alternados.

GRÁFICO Nº 2 -. DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DAS CONSULTAS DA COMUNIDADE SOL NO PERÍODO DE MARÇO A JULHO DE 2001.



FONTE: Fichas de atendimento do posto de Saúde da Comunidade Sol no período de março a julho de 2001.

Legenda:

- 1 Doenças do sistema nervoso
- 2 Ferimento em mãos, pés, tórax
- 3 Hipertensão
- 4 Diabetes mellitus
- 5 Pré-câncer
- 6 Dor articular
- 7 Puericultura
- 8 Infecção das vias aéreas superiores
- 9 Infecções do trato urinário
- 10 Cardiopatias
- 11 Hepatite viral
- 12 Lesões dermatológicas
- 13 Lesões do aparelho digestivo
- 14 Outros (otite, anemia, icterícia)

Observamos que a maioria, 159 pessoas, teve um diagnóstico de infecções das vias aéreas superiores, talvez porque estávamos no período de inverno, o qual era

muito frio e chuvoso, o que possibilita esse tipo de lesões. A seguir, aparecem as doenças ligadas ao sistema nervoso, com 86 pessoas. Outra causa das consultas foram os problemas ginecológicos e as dores articulares. As lesões dermatológicas também tiveram ênfase.

No período do estudo havia doze gestantes cadastradas, onze eram de descendência alemã/pomerana, realizando pré-natal, sendo que três faltaram às últimas consultas. Dessas, oito têm um filho: uma tem dois e três são primíparas.

A pesquisadora-enfermeira participando do cotidiano do posto de saúde

Iniciei os contatos com a comunidade, participando da campanha Nacional contra o Diabetes. Ao realizar alguns testes de glicemia, várias pessoas diziam que “*tinham familiares com açúcar no sangue, mas não se preocupavam com isso*”.

Nesse período da campanha, atendi a uma mãe com uma recém-nascida, primogênita. A criança, muito pálida, estava controlando peso, pois nascera com baixo peso, os pais eram jovens, loiros. A mãe amamentava, mas complementava com leite na mamadeira. Dizia: “*O meu leite é fraco e não dá, tenho que dar mamadeira*”.

No posto também compareceu uma gestante primípara, com 20 anos, pele clara, cabelos castanhos, magra, apática, que havia estado internada em um dos leitos do Hospital Escola de Pelotas por hiperemese gravídica grave. Esteve todo primeiro trimestre da gestação internada. No momento da consulta, estava no quinto mês gestacional e ainda apresentava vômitos. Trabalhava na plantação de fumo, disse que no momento não ia para a lavoura e que passava mal ao entrar em contato com as folhas do fumo⁵⁶. Na alimentação não gostava de frutas, legumes ou verduras, o que, aliás, é muito comum na comunidade estudada. Veio completar o esquema da vacinação antitetânica. Ela, assim como vários usuários, só realizou uma dose e não havia retornado para completar o esquema de vacinação.

No verão, era comum o atendimento de usuários com *berne*⁵⁷. Era o caso de uma idosa que tinha quatro, um na nádega, um na região frontal do crânio e dois na face interna da coxa esquerda. A senhora, com 76 anos, magra, cabelos curtos, brancos,

⁵⁶ Neste tipo de cultura, são utilizados vários agrotóxicos, é freqüente observar os produtores aplicando os produtos tóxicos sem o equipamento adequado.

⁵⁷ Larva da mosca que entra na pele de animais e pessoas, provocando uma elevação no tecido cutâneo, hiperemia, prurido e dor, é chamada de *Dermatobia hominis*, descoberta no ano de 1758.

apresentava deficiência visual e auditiva e, por isso, tinha dificuldade para deambular. Ao chegar no atendimento, relatou: *“Tenho uma coisa que me coça e dói, acho que é berne”*. Ao examiná-la, observei que realmente era o que suspeitara. Perguntei-lhe sobre a dificuldade visual. Ela me disse: *“A falta de visão e um pouco da surdez foram por causa da alergia que eu tive do Bactrim (sulfa)...eu tive que ficar quinze dias na UTI”*. Havia ido ao serviço também para realizar limpeza do conduto auditivo. Dizia que uma vez era diabética, mas que exames atuais nada revelavam. Não possuía unhas, enfatizando também que fora em decorrência da alergia à sulfa. Na família, ela era responsável pela preparação dos alimentos. Falou que a nora tinha *“problemas de nervos”* e ficara três meses internada no Hospital X de Pelotas. Quem levava a idosa era o filho e, algumas vezes, a neta. Uma das vezes veio a nora, pois também iria consultar, a fim de solicitar mais medicamentos *“para os nervos”*.

Ainda durante a campanha do Diabetes, um usuário foi verificar a glicemia e disse que tomava remédio *“pros nervos e pro estômago [...] tenho gastrite”*, afirmou. Declarou que fazia muito tempo que tinha a *“doença dos nervos”* e que tomou Calmociteno^(R), e *“não fez bem, fiquei com anemia”*, disse ele, complementando que o remédio tinha que *“matar os nervos”*. Ele era solteiro, tinha 45 anos, era magro, alto, tinha pele e cabelos claros, aparentava ter bem mais idade, tinha irmãos gêmeos alcoolistas, sendo que morava com um deles e a família. Conta-se, pela vizinhança, que, no período da colheita do morango, esse irmão foi auxiliar outro vizinho e às oito horas da manhã estava completamente alcoolizado, tombara por cima das plantações de morango, estragando a colheita. O vizinho auxiliado disse que ficou chateado e resolveu dizer que não precisava mais de ajuda.

O alcoolismo também é ressaltado como um dos problemas conjugais associados à infidelidade, por parte dos homens, conforme relato do pastor, da *“atendente de enfermagem do posto Sol”*, e de familiares que freqüentaram o posto de saúde. Os filhos dos casais frequentemente procuravam auxílio junto ao Pastor Evangélico (Comunidade Livre) para que este falasse com os pais.

Ainda durante a campanha do Diabetes foi detectada a hipertensão entre as mulheres, que, questionadas, diziam que tinham problemas familiares, algumas, com o marido; outras, com o trabalho; outras, com a preocupação da safra e problemas econômicos. A satisfação de serem ouvidas e poderem falar e receber orientações de seu

entendimento facilitava a interação com a comunidade, em várias ocasiões diziam que assim elas “*poderiam entender a doença e se cuidar*”, nos casos de hipertensão e diabetes.

Em muitos atendimentos para curativos, percebia-se que as causas eram erizipela, úlcera varicosa e ferimentos com instrumentos de trabalho, como enxada, motosserra, e fraturas em quedas ou nos jogos de futebol, que ocorrem aos domingos, como uma forma de lazer para os homens, muito comum nessa região.

Os homens, nessa comunidade, geralmente usam chapéu ou boné. O calçado utilizado, tanto por mulheres como por homens, era o chinelo de dedos, sempre, no inverno ou no verão. Estudos feitos pelo médico Artur Rigatto Witt comprovam que chinelo de dedos ou botas são calçados sem amortecimento adequado e o impacto com o chão duro acaba causando dores músculo-esqueléticas (SILVA, 2002).

Uma senhora com 40 anos, magra, estatura alta, cabelos pretos, compridos, com aparência de sujos, de origem pomerana, chegou ao posto para retirada de pontos, pois havia feito histerectomia para extrair um mioma. Consultara no posto de saúde havia mais ou menos trinta dias, porque apresentava sangramento vaginal importante, com hemoglobina de 7%. Essa senhora, enquanto retirava os pontos, não falava, estava muito amedrontada, aliás, quem falava era a filha de treze anos que a acompanhava. A filha relatou: “*Perdemo o pai faz uma semana, ele tinha câncer de esôfago [...]*”. Referiu, ainda, que a alimentação do pai era só leite, que colocavam em uma sonda que ele tinha no estômago (gastrostomia?). Elas, a mãe e duas filhas, (a outra tinha dezoito anos) não possuíam terras, moravam e trabalhavam em terras de outra família.

Fiquei espantada ao ver que a senhora respondia pouco, quando indagada, ela falava pomerano, que eu entendo, mas não falo corretamente. Em casos como este, algumas pessoas não conseguem se comunicar, ou evitam fazê-lo. A filha de treze anos é que prestava informações. Conforme relato da equipe, no dia da consulta, ela e a filha mais velha, quando lhes foi dito que iria para o hospital, que tinham de interná-la, choraram muito, pois não sabiam o que iria acontecer e só entenderam, quando o recepcionista, que também fala pomerano, explicou o que seria feito.

A visita feita a uma outra família, há algum tempo, pela assistente social do outro posto de saúde, foi em razão da denúncia de maus tratos com a mãe, que era idosa, e com a irmã, que era portadora de sofrimento psíquico. Por ocasião da visita, a assistente social comentou que a família não a tinha recebido bem, que a filha dissera que não precisava de nada, por isso não houve mais retorno dessa profissional. Passado algum

tempo, a filha mais lúcida solicitou uma visita médica. Como já se tinham passado várias semanas e o médico não fora, resolvi visitá-las, para ver o que desejavam.

A casa ficava à beira de uma estrada vicinal (de roça). Era uma construção antiga e estava mal cuidada; no entorno existiam vários galpões que estavam caindo, tinha-se a impressão de que, em outros tempos, a família tivera boa situação financeira. Ao chegar, fui atendida por uma senhora de mais ou menos 50 anos, de pele clara, magra, estatura alta, cabelos claros e longos, que estavam presos, e tinha um rosto bonito. A família era de ascendência alemã. Apresentei-me no momento em que chegou uma senhora, baixa, magra, de cabelos pretos, longos e soltos. Perguntei quem era, disse que era a cunhada (seu marido havia se suicidado havia alguns anos). A filha e a nora estavam preocupadas, pois, se a mãe-sogra, que tinha oitenta anos, falecesse, precisariam do atestado de óbito, por isso queriam a visita do médico. No momento até pensei que a idosa já estivesse morrendo.

A filha, a cunhada e eu fomos até o quarto, onde estava a mãe-sogra, acamada em meio ao cheiro e restos de fezes humanas e pêlos de cachorro, pois havia um cachorro no quarto que insistia em entrar na cama da senhora. No cômodo havia a cama, na qual estava a idosa, e uma cadeira improvisada, que servia de banco para evacuar. Tentei conversar com a idosa, mas ela não desejava. Também não queria se descobrir para mostrar os ferimentos que tinha nas pernas, motivo de preocupação da filha. Fiz os curativos nas lesões das pernas, não estavam infectadas. A filha mostrou-me uma lesão no braço e disse que tal ferimento ocorrera quando ela colocou a mãe na cadeira para evacuar. Nesse curativo havia um chumaço de algodão, tão fixado que era difícil de retirar. Mostrou, ainda, outra lesão, na nádega, afirmando que também fora provocada pela cadeira utilizada para evacuar, que não era protegida. De fato a cadeira era de vime e possuía várias pontas.

Durante o tempo em que lá permaneci, ouvi a idosa dizendo diversas vezes que queria tomar café, era em torno de meio-dia. Quando lhe perguntei se a mãe tomava alguma medicação, a filha disse que sim e que *“foi receitada pela “enfermeira”*. Foi até a cozinha e tirou de cima da geladeira um envelope de digoxina (cardiotônico), e referiu que não estava mais administrando o medicamento, pois tinha a impressão de que a mãe *“piorou da cabeça”*.

Eu sabia que eram duas irmãs e perguntei por que a irmã não a auxiliava. Disse: *“Aquela não serve”*. Às vezes a cunhada ia ajudá-la. Dizem que a irmã fica

trancafiada em um quarto, pois “*ela ficou louca, porque tomou banho menstruada no arroio*”. Passados alguns dias, entrei em contato com a filha mais uma vez, chamando-a para levar mais material para o curativo. Contou que as lesões estavam melhores.

Certo dia, foi ao posto um senhor de cerca de 55 anos, pele e cabelos brancos, magro, estatura alta, com um ferimento no rosto. Ele disse que havia “*tirado um sinal*” e fez uma cirurgia de enxertia no local. Perguntei-lhe se sabia o que era, ao que me respondeu: “*Não sei, nem quero saber*”. Então, realizei o curativo e dei algumas orientações de como proceder em casa. Solicitei que retornasse na semana seguinte, porém nunca mais retornou. Perguntei para algumas pessoas da comunidade e elas me disseram: “*Ele passa todos os dias para a casa de uma benzedeira [...]*”

Fiquei preocupada com esse caso, pois o diagnóstico de câncer de pele, constatado já quando da realização da dissertação, era comum em alguns dos integrantes das famílias, elucidado através das observações, relatos e vivência dessa comunidade, agravando-se, pois alguns deles não realizaram tratamento adequado, ou não o receberam, o que é bem comum nessa região (SCHWARTZ, 1998).

Nos depoimentos de alguns informantes, percebi que muitas vezes os indivíduos com câncer faziam o tratamento hospitalar, cirúrgico, mas, quando retornavam para o domicílio, os cuidados como curativos, alimentação adequada, o retorno para avaliação e o tratamento complementar (radioterapia e/ou quimioterapia) não eram realizados, agravando e diminuindo a qualidade de vida desses indivíduos, que, com o passar do tempo, morriam. O que se passava com estes indivíduos, descuidados? Falta de orientação ou preocupação com o trabalho, pois ficavam afastados do mesmo? Ou medo da doença? Ou dificuldade financeira? São perguntas que permaneciam sem respostas.

O trabalho é considerado tanto como fonte de saúde como de doença, mas as pessoas que trabalham o fazem porque têm saúde (DENARDIN BUDÓ, 1999). Como trabalham a vida inteira, ainda que nas maiores dificuldades, não trabalhar significa não servir para mais nada. Portanto é uma atividade que tem significado.

Dessa forma, a falta de alguém no grupo familiar, por doença ou morte, sobrecarrega o outro. Esse enfoque também transparece nos dados de Denardin Budó (1999), quando diz:

[...] há uma grande dificuldade de expressar os sintomas, pois parece sentirem-se sem direito de “incomodar”, da família gastar o dinheiro guardado para estas circunstâncias e ainda diminuir o seu ritmo de

trabalho, bem como o dos familiares que terão de alguma forma que parar, quer para marcar consulta, quer para levar para consultar e desenvolver os demais cuidados decorrentes da doença (DENARDIN BUDÓ, 1999, p. 251)

A relação entre saúde e trabalho, ou atividades relacionadas como categorias associadas, foi encontrada em estudos com população de origem açoriana por Elsen (1984); Cartana (1988) e, por Denardin Budó (1994, 1999) com população de origem italiana. Fica evidente, também, o reconhecimento do trabalho como indicador do conceito de saúde, adotado pelas famílias rurais estudadas.

A atendente de enfermagem – um recurso de ligação entre o posto de saúde e a comunidade

A atendente de enfermagem, brasileira, morava há 30 anos na comunidade, ao lado do posto, em uma casa de madeira, na qual havia uma sala com divisórias de cortina, onde ficavam uma maca, material para curativos e medicações. Esse era o local onde prestava consultas e procedimentos, pois, mesmo tendo médico no local, a comunidade ainda buscava seus serviços. Posso dizer que essa pessoa tornou-se um “vínculo” entre a comunidade e o posto de saúde. Ela atuou desde 1976 até meados de 2001 no posto de saúde Sol, como contratada pela Prefeitura Municipal de Pelotas. Recebeu a formação na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Antes, ela pertencia a outro local, de características rurais. O seu esposo, até seu falecimento, também exercia ocupação de atendente de enfermagem.

Essa senhora recebeu o treinamento, durante o período de 1971-1972, no “Projeto Piloto para parteiras da zona rural“, coordenado pela enfermeira, professora e diretora Hedi Crecência Heckler do Curso de Auxiliares de Enfermagem da Universidade Católica de Pelotas, ministrado, também, por profissionais da área da saúde do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. O projeto fazia parte de um convênio do Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Pelotas, Universidade Católica de Pelotas e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Para custear o treinamento, as parteiras recebiam 600 cruzeiros (moeda vigente na época). O Sindicato fornecia material esterilizado (gaze e material de curativo) e esparadrapo. Até meados de 1977 não havia médico, no local, para prestar

atendimento. Assim, os primeiros anos foram de atendimento na sua casa e no domicílio das famílias, depois funcionou junto à subprefeitura e, por problemas de espaço, voltou a funcionar na sua casa até a construção do posto atual, em 1988.

Mostramos, a seguir, alguns dados numéricos registrados em seu caderno referentes aos partos domiciliares e/ou realizados na residência da “atendente de enfermagem do Sol”, ocorridos no período de maio de 1973 a janeiro de 1985. Foram em torno de 97, sendo que 40 crianças foram do sexo feminino e 57 do sexo masculino. Por ocasião do parto, naquela época, muitas vezes as mulheres iam parir na casa da atendente/parteira, sempre acompanhadas pelos avós maternas e paternas e pelo marido.

As benzedeadas

Na comunidade havia várias “benzedeadas”, a maioria de descendência alemã/pomerana, que já eram moradoras da localidade. Algumas cobravam pelo serviço de “benzer”, outras não. Em algumas ocasiões, como no preparo do corpo para o enterro, elas são chamadas para auxiliar.

Em maio, início do inverno no sul, surgiram vários casos de gripe, iniciando-se também casos de escabiose. Certo dia, junto aos usuários, estava uma das benzedeadas do local, que me disse: “*Eu curo todos que me procuram e agora não consigo me curar*”, levantando a blusa e mostrando as lesões por escabiose. E acrescentou: “*Tenho vergonha de ir ao médico e mostrar que estou cheia disso*”. Perguntou-me se não poderia levar a medicação sem consultar e se faziam pré-câncer. Afirmei que sim e ela falou que tinha vergonha, pois era um médico que coletava o material. Disse-lhe que a acompanharia na consulta, se assim ela quisesse. Várias mulheres comentavam que não faziam o pré-câncer, porque o esposo não deixava, tendo em vista que era feito por um médico.

Essa benzedeadas era viúva e morava sozinha, tinha um caderno com as anotações das pessoas que iam procurá-la. Disse que muitas vezes os homens iam sozinhos “*com segundas intenções*” e que, por esse motivo, não atendia mais homens desacompanhados das esposas. Informou, ainda, que a procura era muito grande quando não encontravam o médico no posto e que muitas mulheres apresentavam sérios problemas ginecológicos, e que não iam ao posto de saúde.

A doença nas famílias

Retorno, agora, às famílias que fizeram parte do estudo para relatar situações específicas de doença.

A doença na Família “(des)Conectada”

Ao lembrar as doenças das crianças, a mãe relatou que a menina nunca tivera nada, sempre fora gordinha e sem problemas. Percebia-se que falava com satisfação da menina, que caminhou aos 11 meses e falou com facilidade. Quanto aos dois filhos, o mais velho demorou para falar e caminhar e aos 5 anos ainda urinava na cama, e só parou aos 16 anos. E o menor vivia indo ao médico. Quanto à sua saúde, em janeiro de 2001, teve muita dor nas pernas, consultou no posto, fez exames, tomou medicação e melhorou.

Quanto a sua família de origem, disse que seu pai nunca fora a médico, e morrera repentinamente em cima de uma carroça, quando tinha 75 anos. Fazia 18 anos que morrera. Acha que foi “*ataque do coração*”. Sua mãe falecera três anos após, aos 70 anos. Relatou que tinha uma ferida na perna que não cicatrizava, “*coração grande*”, hipertensão e muita dor na perna. Ela se tratava com o médico do *hospital rural*⁵⁸. O médico, na ocasião, falara que “*ela não podia deixar a ferida fechar pois senão ela iria morrer*”. Contou, ainda, que a mãe tomava medicação, ficou 4 meses na casa de outra filha, mas reclamava muito, pois queria voltar para casa, não tinha sossego, ficava muito nervosa e tinha vontade de morrer para ficar com o marido. Relatou que um mês depois de a ferida ter sarado, ela morreu. Falou sobre um irmão de 54 anos, que algum tempo atrás ficara todo inchado, com feridas pelas pernas, “*barriga inchada*”, “*wasser suft*” (barriga d’água no dialeto pomerano), ou seja, ascite. O sobrinho falara que no atestado constava que era câncer generalizado.

Quanto à família do esposo, o pai morreu aos 52 anos, porque tinha uma “*veia dilatada no coração*”, “*teve derrame*”. Então, teria 80 anos. A sogra tinha 75 anos e estava viva.

O filho menor, segundo a mãe, teve pneumonia com três anos e fora internado. Nessa ocasião não brincava, nem falava e, por isso, foi avaliado por um

⁵⁸ Hospital particular de um município vizinho, onde toda a equipe fala alemão ou pomerano.

neurologista, que indicou uma fonoaudióloga. O tratamento com esta foi realizado por três meses. Aos quatro anos, ele já estava conseguindo pronunciar algumas palavras, mas, como o tratamento com a fonoaudióloga era pago e muito caro era ela que tinha de levá-lo e isto dificultava seu trabalho doméstico, desistiram. Reiniciara somente aos dez anos, depois que um familiar propôs-se a auxiliar.

Contou-me que, antigamente, as mulheres daquela região tinham os filhos em casa, com uma parteira da colônia, e que a mãe dela dizia que aquela parteira, “*quando via que a criança tinha problemas ela deixava de lado ou dava um jeito*”. Perguntei o que aquilo significava e ela disse: “*Ah, ela deixava morrer pois naquela época não tinha o que fazer*”. Referiu que sofreu muito para ter o filho mais velho, teve no hospital, por parto normal, a criança nascera com 2.070 kg. Informou que “*o parto foi a ferro*” (a fórceps) e que o filho ficou três dias no berçário e ela só pôde vê-lo no terceiro dia. Então, como passou muito mal, pediu para “*as enfermeiras do hospital um remédio para não engravidar*” e iniciou a tomar anticoncepcional. Na primeira gravidez estava com muita anemia e não fizera pré-natal. A segunda gravidez fora planejada, mas os pais dela “*tinham avisado o marido que era para cuidar melhor dela, para não acontecer como na primeira vez*”. Contou que foi diferente, foi mais fácil, mas tinha muito medo de sofrer de novo, por isso, fez todo o pré-natal no Sindicato dos Trabalhadores Rurais.

Já o terceiro filho não fora planejado, disse que estava tomando anticoncepcional, mas que teve uma dor de garganta e fez injeções para tal. Procurou a “*enfermeira da comunidade Sol*”, pois não estava menstruando, e esta lhe disse que poderia estar grávida, pois o remédio para a garganta poderia tirar o efeito do anticoncepcional, aconselhando que deixasse “*vir o nenê, mas eu não queria estar grávida*”, falou que não queria ter outro filho, acrescentando:

[...] *fiquei muito ruim, não fiz pré-nataltinha uma raiva dentro de mim, ... chorava muito [...]*

Mas, com seis meses, teve que consultar um médico, pois estava muito mal, com a pressão muito alta. No 8^a mês precisou fazer cesárea. Relatou, ainda, que, quando jovem, não ensinavam como “*evitar filho*” e pensava que não se engravidava tão fácil.

O marido era alcoólotra. Perguntei como iniciou e ela disse que, após seis meses de casados, ela o viu bêbado pela primeira vez e, a partir daí, de “*longe em longe*” ele aparecia bêbado. Depois foi de mês em mês, toda a semana e finalmente todos os dias.

Informou que ele era muito agressivo, e ficava muito tempo na “venda”, em frente à casa. Ela achava que era bebendo. Perguntei se não percebia o cheiro da bebida e se não foi até a venda verificar. Conforme relatou, não havia sentido o cheiro de bebida alcoólica, e não ia ver na “venda” por receio de sua agressividade. Contou que ele não estava tomando a medicação que fora prescrita quando saiu do hospital psiquiátrico, onde estivera internado. Durante a entrevista, ela se levantou para ver se o marido não estava escutando.

A Família “Esperança”

Quanto ao controle de natalidade, no início do namoro, o casal não fazia, tanto que ela engravidou. Após os dois filhos, começou a tomar anticoncepcional. Contou que a primeira gravidez fora tranqüila, tendo apenas uma infecção, que, segundo o descrito, parecia ter sido infecção urinária. Segundo o marido, foram para o hospital rural, porque sua esposa não falava português e naquela instituição falavam alemão ou pomerano e também porque as visitas podiam entrar em qualquer horário, inclusive o menino, que ficou junto, no quarto, até a menina *nascer*. Complementou: “*Agora não pago mais, é tudo muito caro, uso o SUS [...]*”

Afirmou que, nas relações com o posto, sempre que necessitaram, o mesmo supriu suas necessidades. O marido relatou que sofria de cólica renal, possuía medicação em casa, buscopan injetável, e disse que, quando era necessário, ele mesmo injetava, intravenosamente. Anteriormente era o vizinho que aplicava, mas, com a mudança de residência, fora obrigado a se automedicar.

Na segunda gravidez, (da menina) a mãe apresentou vômitos, o parto fora normal, e teve que pagar 250 reais, na época, no mesmo hospital. O menino mais velho, com sete anos, teve bronquite, levavam ao posto e a uma benzedeira de origem alemã, na colônia “*Sonho Azul*”, que cobrou 15 reais. Foram uma vez e não resolveu e, quando foram pela segunda vez, a benzedeira disse que não resolvia mais, pois o menino já estava andando e não fazia mais efeito. Relatou que a menina teve “*pontada*” com menos de um ano, mas ficara boa com a medicação prescrita pelo médico.

Durante o estudo, a menina também apresentou escabiose, levei a medicação e dei as orientações pertinentes.

A Família “Apoio”

Ao falarem dos bisavós, disseram que o bisavô morrera aos 73 anos, porém não sabiam a causa da morte, achavam que “*foi de velho*”. Na época do estudo, teria 93 anos. A bisavó morreu com 76 anos e “*sangrava muito do estômago, vomitava sangue*”. Esse casal tivera uma filha, que estava com 70 anos e era viúva, o marido falecera com 59 anos. Disseram: “*Acho que foi da bebida, ele bebia muito e tinha problemas de coração*”, teria, então, 76 anos. Este casal (tios) tivera nove filhos, dos quais os três mais velhos faleceram: um com coqueluche; outro com meningite e outro de acidente por capotagem de caminhão, quando tinha 16 anos.

O pai contou-me que, havia oito meses, ao sair do hospital, onde estava cuidando da mãe, que estava hospitalizada e com bolsa de colostomia, sofrera um acidente de motocicleta, com fratura na perna, causado por um carro que cortara a preferencial. Ele disse:

[...] fiquei com um médico do “SUS” e este não viu que a perna estava com infecção [...]. Ele não me falava nada, não explicava nada, aí eu troquei de médico, fui fazer particular, tive que pagar só para o médico dois mil reais, fora anestesista e hospital [...]

Apresentava um curativo com pontos em crista ilíaca esquerda, por plástica de osso na perna, extremamente fétido, com muita secreção esverdeada. O médico do posto orientara que fizesse o curativo com água oxigenada, PVPF⁵⁹ e colocasse Rifocina, pois era essa a orientação do médico traumatologista. Informei que não faria daquela forma porque não era o indicado para aquele curativo. Expliquei ao paciente e ao pai, que o acompanhava, dizendo dos malefícios da água oxigenada e do equívoco da prescrição. Entenderam, então fiz o curativo explicando o procedimento. O filho me contou que já estava acostumado, pois fizera curativo em sua mãe, que tinha uma ferida no pulmão e que dava para colocar a mão dentro. Porém, agora, só de ver o seu, passava mal. Por isso, pediu para deitar enquanto realizava o procedimento. Perguntei como estava a mãe e ele disse que ela tinha um câncer no intestino e que usava uma bolsa. Perguntei se eles recebiam aa bolsas pelo convênio e ele afirmou que sim, que sempre iam buscá-las e comentou:

[...] os médicos disseram que ela só teria três meses de vida e isso já faz um ano .. Ela ajuda na cozinha descascando batatas, cozinhando [...]

⁵⁹ Anti-séptico à base de iodo ativo a 1% e povidona a 10%.

Esse dia era sexta-feira, então era o médico que faria o curativo no fim de semana. Na segunda-feira, ao fazê-lo novamente, já apresentava visível melhora, com bastante tecido de granulação e com odor e secreção diminuídos. Ele relatou: “*Uma vez por semana tenho que ir ao médico no centro para revisão*”.

Ao retornar, na sexta feira seguinte, disse que o médico havia concordado em não usar a água oxigenada e o PVPI e que realmente o seu uso era ultrapassado. Para o médico do posto eu já havia questionado por que ele fazia o que o outro médico mandava, já que essas formas de fazer curativos já estavam há muito ultrapassadas. Ele acompanhou várias vezes a realização do curativo, dizendo: “*Quero aprender como se faz esse curativo*”. Fui explicando as técnicas e as soluções utilizadas, bem como as que estavam em desuso.

Como o ferimento na perna estava melhorando, o médico solicitou que fosse feito em dias alternados, para evitar a retirada do tecido de granulação. Expliquei novamente que achava que ainda deveria ser diário o curativo. Como eu estava utilizando uma técnica adequada, ou seja, molhava bastante o curativo com soro fisiológico, e isto já evitava a retirada de tecido de granulação, eles concordaram em fazer diariamente. Combinei com o filho e, assim, passei a realizar alguns curativos no domicílio.

Na primeira vez fui de Kombi, com um motorista e a atendente de enfermagem aposentada, líder da comunidade, conhecida como a “*enfermeira*”, que se ofereceu para ir junto a fim de mostrar a casa.

A esposa do filho nos recebeu, logo após apareceu ele. Perguntei como estavam todos, inclusive a mãe. Respondeu que ela estava internada no hospital novamente, dizendo: “*Agora ela tem um tumor no útero, e parece que é mais difícil [...] é grave*”. Ele me levou até a parte da casa onde ficava a sala e se acomodou no sofá. Disse que queria lavar as mãos. Ele pediu à esposa que me acompanhasse. Fomos até a outra parte da casa, que ficava mais abaixo e separada da sala e dos quartos, onde ficava a cozinha, bem ampla, e o banheiro.

Durante a realização do curativo na perna, que estava com bom aspecto e em franca cicatrização, ele me falou que já tinha tomado informações de como proceder para procurar o cirurgião plástico. Disse: “*Já fui perguntando para não perder tempo e saber que papéis preciso*”. Então, na terça-feira seguinte, já iria ao posto, pois precisava de uma solicitação do médico. Durante o procedimento, o pai permanecia junto, abriu uma

janela, pois a sala, mesmo com a luz acesa, ficava muito escura. A esposa também foi ver o curativo.

Com o passar do tempo e a melhora progressiva do ferimento, conversamos da possibilidade de ele fazer o seu curativo em casa, levei todo o material e orientei como proceder. Esta decisão foi tomada porque já estava em boa fase de cicatrização e, principalmente, com o objetivo de estimulá-lo ao autocuidado. Porém, falei que ele ficava livre para decidir se queria fazer o curativo no fim de semana com o médico ou se gostaria de fazê-lo só.

O estado de saúde da avó da família “Apoio” estava se agravando. O avô, repetindo o que eu já sabia através do filho, contou que ela, há 14 anos atrás *“tirou um seio porque tinha câncer... ela tinha levado coice de uma vaca e machucou”*. Um ano e meio antes, apresentara câncer de intestino, necessitando utilizar bolsa de colostomia e, durante essa hospitalização, fez abscesso pulmonar e infecção da cirurgia abdominal. Recebeu alta hospitalar, mas ainda necessitava de curativos, que eram realizados pelo filho, em casa. Ele repetiu que aprendera a fazer o curativo, quando a levava até o posto.

A família optou por omitir o diagnóstico para a mãe, visto que ela sempre falava em recuperação e estava disposta a realizar os tratamentos. Como ficou evidente nos seus relatos, houve um cuidado para com a avó, já que, ao omitir o diagnóstico, a família tentava preservar sua vontade de viver.

No próximo dia marcado para a realização do curativo, estranhando a demora para chegarem ao posto, telefonei e a neta atendeu, dizendo que sua avó falecera naquela manhã, às 9 horas e que o enterro teria que ser no mesmo dia, pois estava *“saindo muita coisa pela boca”*.

Após três dias fui visitar à “família Apoio”. Estavam, aparentemente, tristes o avô e o pai. Este foi se deslocando, com as muletas, para a parte da casa onde fica a sala (havíamos estacionado na parte da cozinha, aos fundos) e disse: *“Estava descascando batatas para a esposa, pois não tenho o que fazer”*. O tempo apresentava sinais de temporal, por isso, nesse dia, fui com pressa com medo da chuva e de ficar *“atolada”* na estrada.

Ele explicou que a perna havia edemaciado muito, porque ficara muito tempo em pé na terça-feira, quando a mãe estava passando mal. Ao fazer o curativo, percebi que estava com um pouco de odor fétido, mas com boa cicatrização. Perguntou-me

se eu achava que ele realmente tinha que fazer um enxerto de pele, conforme orientação do traumatologista, ou consultar um outro cirurgião plástico.

Contou que uma tia, irmã de sua mãe, morrera de câncer no seio. A esposa e o pai estavam presentes. Nesse dia, entreguei uma cópia do genograma para eles discutirem e confirmarem alguns dos dados.

Em outro dia, quando cheguei para realizar o curativo, o pai estava na cozinha, novamente, ajudando a esposa a descascar batatas. Estava um pouco abatido. Nesse dia conheci o menino e a menina, que estavam de folga da escola. Já na sala, ele disse que havia consultado o cirurgião plástico e este dissera que:

[...] ainda tinha uma infecção, a osteomielite [...] e que como estava, não valeria a pena fazer enxerto [...].

Contou que quis “*conversar com o traumato*”, mas este dissera que não poderia atendê-lo. Fiz o curativo, a perna estava edemaciada, pois no dia anterior tinha ido à cidade. Dei-lhe mais algumas orientações quanto à alimentação e ao banho de sol.

Ao realizar uma visita, à casa de uma de suas irmãs, ela queria saber como proceder para conseguir os exames preventivos que os médicos do hospital haviam solicitado, já que vários integrantes da família apresentavam casos de câncer. Orientei-os.

Em outra visita, o avô disse que utilizava antihipertensivo: Drenol e Renitec, este ele tomava às 16 horas, mas, como naquele horário ele sempre estava na lavoura, esquecia de tomar. Orientei-o para que ele tomasse pela manhã, na hora do café. Disse que, há nove anos atrás, fizera uma cirurgia de hérnia inguinal (no Hospital rural de outro município). Porém, quatro anos antes da entrevista, tivera que refazer a cirurgia, fez em um hospital da cidade de Pelotas, onde teve duas internações por infecção da cirurgia. Ainda houve mais uma hospitalização, por fratura no pé havia dois anos.

A nora usava antidepressivo (Flosetina) e outro que não recordava o nome. Disse que ia a um “*especialista da cabeça, no Inamps, mas como estavam em greve não fui mais [...]*”.

Reflexões

Pode-se perceber que a forma de trabalho no mundo rural também pode causar doença nos integrantes das famílias, pois a utilização rotineira de certos

equipamentos para desenvolver o trabalho ocasiona uma postura inadequada. Coletar frutos e folhas, carregar excesso de peso, arar a terra com bois e /ou cavalos, etc. são exemplos de atividades que podem ocasionar doenças como: dores na coluna vertebral, torácicas, lombares e de cabeça, e tensão nervosa, além de manifestações que podem se traduzir principalmente com quadros de úlcera, hipertensão e alcoolismo, conforme os estudos de Alessi; Navarro (1997) e Silva (2002) .

O trabalho, tão valorizado, muitas vezes braçal, é insalubre, pois lidam com agrotóxicos, inseticidas, pesticidas e adubos, sem proteção adequada para o corpo. Quanto ao risco das intoxicações por agrotóxicos, estudos dos autores Ambrosini; Marona (1999); Ambrosini; Witt (2000) e Faria; Facchini; Fassa et al.(2002) abordaram este assunto.

Os instrumentos de trabalho, como por exemplo as enxadas, a moto-serra, os animais, o trator, quando têm, e a própria estufa de fumo, também poderão ser causadores de lesões como cortes, principalmente, em membros inferiores e superiores, algumas vezes com amputação e fraturas. No que tange aos acidentes de trabalho nas comunidade rurais, os estudos de Paixão (1994); Cohn; Marsiglia (1993) e Alessi; Navarro (1997) expressaram a sua preocupação com estes acidentes.

Os cuidados com os equipamentos de proteção parecem não ser importantes para os integrantes das famílias. Neste sentido, algumas vezes os equipamentos são inapropriados ou confeccionados com material não adequado, ou o equipamento não é adequado à determinada tarefa. Neste sentido, algumas vezes os equipamentos acabam atrapalhando e sendo um obstáculo ao uso. Assim, as empresas que elaboram os equipamentos, se soubessem em que situação estão falhando, poderiam melhorar as condições dos mesmos.

Se as famílias recebessem informação e conhecimento interambiente, com o intuito de prevenir os acidentes, ou pelo menos de diminuí-los, poderiam melhorar as incapacidades causadas pelos acidentes e, conseqüentemente, a sua saúde. Vejo, novamente, que a falta e a deficiente troca de informações entre os ambientes acabam por dificultar o crescimento, o que poderá causar seqüelas. Ainda neste sentido, sabe-se que as instituições de saúde também não estão preparadas para enfrentar as especificidades dos acidentes do trabalho rural e a sua prevenção. Uma outra dificuldade é a precária disponibilidade dos serviços de saúde nas áreas rurais (Long,1993).

Em relação ao clima e sua instabilidade, a incapacidade que o colono tem de prevê-lo faz com que os componentes da família rural permaneçam à mercê desse, também sem proteção adequada, ou expostos a longos períodos de sol ou chuva, vento e frio para desenvolver suas atividades diárias. O sol, devido à inadequada proteção, associada à pele clara dos colonos, pode ocasionar problemas dermatológicos, como por exemplo câncer de pele. Soma-se a tudo isso o período de horas trabalhadas que, na maioria das vezes, excede doze horas de trabalho, pois a pequena produção familiar tem de despender mais trabalho dos seus membros, a fim de viabilizar sua permanência na agricultura.

Os dados indicam o que Valla; Stotz (1994) diziam, que, na realidade, os serviços de saúde, devido às limitações, não têm condições de responder aos problemas que estejam situados além do campo das doenças infecto-contagiosas, como é o caso das doenças inespecíficas e das doenças do trabalho, uma vez que os seus profissionais não estão capacitados para atender a esse tipo de demanda.

Concebidas como o conjunto de elementos externos (físicos, químicos, mecânicos e biológicos) e internos (fisiológico e psíquico) presentes nos ambientes e nas condições de trabalho que interagem entre si e com o homem, as cargas laborais podem gerar ou não padrões de desgaste específicos. Assim, nos elementos constitutivos das cargas laborais de processo de trabalho é que reside a origem do desgaste. Esse desgaste, se referido às potencialidades humanas, historicamente determinadas, pode significar perda ou não de capacidades biopsíquicas no processo de trabalho, como foi referido por Laurell; Noriega, (1989). Este desgaste ocorre pelo excesso de carga laboral e uso inadequado do equipamento de proteção individual.

O trabalho representa o eixo norteador sob o qual são gerados os afazeres, as emoções, as perspectivas, a identidade e as doenças da família rural. Nesse enfoque, vejo o trabalho como uma atividade molar importante, de acordo com Bronfenbrenner (1996). Visto que é realizada pelos integrantes das famílias, e todos são envolvidos, é uma atividade significativa já que produz efeitos diretos no meio ambiente imediato-microsistema, ou seja, pode ser uma atividade de interação ou de conflito. Como exemplo de conflito pode ser citada a sobrecarga laboral da mulher ou da criança. Os colonos valorizam a terra como meio de viver e sobreviver, pois, para ele, é ela que lhes dá casa, trabalho, sustento e as relações sociais.

O trabalho pode, também, ser o causador de doenças e, em consequência ainda, podem as relações intergeracionais ser complicadas, conflituosas. Exemplificando: o

avô, que pode não aceitar inovações, principalmente no plantio de um produto. Mas, ao contrário, também pode servir de apoio/suporte necessário na doença. Logo, podemos dizer que um dos eixos do movimento da vida dos integrantes da família rural é o trabalho.

O trabalho, para a população rural, representa saúde, pois é uma atividade que tem um significado de sobrevivência e dá identidade ao colono, representando um potencial para o desenvolvimento saudável, apesar de causar doenças e conflitos, como foi mencionado acima, fragilizando, por isso, o desenvolvimento individual e familiar.

Se um componente da família ficar doente, sem trabalhar, este grupo usará estratégias a fim de não prejudicar “o trabalho”. Pedirá o auxílio do vizinho mais próximo, pois membros da família que moram longe não podem se deslocar para ajudar, então será a família próxima que providenciará o cuidado. Portanto, são as inter-relações com outros ambientes potencializadoras do desenvolvimento do colono e sua família.

Percebe-se que a doença e a saúde ficam em segundo plano, aparecendo sempre como primeira opção o trabalho, o produzir, por isso, podemos afirmar que o trabalho perpassa até a doença e a morte. Contam que, em uma família, quando o filho faleceu, a mãe não foi ao enterro, porque não podia interromper seu trabalho. Com essa grande ênfase dada pela família rural ao trabalho, há uma desvalorização do estar doente, do cuidar e do ser cuidado. Trabalhar é ser saudável. A força está na saúde e no trabalho.

Na família “Esperança”, por exemplo, o pai só levou a filha para o posto de saúde após passar duas semanas com febre, pois primeiro tinha que dar conta do trabalho. Da mesma forma vários integrantes de outras famílias protelavam a ida ao posto de saúde ou a outro serviço médico, porque “tinham muito trabalho”. Primeiro plantar, colher e depois buscar solução para as doenças. Podemos dizer que os dados nos levam a afirmar que a saúde não é vista como processo que precisa ser promovido através de ações e cuidados deliberados. Corroborando essa reflexão, Long (1993) diz que, para os moradores da zona rural, as necessidades de saúde são normalmente secundárias às necessidades de trabalho e que toleram a dor por períodos prolongados desde que não interfira na habilidade de trabalhar.

Os efeitos desenvolvimentais positivos da participação em múltiplos ambientes são aumentados quando esta participação ocorre em contextos culturais ou subculturais que sejam diferentes entre si, em termos de etnicidade, classe social, religião, faixa etária, entre outros (BRONFENBRENNER, 1996). Naquela comunidade, apesar de os integrantes participarem de diversos ambientes, como festas religiosas, casamentos,

batizados e enterros, eles não são tão diferentes entre si, pois a grande maioria possui a mesma etnicidade, classe social, religião, escolaridade, o que pode dificultar a acomodação/ajuste e, portanto, uma mudança/adaptação para outros ambientes. Em outras palavras, entre os iguais, os níveis de complexidade da acomodação ficaram estanques.

Por outro lado, evidenciam-se as relações da família com o mesossistema, no caso do posto de saúde, hospitais e escolas, desencadeando algumas interações significativas para o desenvolvimento. Se um indivíduo participa de diversos ambientes, isto requer que a pessoa se adapte a uma variedade de outras pessoas, tarefas e situações, aumentando, assim, o alcance de flexibilidade de sua competência cognitiva e habilidades sociais. Visto que a comunicação entre as famílias e o serviço de saúde era superficial, sem o envolvimento significativo da equipe não houve possibilidade da presença de vínculo apoiador, o que dificultou a resolução dos problemas.

No posto de saúde o não encaminhamento dos relatórios nos diz que o planejamento das ações em saúde na zona rural não leva em conta as avaliações de atendimentos e demandas da comunidade, uma vez que estas não são registradas e encaminhadas às secretarias municipal e estadual. Este fato exemplifica o que cita Capra (1996), ao considerar os sistemas sociais como uma organização semelhante à do indivíduo, que devem ser mantidos coesos, por meio de um sistema de comunicação dinâmico para realimentação. Assim, partindo-se da importância da comunicação dentro de um sistema, encontramos, nesse evento, o primeiro entrave que afeta a dinamicidade do sistema de saúde local e sua capacidade de atender as necessidades reais das famílias

Considerando-se que um sistema de saúde deve ser dinâmico, se ocorrerem esses entraves no seu meio interno, ou seja, no meio mais próximo, a comunicação está falhando e, portanto, poderá afetar a sua externalidade. Person (2001) diz que os bons meios ambientes protegem e promovem bem-estar, e que um microssistema deverá ser um portal para o mundo, e não uma dependência fechada.

As observações feitas no posto de saúde, no período entre 09 de março a setembro de 2001, nos demonstram ser o posto uma fonte de inter-relações que é ainda pouco utilizada, visto que a família o procura apenas porque é o local mais próximo, não precisa pagar, ganha medicamentos. Pouco é feito em relação à educação, à saúde e à prevenção de doenças dos seus componentes, papel importante que compete ao serviço de saúde.

Conclui-se que as questões de educação em saúde, visando à promoção da saúde do trabalhador rural e da família e a prevenção de acidentes de trabalho no campo, conforme Ambrosini; Marona(1999); Ambrosini; Witt (2000) e Faria; Facchini; Fassa (2002), nessa zona rural, não são contempladas pelo sistema de saúde do município. Lembro que o exossistema, nesse caso, o sistema de saúde, com a fragilidade dos seus programas afeta negativamente o viver, o adoecer e o cuidar dos integrantes das famílias rurais.

Além disso, a falta de informação sobre o ambiente das famílias por parte do sistema de saúde, além de levá-las a um isolamento, fortalece o sentimento de estarem à margem da saúde, das políticas sociais e da educação, acarretando-lhes um desenvolvimento desfavorável/ineficiente.

As equipes de saúde que atuam na área rural assumem uma postura de distanciamento, pois quase não percebem o modo de viver, adoecer e cuidar dessas famílias, talvez por não se inter-relacionarem ou por faltar condições para uma aproximação (condução, tempo). Outro fato que contribui para o isolamento das famílias é a ineficiência dos programas de saúde, que não atendem às singularidades dos ambientes rurais, como já foi referido por Denardim Budó (2000) e Long (1993).

Ao constatar estes fatos, percebi como um sistema, nesse caso, o sistema de saúde – o exossistema - pode ser propulsor de danos, pois as interações não foram efetivas, e o indivíduo, embora não participe desse sistema, é afetado por ele, enfraquecendo o seu viver e desenvolvimento.

Vários foram os fatos observados que inibiram e fragilizaram a comunicação entre o microssistema família e os outros microssistemas. No caso da família “(des)Conectada”, seu prontuário, no posto de saúde, não fazia nenhuma referência/comunicação a respeito do desenvolvimento da criança, ou de problemas como a afasia. Acredito que várias equipes de saúde tenham passado pelo local, no entanto, parece que não perceberam, ou não deram informações à família quanto às formas de buscar um tratamento menos dispendioso e quanto à importância do tratamento para o desenvolvimento da criança. Isto demonstra que a comunicação entre os sistemas de saúde também é ineficiente e contradiz o Sistema Único de Saúde.

O menino da família “(des)Conectada”, que teve fratura de braço, ia semanalmente para a cidade a fim de realizar o curativo. Percebi que, novamente, a comunicação interambiente não estava funcionando e nem as ligações indiretas, pois a mãe

viajava com a criança até a cidade, distante 60 km, sendo que o posto de saúde distava 150 metros da sua casa. Um outro elemento que surgiu como inibidor, no microsistema da família citada, foi o alcoolismo.

A família “(des)Conectada” atuava muitas vezes como um sistema fechado/sem intercomunicação, no seu mundo interno e com o microsistema posto de saúde. A mãe, ao ser questionada a respeito da saúde do filho mais velho, não sabia dizer onde se encontravam as receitas das medicações e nem o papel do diagnóstico do filho, que teria um tumor de garganta. O filho menor, com problemas na fala, como já foi visto anteriormente, tinha toda a documentação e o diagnóstico e havia mais de um ano que fora encaminhado para auxílio financeiro pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). O processo estava demorando muito, porque as pessoas que deveriam fazer a avaliação em casa não compareciam ou sempre tinham uma desculpa. Nesse caso, o sistema de auxílio à família também não se comunicava com eficiência.

Já no caso da família “Apoio”, o fato de decidirem não dizer o diagnóstico para a avó revela que a família mantinha relações/comunicação interambientes eficientes, a fim de manter um dos seus integrantes em desenvolvimento estável. A família havia sido orientada a realizar exames de rotina, de estômago e de intestino, tendo em vista a história familiar. Orientei-os, assim como o médico, sobre como realizar os exames solicitados, o que, na perspectiva ecológica, demonstrou ser um exemplo de comunicação interambiente, a qual resultaria num cuidado com o desenvolvimento das pessoas envolvidas. A família recebeu a informação, sendo vínculos apoiadores o médico e a pesquisadora.

É importante ressaltar como a comunicação interambiente pode afetar a saúde e o desenvolvimento da pessoa. No caso desta família, não houve uma comunicação adequada entre médico e cliente em relação ao tratamento recebido e, por não receber informações suficientes, não procurou recursos de saúde que pudessem solucionar seu caso no princípio da doença.

A articulação entre os serviços de saúde com outros sistemas não é garantida na sua continuidade de ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais como coletivos, pois existe uma vulnerabilidade na comunicação/informação entre os profissionais e serviços de referência e contra referência.

Nas várias famílias/microsistemas foi possível constatar o uso de medicações para ansiedade/depressão e afins. Parece que o inter-relacionamento é afetado nos seus microsistemas e, assim, como uma onda, afeta os outros sistemas e, por

consequente, a comunidade. Pode-se dizer que a falta de lazer, a carga laboral excessiva, as relações no microssistema família, e os ajustes/desajustes entre os diversos ambientes podem levar a doenças psicossomáticas. Heck (1994;2000), em seus estudos, aborda a questão do suicídio entre colonos alemães e Faria, Facchini, Fassa et al. (2000), estudando a população rural da serra gaúcha, encontraram transtornos psiquiátricos menores e acidentes de trabalho, portanto estes dados alertam para a necessidade de se priorizarem ações de proteção para a saúde do trabalhador rural.

O envolvimento da família com outros sistemas pode, com suas redes, funcionar de forma favorável ou desfavorável ao seu desenvolvimento, ou seja, pode ter um desenvolvimento qualificado ou não. Essa interconexão ocorre quando a pessoa participa das atividades em mais de um ambiente. Vejamos: um integrante da família vai à escola, outro vai até o posto para realizar curativos ou receber medicações. Existe um bom vínculo, se, na escola, a mãe conversa com a professora e com os colegas do filho, e se, no posto, o outro membro da família, além do atendimento recebido, participa de grupos apoiadores, junto à equipe de saúde. Assim, podem tentar soluções para determinados problemas da comunidade.

A interconexão, isto é, as inter-relações que ocorrem nas famílias, na presença da doença, realizam um movimento (processo) na busca de solução. O sistema de saúde, educação, entre outros, precisam se adequar às questões da ruralidade/trabalho/horários/acidentes. Deveria existir um movimento de ajustes/acomodação, de forma que comunicação, informação e ações de promoção e prevenção se inter-relacionassem com a igreja, os sindicatos, entre outros.

8 AS FAMÍLIAS, O CUIDADO E O (DES) CUIDADO EM TEMPOS DE DOENÇA

Neste capítulo, abordo as situações de vida de uma família que caracterizei como cuidadora e as relações mantidas entre as famílias da comunidade como importantes interconexões com o posto de saúde, hospitais, com outras famílias, e a própria comunidade. Descrevo ainda cenas que mostram a difícil arte de se encontrar um equilíbrio entre o cuidar e o trabalhar, o estar junto, o buscar informações, a responsabilidade e o (des)cuidado.

Elsen (2002), ao descrever sobre o cuidado na família, que ela denomina de “cuidado familiar”, diz:

O cuidado familiar concretiza-se nas ações e interações presentes na vida de cada grupo familiar e se direciona a cada um dos seus membros, individualmente ou ao grupo como um todo ou em parte, objetivando seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social (ELSEN, 2002, p.17)

Elsen (2002) afirma que esse cuidado tem vários atributos, entre eles, “a presença”, que se dá na forma de ouvir, acompanhar, prevenir, entre outros e a “proteção”, que se inicia desde antes do nascimento, com os cuidados pré-natal.

A família Cuidado

Esta família, como foi dito anteriormente, pode ser caracterizada como um exemplo do cuidado. Assim faço as interlocuções neste capítulo.

No dia do primeiro contato com a família, chovia muito. Fui recebida pelo genro, que já havia sido comunicado sobre a visita. Convidou-nos para entrar e perguntou para o recepcionista se a estrada estava muito ruim.

Entrei na sala, onde já estavam esperando a esposa, a filha e a sogra. A esposa estava vestindo calça comprida suja, assim como o blusão; a sogra estava sentada, com uma bengala na mão, apresentando curativos em ambas as pernas. Junto à sala ficavam o quarto da filha e o quarto da sogra/avó e, ao lado, ficava o quarto do sogro/avô, todos com divisórias de madeira. No quarto do avô, havia um criado mudo, um banco ao lado da cama e um roupeiro. Esse local apresentava um odor muito fétido. O senhor possuía ferimento no rosto, escara em ambos os trocanteres, na região coccígea e nos calcâneos, tinha dificuldade de se alimentar, pois estava com ptose labial. Cumprimentei-o, ele respondeu, mas a família disse que ele pouco falava.

Os familiares referiram que há dois anos apresentou dificuldade para deambular e desde aí começara a ficar na cama. Nesse período, tinha hipertensão arterial e uma lesão na região auricular esquerda. Havia alguns meses procuraram recurso médico no Posto da comunidade Sol, pois a lesão apresentava sangramento intenso. O médico informou que “*não era nada*” que fizessem o curativo compressivo e que retornassem, se necessário, outro dia”. Como a lesão aumentava e continuava o sangramento, procuraram outro posto, o da Colônia Lua, e a médica o encaminhou para um cirurgião plástico. Foi feita uma cirurgia na face, para retirar a lesão, que a família não sabia dizer o que era, pois não lhes fora entregue o laudo do exame anatomopatológico. O médico que realizara a cirurgia lhes havia dito “*que era para levar para casa e procurar um posto, quando fosse preciso, que aquele tipo de tumor só dava na pele*”. A esposa/filha, mostrando manchas de sangue na parede, à cabeceira da cama, comentou:

[...] isso aqui foi quando ele no primeiro dia veio para casa e começou a sangrar e não parava mais, ligamos para o médico e ele disse que era para ficar segurando. Como não parava de sangrar, mesmo segurando [...] chamamos o médico do posto e ele costurou [...] ele disse que era uma artéria e que se não tivéssemos segurado ele teria morrido.[...] mas nos deram alta do hospital com ele assim, a gente nem sabia o que fazer [...]

O genro fazia o curativo diariamente. Esse procedimento era realizado depois do almoço. A esposa/filha relatou: “[...] nós almoçamos, lavamos a louça e começamos a fazer o curativo ... às vezes demora duas horas”. Naquele dia estava muito

frio, chovia e a janela do quarto estava toda aberta. Perguntei se ele não sentia frio, ao que a filha respondeu: “*Nós deixamos aberto por causa do cheiro [...] e ele sempre quer ficar com os pés de fora, tapamos, mas ele põe para fora*”.

Quiseram mostrar-me o curativo, que haviam acabado de fazer, pois, como chovia muito, achavam que eu não iria. Falei que não havia necessidade de abrir, naquele momento, que em outra ocasião faria o curativo. O genro mostrou que o sogro estava com jontex em extensão, pois, molhando a cama, tinham que trocá-lo muitas vezes, o que fazia com que molhassem também os curativos da região trocanteriana e das pernas. Naquela época, inverno, devido às intensas chuvas, era difícil a secagem da roupa.

Perguntei como era realizada a alimentação, ao perceber a ptose labial. Responderam que ele tinha muita dificuldade para alimentar-se. Orientei a elevação da cabeceira, improvisando com cobertores e recomendei o uso de dieta líquida, como gelatina líquida. Falaram que o avô gostava de sopa de galinha, e que com a neta ele comia melhor.

A neta, que estava sentada costurando, comentou que aquela posição fazia com que sentisse mais frio. Os cuidados noturnos eram realizados por ela, cujo quarto ficava próximo ao do avô. À noite ela levantava para atendê-lo: “[...] *a noite, quando ele chama, vou dar água ou ver o que ele quer*”. A neta tinha um papel de cuidadora, e o bom inter-relacionamento com o avô facilitava o cuidado.

A avó, sentada num banco ao lado da cama, acompanhava tudo que dizíamos ou fazíamos. Ela mostrou que estava com feridas nos membros inferiores: “*Eu tenho essas feridas há muitos anos e nunca fecha, faço o curativo com uma pomada que o doutor receitou*”. Acrescentou que tinha problemas de coração e que sempre consultava um cardiologista.

Verifiquei os sinais vitais do avô, naquele dia a pressão arterial estava 150x90mmhg. A filha informou que dava medicação (lasix), em dias alternados, e propranolol diariamente. Conversamos, um pouco mais a respeito da saúde do avô. Fiquei de retornar outro dia, para realizar o curativo, juntamente com o casal. Orientei o uso de apósitos para o curativo das escaras (havia levado alguns) e insisti na ingestão de líquidos, visto que a diurese estava bastante escurecida.

O genro contou que o sogro fora internado para retirada da lesão na região auricular esquerda, alegando que a família não fora comunicada de como seria a cirurgia. Quando viram que o avô estava sem o pavilhão auricular e com esvaziamento da

musculatura do pescoço e face esquerda, ficaram sem saber o que fazer. O genro relatou: “[...] o médico não explicou o que ia fazer, nem o resultado do exame que fizeram da “berruga””. Ao ser perguntado sobre o resultado do exame por escrito, ele falou:

[...] fui várias vezes no hospital para falar com o médico, mas nunca consegui falar com ele [...]

O avô havia recebido alta hospitalar, mas com os curativos para realizar (a região afetada era muito extensa, e com toda a musculatura exposta, por isso era difícil para uma pessoa leiga realizá-los). Apresentava escaras de decúbito nas escápulas, nas regiões coccígea, trocanteriana e calcâneos. Perguntei ao genro por que era ele quem realizava o curativo e ele disse:

[...] tenho mais jeito e coragem e aprendi vendo como faziam no hospital [...]
[...] ninguém ensinou [...]

O genro desempenhava o papel de cuidador principal, visto que os outros integrantes talvez não tivessem as mesmas condições para enfrentar o cuidado com o avô. Mas cuidavam de outras formas, como auxiliar no curativo, no preparo e na hora da alimentação e da medicação.

Na visita seguinte, cheguei às 14h, de carro, novamente com o recepcionista da comunidade Sol. O genro havia estado lá no posto pela manhã para avisar que seu sogro não estava bem e que estava eliminando sangue pelas fezes. Eu não pude atendê-lo, pois estava visitando a família “(des)Conectada”. Ao chegar, fui comunicada de que faltava vaselina líquida. A casa dessa família dista do posto cerca de mais ou menos 25 Km de estrada de chão. Os familiares já me esperavam, aliás era o genro que estava em frente à casa me aguardando. Com fisionomia muito abatida, disse-me que a situação não estava nada bem. Entrando, encontrei a filha, a esposa e a sogra todas com rostos aflitos. Como havia combinado que iria ajudá-los a realizar os curativos, levei vários pacotes de apósitos, soro fisiológico, ataduras e vaselina líquida. Fui encaminhada ao quarto, que cheirava mal, cheiro putrido!

A família organizou o material que eles costumavam usar. Iniciamos o curativo pela face, solicitei ao genro que fizesse o curativo como costumava fazer. Pegou uma bacia com sabão e uma esponja e começou a molhar o curativo e, ao retirarmos as faixas e gazes, o lado esquerdo da face era somente ossos, com poucos músculos expostos,

exalando odor fétido e drenando grande quantidade de secreção purulenta. Não tinha o pavilhão auricular. Os ossos parietal, temporal e esfenóide estavam expostos, assim como a mandíbula. Fizemos o curativo com água e sabão. O genro, que tinha iniciativa e uma boa noção, auxiliava. Havia uma ferida no ombro direito e outra na região trocanteriana que, exposta, jorrava secreção. Na região sacra havia necrose extensa do tecido, também com muita secreção purulenta. A esposa também auxiliava, alcançando material e posicionando o avô enquanto a sogra ficava olhando. Fiz alguns curativos com açúcar cristal, como já havia orientado em outra ocasião, mas alegavam que tais curativos molhavam muito e, como trocavam o curativo só uma vez ao dia, teriam de fazê-lo mais vezes. O calcâneo direito era uma massa escura, em decomposição, e o calcâneo esquerdo apresentava vários ferimentos. Levamos, eu, o genro, a esposa e filha, uma hora e meia fazendo curativo. Durante o procedimento, o genro lembrou:

[...] não entendo como nos deixaram vir para casa do hospital sem nada nos dizer, nada, a gente nem sabe o resultado dos exames [...] (biópsia da ferida da face).

Trocamos a roupa da cama e o genro comentou que muitas das escaras que ele adquirira no hospital haviam cicatrizado após os curativos. Verifiquei os sinais vitais do avô e percebi que estava hipotenso: 90x 40mmhg, pulso filiforme, não respondia, quando solicitado, e apresentava hipertermia. A família me perguntou: “*Como ele está? E quanto tempo de vida ele tem?*” Falei que eles sabiam melhor do que eu que o estado dele estava se agravando. Orientei-os a não dar o antihipertensivo. Quando terminamos de organizar o material, a filha deu ao avô, deitado, um comprimido de dórico (paracetamol). Informei-os sobre o local onde poderiam comprar medicamentos por um preço acessível e, que, ao administrar comprimidos, deveriam elevar a cabeceira da cama ou triturá-los para facilitar a administração, ou ainda usar gotas, que eram mais fáceis de ingerir, visto que o avô estava com dificuldade para deglutir.

Percebi, durante a realização do curativo, que o casal tinha uma rotina para executá-lo. Como eu estava fazendo o curativo, algumas das fases desta rotina foram modificadas, conforme pude perceber quando o genro reclamou que a tesoura não cortava, ao que a esposa respondeu: “*Viu como a tesoura não corta? Por isso eu demorava para te alcançar a gaze*”. Estavam preocupados que o material não fosse suficiente para realizar outros curativos, pois eu havia levado somente para um, ou para no máximo, mais dois

dias. Disseram que haviam avisado o recepcionista, porém eu não havia recebido o recado. Prometi mandar a Kombi levar mais material.

Ao sair da casa, peguei carona de camionete com o genro, uma vez que teria de pegar o ônibus em outro município para chegar a Pelotas. O genro, conversando durante a viagem, disse que tinha concorrido para vereador no município vizinho, porém que não se elegera. Reclamou, dizendo que, no município vizinho, os postos de saúde não estavam funcionando, pois nunca tinham atendimento ou medicamentos. O município a que ele se referia havia sido emancipado há pouco tempo. Eles estavam indo para a sede buscar a vacina contra aftosa. Pelo caminho, foi parando em vários locais e pegando os vizinhos, num total de quatro. Perguntei se não tinham como se locomover, ele respondeu que o frasco de vacina continha 50 doses, por isso se reuniam para aplicá-la em seus animais, pois tinham pouco gado e não precisavam de mais de um frasco da vacina, que era cedida pela prefeitura.

Durante a viagem, disse que plantavam pimentão e tomate. Comentei que era bom saber que havia alguém que não plantava fumo. Ele disse: “*Só não consegui largar o vício do fumo*”. Conversando sobre cooperativas, ele relatou:

[...] nós temo dificuldades em vender os produtos na cidade, mas o atravessador pode vender na feira da cidade e o produtor não consegue [...]

No dia seguinte, pela manhã, a família foi levar o que sobrara do material de curativo e comunicar o falecimento do avô.

Cenas do posto de saúde

Buscando informações e prevenindo

Elsen (2002) descreve a presença e a proteção como tipos de cuidado familiar. Neste estudo identifiquei o buscar informações, o prevenir, o estar junto e a responsabilidade como maneiras de presença e proteção que as famílias e/ou a equipe de saúde tiveram com seus integrantes.

Acompanhei, certo dia, duas usuárias, na coleta de material para o pré-câncer, denominadas pelo médico de poliqueixosas, pois viviam indo ao posto. Uma delas

tinha 39 anos e um filho com 18 anos, e perdera um prematuro, por apresentar “*pressão alta e problemas de nervos*”. Morava com os pais e cuidava deles, pois eram idosos, trabalhava, ainda, na venda (casa de comércio) que funcionava junto a sua casa. O marido passava o dia trabalhando na subprefeitura do local. Referiu que ficava sobrecarregada de serviço, pois sua mãe, com 80 anos, caíra e, em consequência disso, não podia auxiliá-la na cozinha. Almoçavam em torno de dez horas da manhã. A mulher tinha uma aparência de 55 a 60 anos, era magra, de estatura baixa, cabelos brancos, dentes conservados. Fazia uso de anticoncepcional.

A outra senhora tinha 46 anos, usava Dispositivo Intra Uterino (DIU), fazia cinco anos, tinha três filhos adultos, era obesa, tinha boa aparência, pele e cabelos claros, era bastante comunicativa. Disse que passou muito mal por ocasião dos partos, pois era hipertensa. Fazia uso de medicação e tratamento para úlcera varicosa. Era aposentada como agricultora, devido aos seus problemas de saúde, informando : “*Não posso mais trabalhar na lavoura devido à poeira e à dor nas pernas*”.

Em abril de 2001, ocorreu a campanha da vacinação contra Influenza, para os idosos, porém poucos foram ao posto. A equipe refere que, em outras campanhas, também não houve adesão. Os idosos que compareceram vinham em casais, referindo que já haviam feito a vacina no ano anterior e que não tiveram gripe, ou que a mesma fora “*fraquinha*”.

Uma gestante no 5º mês, do terceiro filho, que havia tido hipertensão arterial no final da gravidez anterior, conta que fora várias vezes ao posto e como não encontrara o médico, iniciou o pré-natal no Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Pelotas, distante 60 km.

O estar junto

Observei que, na maioria das consultas comparecia o casal, para dar apoio e acompanhar, pois em algumas vezes, existia a dificuldade da linguagem e um deles geralmente se comunicava melhor. Certa vez, quando um deles foi ao posto para verificar a pressão arterial, pois o seria submetido a uma cirurgia de “*hérnia*”, foi constatada hipertensão arterial. Em outras visitas ao serviço ele informou que a cirurgia era por “*hérnia nas partes, que estavam com água*”. Ele havia realizado cirurgia de hidrocele, o

que a esposa confirmou. Nesse caso ele, inicialmente, com pudor, não referia o tipo de cirurgia, somente o fez em outras consultas, provavelmente por sentir-se mais seguro e confiante.

Pensando sobre cuidado na família, me reporto à Denardim Budó (2002, p.85) que afirma: “A família é o núcleo de onde se irradia o cuidado, sendo o local de aprender o cuidado, do cuidar e cuidar-se. É no núcleo familiar que são tomadas as decisões sobre saúde e doença, constituindo-se ela no centro da prestação e cuidados”.

Bub et al (1994); Lacerda (1996), Bielemann (1997); Denardin Budó (1994,1999);Carter (1999); Whaley ;Wong (1999) entre outros autores referem a família como uma unidade de cuidado.

Percebi que, em algumas famílias, os seus integrantes parece que têm dificuldades para empreender esse cuidado. Então, reporte-me a Elsen (2002, p. 18), que considera “o cuidado familiar como promoção da vida e bem-estar objetiva impulsionar, potencializar, qualificar a vida de cada um dos membros da família, assim como a do próprio grupo familiar”.

A responsabilidade

A equipe de saúde comenta que existem várias famílias analfabetas tendo os médicos dificuldade para prescreverem as doses e horários. Nestes casos, eles utilizavam desenhos para demarcar os horários das medicações.

Nessa comunidade existia uma família com duas crianças excepcionais, uma com oito e outra com cinco anos. A equipe de saúde do posto Sol ia buscá-las em casa, nos períodos de vacinação. A comunidade construiu uma casa para essa família, que diziam ser de origem “*bugre*”⁶⁰, ou “*thocas*”⁶¹, como são chamados naquele grupo.

De acordo com Merhy; Franco (1999) os valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços. Assim os trabalhadores de saúde, incluindo o médico, poderão ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais.

⁶⁰ São assim denominadas pelos colonos as pessoas de origem indígena e de pele amarelada.

⁶¹ Termo do dialeto pomerano usado para designar o brasileiro.

(Des)cuidado

O (des) cuidado evidencia-se sempre que o indivíduo/família ou instituições não têm uma inter-relação capaz de manter ou proporcionar um cuidado. Um senhor, usuário do posto com 45 anos, loiro, obeso, rosto hiperemiado, falante, usando chinelos de dedos, foi realizar um curativo na região do calcâneo, afirmando ser diabético: “[...] *de vez em quando eu tomo remédio e gosto de comer açúcar*”, falou enquanto realizava, o curativo, acrescentando: “*Eu gosto de tomar cerveja e quando quero parar os meus amigos sempre me oferecem de novo... o diabetes veio porque eu bebia muito samba⁶² e uísque*”. Usava o chá de jambolão que era bom para o diabetes.

Esse senhor morava no entorno do posto, era muito conhecido, pelo fato de tomar bebida alcoólica, ser brincalhão, estar sempre com ferimentos nos pés, e fazer gracejos com os outros homens, segundo relato de homens e mulheres da comunidade. Tinha uma oficina mecânica, onde os filhos trabalhavam; a mulher era agricultora, fazendo todas as atividades da lavoura e da casa. Ele passava o dia conversando com as pessoas que iam à oficina. Outra característica é que, na época, ele freqüentava o posto quase que semanalmente com curativos infectados em membros inferiores, dizia que sempre “*tropeçava e se machucava*”. Foi diversas vezes alertado quanto aos cuidados e os riscos das lesões em membros inferiores. Em dezembro de 2001, necessitou amputar o halux, devido à infecção.

Havia, ainda, o caso de uma família cuja preocupação, segundo os informantes, era com o trabalho e a herança das terras. A matriarca da família, com aproximadamente setenta anos, ficou doente e desnutrida. No seu corpo havia várias lesões que, pela descrição, eram escaras de decúbito. Diziam que, muitas vezes, os filhos tinham que lhe dar alimentação, realizando, também outros cuidados. Quando faleceu, as filhas não quiseram banhar o corpo. Então os vizinhos mais próximos o fizeram, pois era hábito naquela comunidade realizar esse ritual. Contou uma vizinha, que se prontificou a cumprir o ritual, que, para o corpo não ter odor, preencheram as lesões com panos e algodão embebidos em álcool. Esse fato comprova que o viver, o cuidar e o adoecer das famílias rurais são permeados pelos saberes individuais e coletivos, conforme Leininger (1991) e Boehs (2001).

⁶² Samba é a bebida resultante da mistura de refrigerante e cachaça.

Um dos filhos dessa matriarca tinha uma lesão no nariz, fez cirurgia, não realizou os cuidados por entender que não era necessário. Provavelmente não tenha recebido orientação adequada e isso lhe custou a disseminação das lesões na face, impossibilitando a alimentação. As irmãs dele também não lhe prestavam cuidados, ele permaneceu muito tempo acamado e, quando faleceu, igualmente recusaram-se a banhar-lhe o corpo. Chamaram o vizinho mais próximo para auxiliar no ritual, que se recusou. Assim, a benzedeira do local, acompanhada de outro vizinho mais distante, se propôs a fazê-lo.

No mês de junho, um pai compareceu ao posto, levando o filho de sete anos, com problemas respiratórios. A criança apresentava importante atrofia em membros inferiores e superiores e não falava. O pai disse que nascera prematura, com 1500gr, no Hospital X (é um hospital na área rural de um município vizinho, onde a equipe fala alemão/pomerano). Disse também que a criança foi transferida para os hospitais de Pelotas e, como não havia leito disponível na cidade, foi transferida para Rio Grande. Contou, ainda, que a criança teve hipoglicemia e depois convulsão. A distância percorrida até chegar ao atendimento é em torno de 150 km. Vale lembrar que em Pelotas existem três Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. A criança e a família não receberam auxílio para fisioterapia nem encaminhamento para uma escola de educação especial.

Mediante a situação, posso dizer que os serviços de saúde dificultaram o cuidado familiar e, conseqüentemente, o desenvolvimento saudável dos seus integrantes (Elsen,2002).

Quanto ao cuidar de si, há um preconceito cultural com relação às mulheres de unhas compridas e pintadas. Não são bem vistas na comunidade, pois são consideradas pouco aptas ao trabalho, não são pessoas para o trabalho, são preguiçosas e/ou “prostitutas”. Ainda dizem que *“a mulher que se arrumá muito é porque qué home, se é casada qué outro”*. Também enfatizam que *“qué sê fina”*, *“metida”* (*well fine sein, gross adheit*). Eles dizem: *“Isso não pode, não é costume, deve sê simples, isto é assim desde os antigos”*. Talvez seja por isso que a maioria das mulheres tem aparência masculinizada, (não usam adereços, bijuterias, pinturas), os pés e as mãos têm rachaduras e aparência de sujos. Se uma mulher necessitasse usar óculos, por problemas visuais, era criticada, diziam: *“Isso não é preciso, ela só quer se mostrar, exhibir”*. Os estudo de Tedesco (1999) corrobora estas observações.

Durante a abordagem sobre cuidados higiênicos, outro aspecto importante evidenciado foi com relação aos hábitos de higiene das famílias, a higiene pessoal não era levada em consideração, raramente lavavam as mãos e, ao término das atividades, não se preocupavam em trocar de roupa ou tomar banho, para retirar os resíduos superficiais deixados pelos produtos químicos e outros. Esses fatos também foram observados por Salamoni (2000).

Ainda com relação aos cuidados higiênicos, um informante contou que era comum lavar a dentadura (prótese dentária) na pia da cozinha há e que para aquecer a massa do pão, ou cucas, utilizavam as cobertas de penas de ganso ou galinha. Procedimento como esse pude constatar por ocasião da realização de uma visita domiciliar.

Autores como Elsen (1984), Long (1993), Silva (1999a), Tedesco (1999), Denardin Budó (1999), Heck (2000), Schwartz, et al (2001) já, em seus estudos, abordaram a questão da saúde como condição para o trabalho. Algumas das famílias estudadas demonstraram, porém, não ter apego ao conforto e à valorização dos cuidados com a higiene e a saúde.

Cabe salientar que, no período do verão, vários usuários foram atendidos no posto para retirada do “berne” ou confirmação do diagnóstico. Acredita-se que, devido ao calor, tenha havido uma proliferação das moscas, associada às condições de higiene, que, como vimos, nem sempre são adequadas. Observou-se, ainda, que nas casas dessa comunidade não havia proteção com telas nas portas e janelas. As roupas de uso diário não eram passadas a ferro e ainda havia a presença de animais domésticos próximo ao domicílio, o que, certamente, aumenta a proliferação de moscas.

Muitas pessoas sabiam retirar bernes, mas não estavam conseguindo. O método usado por eles era a colocação de toicinho⁶³ no local, fechando-o, pois, assim, a larva sobe até o toicinho, fica sem oxigenação e, no dia seguinte, está ali fixada, facilitando a retirada. Outro método utilizado pela comunidade, e também empregado no posto, era a vedação do local com esparadrapo por um período superior a doze horas, retirando, após, a larva, que fica aderida ao esparadrapo.

Quanto aos cuidados com os dentes, estes eram retirados quando por ocasião da confirmação, ou primeira comunhão, isso quando as crianças atingiam a adolescência, (10 a 14 anos) pois, assim, evitava a dor de dente e os gastos com o

⁶³ Gordura de porco, subjacente à pele, com o respectivo couro. É utilizada para alimentação.

tratamento dos mesmos. Nessa idade, também já era permitido ao menino ingerir bebida alcóolica.

Autores como Tedesco (1999), Woortmann e Woortmann (1997), Silva Maria (1999a), Silva (1999); Denardim (1999) citam em seus trabalhos os cuidados/descuidados com o corpo, crenças e valores em relação a hábitos de higiene semelhantes aos encontrados na comunidade Sol. Portanto, os microssistemas das famílias rurais evidenciam uma forma singular de vida.

Reflexões

O contexto/ambiente rural pode caracterizar-se como um ambiente de desenvolvimento, espaço de aprendizagem e construção de saberes, mas também de doença, incompreensão, de difícil relação entre os ambientes. Nesse contexto encontram-se presentes valores, crenças próprias, possibilidades de subsistência e contatos sociais diversos, além da construção de uma sabedoria própria do rural, também vinculada a atividades e pensamentos voltados para a sobrevivência.

Para Denardim Budó (2002) nas comunidades rurais é importante que os profissionais que trabalham neste ambiente considerem a especificidade das práticas de cuidado numa perspectiva cultural.

No caso da “família Cuidado”, que teve um membro/integrante com lesão na face, a mesma procurou um microssistema, (posto de saúde), e porque nada fora feito, dirigiu-se, a outro posto de saúde, percebemos que tinha um conhecimento interambiente e soubera como fazer as suas ligações. Contudo, por ocasião da internação, referem não ter recebido informações sobre normas, rotinas, diagnóstico e tratamento. No hospital a comunicação interambiente foi pouco efetiva, dificultando as inter-relações da família e a forma de cuidar de seu integrante doente.

Nesta situação ocorreram ainda mudanças de papel na família. Os avós passaram a ser doentes e dependentes enquanto o genro, a filha e a neta assumiram o papel de cuidadores, corroborando o conceito de transição ecológica de Bronfenbrenner (1996), que diz que mudanças de papel ou de ambientes ocorrem durante toda a vida, e que são exemplos de transição ecológica.

Vale lembrar, conforme Bronfenbrenner (1996), que o desenvolvimento da pessoa/família aumenta na extensão em que, antes de cada entrada num novo ambiente, a pessoa e os membros de ambos os ambientes envolvidos dispõem de informações, conselhos e experiências relevantes para a transição iminente, ou seja, à medida que possam contar com seus pares mais próximos, do microssistema família, dos grupos de apoio e das instituições .

O exossistema, do qual a família não participa ativamente, mas é afetada pelo que ali acontece, no caso da “família Cuidado”, mostrou-se ineficiente, como pôde ser constatado através do modo como foi tratada frente aos serviços de saúde, tanto no ambiente hospitalar como no ambulatório. Não houve participação competente e comprometida de algum integrante desses sistemas no sentido de auxiliar a família e seus membros, quando estavam vivenciando momentos angustiantes.

A comunicação e o conhecimento interambiente foram frágeis, ou seja, o genro não foi orientado quanto ao procedimento do curativo, a neta, ao cuidar, não tinha experiência nem conhecimento de outros ambientes, o que dificultou o cuidado para com o avô. Complementando, não houve um acompanhamento daquela família em relação ao cuidado domiciliar, portanto a comunicação, o conhecimento e a participação interambientes (família/sistema de saúde) constituíram-se num vínculo fragilizado.

No que diz respeito aos vínculos apoiadores, podemos dizer que, por falta destes vínculos no hospital e no próprio posto de saúde, houve tanto sofrimento quanto problemas de saúde e desenvolvimento.

A pesquisadora pode ter atuado como vínculo apoiador para essa família, pois o potencial de desenvolvimento dos ambientes, num mesossistema, é aumentado, se os papéis, atividades e diádes em que a pessoa de ligação se envolve, nos dois ambientes, encorajam a aquisição da confiança mútua, de uma orientação positiva, de um consenso de objetivos entre os ambientes e dá um equilíbrio evolutivo que responda à ação em favor da pessoa em desenvolvimento.

Percebemos que a família rural, na sua dinamicidade interna, tentava resolver seus problemas a partir do seu modo de vida, das suas experiências de vida, da doença e do seu cuidar. Existe uma experiência prévia que incorpora o tempo, (o cronossistema) à história do desenvolvimento e o efeito deste sobre seus ajustes. Assim, os familiares constroem formas de cuidados e descuidados que se ajustam/acomodam com o passar dos tempo.

Dentre os fatos que fragilizam a saúde e o desenvolvimento das famílias esta a falta de de responsabilidade dos sistema de saúde. No caso da criança de sete anos, que apresentava seqüelas por provável hipóxia neonatal, que consultava no posto de saúde, estão a comunicação e o conhecimento interambiente frágeis, o que ocasionou danos irreversíveis ao seu desenvolvimento, afetando, também, as relações intrafamiliares.

Os exossistemas afetam a vida dos integrantes das famílias rurais, pois os programas, que deveriam ser de promoção da saúde e prevenção da doença, não levam em consideração as especificidades do viver rural. Isto talvez ocorra pelo fato de não estarem preparados para atender às diferentes populações/comunidades, ou seja, falta-lhes compreensão das singularidades que essas comunidades apresentam, através de suas características sócio-culturais e de trabalho.

Fazendo uma leitura dessa trajetória, percebemos o quanto é importante a comunicação e o conhecimento interambiente, para que o indivíduo possa ter um desenvolvimento saudável ou, pelo menos, sem muitas seqüelas. No momento em que a família procura um outro microsistema: posto de saúde, escola, subprefeitura, sindicato de trabalhadores rurais e outras famílias, faz-se uma abertura para um encontro e é aí que podem acontecer as interconexões que facilitarão ou promoverão o desenvolvimento da pessoa/família, ou seja, haverá um ajuste, uma acomodação mútua e progressiva entre pessoas e ambientes. Os profissionais da saúde e outros precisam ficar atentos para essas formas de encontros/oportunidades/potencialidades.

Ao analisar o cuidado familiar à luz da abordagem de Bronfenbrenner (1989,1996), percebe-se, através da relação que ele faz entre a acomodação mútua e progressiva de um ser humano e as propriedades de um ambiente, que esse indivíduo pode ser afetado pela inter-relação existente. Assim, pode haver um desenvolvimento, potencializado através do cuidado familiar, do qual os seus integrantes são co-participantes.

9 PERSPECTIVAS: A ENFERMAGEM FRENTE A SINGULARIDADE DO VIVER DAS FAMÍLIAS EM AMBIENTE RURAL

Passo, neste capítulo, para o delineamento de futuras ações e programas no que tange às comunidades rurais. É neste sentido que abordo três aspectos que considero relevantes, quais sejam: o referencial e o seu potencial para compreensão das famílias rurais; a comunidade como um contexto de risco e potencialidades de desenvolvimento e algumas sugestões para a enfermagem e a saúde das famílias rurais.

Ao utilizar a matriz da abordagem ecológica de Bronfenbrenner (1996), pretendeu-se compreender como vivem, adoecem e se cuidam os integrantes das famílias rurais, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida, possibilitar o conhecimento e o reconhecimento de suas crenças, valores e contexto envolvido, fazendo, assim, uma aproximação do urbano com o rural, o que poderá facilitar os planejamentos e as intervenções junto a essas famílias.

9.1. O REFERENCIAL E SEU POTENCIAL PARA A COMPREENSÃO DAS FAMÍLIAS RURAIS

O referencial de Bronfenbrenner (1989;1996) permitiu abordar e compreender as famílias, visualizando o indivíduo/família em sua integridade, dinamicidade e em suas inter-relações com os diferentes ambientes, como sujeitos de suas histórias e não como simples objetos de intervenção, atomizados.

Os dados mostram que ainda temos um modelo mecanicista de saúde, de vida, e do trabalho rural, sendo que esse modelo está em expressa falência, devido ao agravamento dos problemas de saúde da população, à incapacidade da ciência, como também das instituições e da sociedade como um todo de responder de forma eficiente e apresentar soluções coerentes para as famílias rurais aqui estudadas.

As famílias são tanto produto quanto produtoras de seus ambientes, formando uma rede de efeitos interdependentes. Cada integrante do sistema passa por uma série de papéis, de acordo com a idade, o sexo e suas inter-relações dentro e fora da família (posição de uma pessoa no ambiente ecológico)– por exemplo, ser filho, neto, irmão, estudante, doente, aposentado, os quais interferem nas relações, produzindo reflexos no contexto como um todo.

A abordagem Ecológica de Bronfenbrenner considera que a qualidade das relações e dos meios ambientes em que o indivíduo está envolvido é capaz de interferir na conduta e na forma de ser desse indivíduo/grupo. Assim posto, é fácil entender que os microssistemas podem sustentar o desenvolvimento do indivíduo, propiciando-lhe experiências estimulantes e relações encorajadoras. Os bons meios ambientes protegem e promovem o bem-estar, enquanto os desfavoráveis podem prejudicar ou inibir o seu viver saudável.

Com base na compreensão dos ambientes que compõem o viver das famílias rurais, os resultados do presente estudo sugerem uma nova matriz, para se abordar a complexidade da saúde–doença e a possibilidade de uma intervenção/interação mais saudável, no que tange à prevenção e da promoção da saúde, procurando recuperar o sentido de vida, trabalho e relações, implícitos e explícitos na saúde e na doença. Para o desenvolvimento dessa “nova abordagem”, faz-se necessário um envolvimento maior das entidades existentes na comunidade, como a Igreja, as secretarias do município, o sindicato rural, a Emater, profissionais de diferentes áreas, a fim de mobilizar a comunidade para uma busca conjunta de soluções para os problemas enfrentados. Este envolvimento deve possuir um guia, uma mola propulsora, a confiança, o crédito do colono/família/comunidade para, junto com as entidades, utilizando a discussão dos problemas, encontrarem as alternativas de maior eficácia para resolver as questões de saúde/doença e o cuidar de si, em busca de uma melhor forma de viver e ser no ambiente rural, diminuindo a exclusão, a pobreza e a miserabilidade do seu meio.

A percepção da comunidade rural, através do referencial Ecológico de Bronfenbrenner, permite uma amplitude de atitudes por parte das equipes de saúde, educação e políticas agrárias e da própria família, na promoção de ambientes e seus conhecimentos/comunicação interambientes, a fim de beneficiar o desenvolvimento humano. A comunicação e o conhecimento interambiente e as interconexões e ligações com esses ambientes, ou seja, a presença de um indivíduo que seja o vínculo entre eles faz com que o mesossistema seja contundente para o desenvolvimento humano. Ressalto a importância da comunicação/informação de um ambiente para o outro no desenvolvimento da pessoa/família/comunidade.

O referencial possibilitou “ver” a pessoa/família/comunidade através de eventos e experiências ao longo do tempo e o seu efeito sobre o desenvolvimento, ou seja, o cronossistema.

Em ambientes isolados, como é o caso da comunidade Sol, existe uma vulnerabilidade especial, por isso, há maior necessidade de informações, conselhos e experiências preparatórias, anteriores à transição para um novo ambiente.

A abordagem ecológica de Bronfenbrenner mostra-se um referencial adequado para o diagnóstico de uma comunidade e o apontamento de suas potencialidades e fragilidades de desenvolvimento. Soma-se a isto o fato de permitir trazer à tona novas categorias como o trabalho, a atividade molar e o vínculo apoiador.

9.2. A COMUNIDADE SOL – UM CONTEXTO DE RISCOS E POTENCIALIDADES DE DESENVOLVIMENTO

Ao passar vários meses me deslocando para a comunidade rural estudada e vivenciar com as famílias suas alegrias, tristezas, lazer, decepções e doenças, pensei em incluir este tema com o intuito de mostrar como é difícil viver em comunidades rurais, tendo em vista as frágeis interconexões e inter-relações dessas comunidades com os demais ambientes.

Um dos primeiros obstáculos encontrados na comunidade Sol foi a distância e a difícil trafegabilidade das estradas que, em dias de chuvas, torna o acesso a outros ambientes quase que impossível. O deslocamento dos que não tinham transporte próprio era feito pelo transporte público, somente duas vezes ao dia. Assim, quando havia

urgência, como em caso de doença, não tinham como ir até a cidade. Dessa forma, necessitavam recorrer aos vizinhos mais próximos, para levá-los ao seu destino, que, muitas vezes, cobravam pelo transporte, o que podia ser sob a forma de dinheiro, serviços, ou de produtos agrícolas.

Como já foi descrito anteriormente, as escolas oferecem apenas até a 5ª série do ensino fundamental. Quem quiser prosseguir os estudos enfrenta essas dificuldades, da distância, das más condições das estradas e da falta de transportes. No entanto, não encontrei mobilização suficiente das famílias/comunidade para lutarem por melhores oportunidades de estudo, talvez até pelo fato de este não ser prioritário. Consideram que, tendo terras e sabendo trabalhar nela, têm garantida sua sobrevivência. A escola é considerada importante apenas para ensinar os processos elementares como ler, escrever e contar. É importante refletir sobre o porquê de não haver interesse da sociedade/políticas de ensino em que o colono e sua família tenham estudo, conheçam outros ambientes ou participem desses ambientes, permitindo, assim, sua exclusão do desenvolvimento e de uma vida com melhor qualidade.

O difícil viver na comunidade rural Sol se evidencia, mais especificamente, nos casos de emergência, pois estão distantes de vários ambientes. Refiro-me, aqui, à saúde, pois existe lá um posto de saúde, mas funciona apenas 4 horas diárias. Se alguém adoecer, tiver uma urgência à tarde ou à noite, ou necessitar comprar medicamentos, não encontra apoio. Apesar de morar nessa comunidade um médico, há o problema dos honorários a serem pagos pelo atendimento.

Quanto ao engajamento das famílias em programas/projetos agrícolas, existem os serviços da Emater, porém só algumas famílias o utilizam, talvez pela própria dinâmica do sistema. Não existem grupos, ou oficinas para trabalhar com técnicas e novas culturas ou, quem sabe, promover a pluriatividade. Quando as famílias conhecem, participam de outros ambientes, interagindo com eles, têm maiores oportunidades de desenvolvimento pessoal, familiar e comunitário.

Outra dificuldade enfrentada pelas famílias é com relação à aquisição de bens de consumo e alimentação. Para isto existem as vendas, que não dispõem de todos os produtos e, no caso de tê-los, oferecem por preços elevados e as famílias submetem-se a pagar esse preço, por falta de opções.

Por outro lado, a existência de saneamento básico é importante para a qualidade de vida dos moradores da comunidade Sol, assim como a água potável e a

manutenção das vertentes. A energia elétrica já é uma realidade na grande maioria da área rural, inclusive com a parceria dos governos estadual e municipal, com o programa “*luz no campo*”, que levou a energia elétrica a todas as comunidades rurais da região sul. Tem-se energia elétrica, mas não se tem um sistema de saúde “funcionante”.

Um fator significativo que tem fragilizado o desenvolvimento das famílias rurais diz respeito à estrutura da distribuição das terras, que vem apresentando alto grau de fracionamento e divisão da propriedade através de herança. Outro aspecto que dificulta o viver na comunidade é o econômico. Mesmo trabalhando tanto, os colonos, na maioria das vezes, não conseguem obter lucro, para melhorar sua qualidade de vida e pagar as dívidas decorrentes do financiamento com os bancos, comprar sementes, adubos, agrotóxicos e, raras vezes, de equipamentos para melhoria do trabalho. Muitos vivem com a aposentadoria dos idosos, que é de apenas um salário mínimo, ou seja, 180 reais (moeda vigente à época da realização do estudo).

Com relação à produção agrícola dessa comunidade, essa está ligada eminentemente à produção do fumo. Os colonos dizem: “*É o que nos mantém*”, pois os preços dos produtos agrícolas são tão baixos que não oferecem margem de lucro, ou seja, não permitem a sobrevivência das famílias.

Quanto à saúde, o colono não tem muito tempo para se cuidar, pois, se não trabalhar na lavoura, não haverá produção. Assim, os cuidados higiênicos são deixados para segundo plano, da mesma forma que os dispensados à doença, ao lazer, entre outros.

As lesões músculo-esqueléticas, assim como ferimentos causados pelos instrumentos de trabalho, e pela inadequada postura e insegurança no trabalho rural, são alguns dos motivos de procura aos serviços de saúde. As doenças, na sua grande maioria, são advindas desse estilo do trabalho, pois, além disso, precisam enfrentar o sol, a chuva, o frio, o calor, enfim, todo tipo de intempérie. Contudo, o sistema de saúde continua atuando só no tratamento e não na prevenção.

Segundo Bronfenbrenner (1996), a comunicação, o conhecimento interambiente e a participação podem facilitar o desenvolvimento humano. Porém, nessa comunidade a comunicação é mais difícil, pois nem todos falam o português, o que tem dificultado também a sua inserção em e o conhecimento de outros ambientes.

Prevalece, nessa comunidade, o sistema tradicional comunitário, como é definido por Vargas; Soares (1997):

[...] esse sistema chamado de enfoque ‘convencional’, onde a função é para acomodar, conformar-se e resistir à mudança, mantendo estável a ordem social, ensinando as pessoas a aceitarem e “encaixarem-se” na situação social, sem nenhum tipo de preocupação com as mudanças nos aspectos socialmente injustos. O enfoque geral é autoritário (controle rígido), mediante uma pobre inter-relação entre educador e o educando, o efeito sobre a comunidade é ‘opressivo’ (VARGAS; SOARES,1997, p.58).

A deficiente participação dessa comunidade nos vários sistemas acaba por ocasionar seu isolamento e, portanto, a exclusão dos indivíduos e famílias. Exclusão essa que pode estar ocorrendo, tendo em vista o fato de os tipos de interconexões, participação multiambiente, ligação direta, comunicação interambiente e conhecimento interambiente serem, na grande maioria, frágeis. Enfim, podemos dizer que viver, nesse contexto, pode ser um risco para o desenvolvimento humano.

A rede de relações construída no ambiente rural estudado é demarcada pela família, vizinhos mais próximos e a igreja, que podem ser consideradas como estratégias que estas famílias utilizam para sua manutenção no ambiente rural, ou seja, estas relações mesossistêmicas possibilitam o auxílio entre familiares no trabalho da lavoura, nas ocasiões de doença na família, nas ocasiões de festas, como casamento, batizado e confirmação, e por ocasião da morte de um dos seus membros. Ou seja, segundo Polity (2000), o trabalho em rede permite uma melhor apreensão do contexto, clarificando a natureza do problema e as respostas que devem ser fornecidas.

Por outro lado, podem ser identificados os fatores que promovem os contatos ou o inter-relacionamento, a comunicação, o conhecimento e a participação interambiente. O primeiro diz respeito à igreja, com suas festas, os rituais religiosos; o outro é o trabalho, que incentiva as relações interpessoais com os vizinhos, ou seja, sua rede social. Ambos servem de canais para trocar informações e encontrar soluções entre ambientes, podendo, dessa forma, potencializar o desenvolvimento individual e coletivo.

A comunidade tem a religião como ponto de referência, e muitas das suas ações ocorrem em torno da igreja Evangélica. Assim, o mesossistema, neste caso a igreja, é a interligação de diversos microssistemas aos quais as pessoas pertencem, estabelecendo relações face a face com outras pessoas. Em outras palavras, essas relações face a face são propulsoras de desenvolvimento.

A história da comunidade também é rica em eventos que congregam seus integrantes na solução de problemas, formando um mesossistema. Haja vista quando se

construiu, em 1950, uma adaptação para a vertente, que atende às famílias próximas da sede.

Sabe-se, ainda, que a comunidade, formada a partir de uma rede de relações sociais, culturais, econômicas e territoriais, encontra-se, fundamentada nas atividades desenvolvidas pelos produtores familiares, que são os verdadeiros agentes do desenvolvimento presente na área. Portanto, as crenças, os valores, a linguagem, a história e o trabalho na terra são elementos comuns na comunidade que podem potencializar o desenvolvimento pessoal e coletivo.

9.3. APONTANDO ALGUNS CAMINHOS PARA A ENFERMAGEM E A SAÚDE DAS FAMÍLIAS RURAIS

Não tive a pretensão (e nem poderia) de compreender a realidade das famílias sob todos os ângulos, pois esta é dinâmica e complexa. Portanto, aqui trata-se de um recorte, como se fosse um feixe de luz a incidir sobre as famílias rurais, com a finalidade de evidenciar o contexto em que vivem e as interconexões nas quais se encontram inseridas.

Com base na compreensão das relações do ser humano/família rural com as políticas públicas (social, de saúde e econômicas), este estudo se propõe a contribuir para a organização do trabalho em saúde, objetivando a melhoria da prática da assistência à saúde nos contextos sócio-político e agrário, com a participação, em especial, da enfermagem, a fim de propiciar melhor qualidade de vida às famílias rurais.

Para o profissional da área da saúde é importante conhecer o viver rural, estabelecendo laços e relações estreitas com a comunidade na qual a principal unidade de interação está ligada pelas relações pessoais mais próximas como a família, os vizinhos e os amigos, o que é chamado de “Gemeinschaft” de organização social. Esta proximidade proporciona ao indivíduo e à família maior contato e continuidade de programas, tratamentos e desenvolvimento humano. Para uma prática de enfermagem rural, conhecer a comunidade e suas famílias e como se dão as interconexões no ambiente rural facilita a compreensão de “conceitos rurais” de saúde, doença, cuidado e trabalho.

A forma com que fui recebida, bem como os dados obtidos nesta pesquisa serviram para evidenciar o vasto campo ainda a ser descoberto nesse meio, inserido, ainda

que num dos maiores municípios do Rio Grande do Sul. Estes fatos demonstram que o enfermeiro tem um campo amplo que lhe possibilita contribuir para a construção da verdadeira cidadania da população rural, que se encontra à mercê de suas poucas e limitadas possibilidades e, ainda, excluída dos legítimos direitos à saúde e ao desenvolvimento.

Com base nos dados obtidos, apresento algumas sugestões de estratégias para um cuidado profissional às famílias rurais.

- Realização de encontros com a comunidade a fim de discutir com seus membros a identidade dos colonos, sua relevância, tentando construir alternativas que promovam saúde, educação e qualidade de vida, respeitando a questão da cultura e dos ambientes com os quais se interconectam.
- O estudo da possibilidade de intervenções eficazes para a resolução de questões relativas ao alcoolismo, a “doenças dos nervos”, à hipertensão, aos acidentes de trabalho, às lesões músculo-esqueléticas, principais problemas de saúde que afetam o colono e seus familiares.
- Promoção da auto-estima do colono/família, através de diferentes estratégias a fim de construir uma comunidade rural com qualidade de vida, evitando a saída para o ambiente urbano, o que pode ampliar sua marginalização.
- Estímulo à confiança em crianças e jovens para conhecer novos ambientes, ou seja, para que tenham experiências nos diversos microssistemas, mantendo sua identidade, possibilitando ou potencializando o desenvolvimento do indivíduo, família e comunidade.
- Promoção de atividades como encontros, oficinas, excursões, que estimulem a participação das famílias nos diversos ambientes, o que, conseqüentemente, promoverá o conhecimento.
- Incentivo à presença e fortalecimento dos vínculos apoiadores em alguns dos microssistemas, como no posto de saúde, na escola, na igreja e na própria família.
- Interação com as escolas de 1º grau para que promovam o interesse e o desenvolvimento das populações rurais, bem como a criação de escolas de 2º grau nas comunidades rurais, ou seja, a caracterização da escola como um lugar propício para reflexão sobre a vida de colono.

- Proponho, ainda, estudos para avaliar fontes de estresse e de apoio experienciadas pelas famílias rurais.

Quanto à saúde, deve-se buscar a construção de um sistema capaz de viabilizar um equilíbrio dinâmico entre o interesse coletivo e o individual, o local e o central entre a medicina ambulatorial e hospitalar, o sanitário e o social, a equidade e a eficácia. Cumpre assinalar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) começa a reconhecer e a explicar que o fracasso geral dos programas de assistência médico-sanitária é devido ao desconhecimento das realidades locais, ou seja, das particularidades culturais existentes (BUCHILLET, 1991).

O que mais chamou a atenção neste estudo foi “o novo encontrado”, ou seja, a comunicação, a participação e o conhecimento interambiente, como molas propulsoras do desenvolvimento dos integrantes da família rural, assim como o trabalho e o vínculo apoiador. Porém, como inúmeras indagações permanecem, sugiro outros estudos com as famílias rurais, mais especificamente, da região sul do Brasil, aprofundando a “doença dos nervos”, o estresse, a hipertensão e as doenças relacionadas ao trabalho rural, tentando buscar formas de prevenção. Ao perguntar como vivem, adoecem e se cuidam, percebi que o viver e o adoecer são processos mais fortes e presentes que o cuidar.

Porém, o cuidado às comunidades rurais requer a construção de ambientes saudáveis, alimentação sadia, trabalho, lazer, áreas verdes e ambientes que propiciem o desenvolvimento humano. É, talvez, uma das formas de preservar, para as sociedades futuras, os recursos naturais e sociais de que elas precisarão. Este cuidado só será possível se houver um processo coletivo de educação, em que a maioria participe, tenha acesso a informações em que haja troca de saberes. Disto resultaria uma harmonia dinâmica dos sistemas, onde indivíduos, grupos, instituições culturais e sociais se encontram, interagem, interconectam, tentando a construção de uma sociedade mais justa e humana.

10 REFERÊNCIAS

ALESSI, Neiry Primo; NAVARRO, Vera Lúcia. Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, s.2, 1997.

ALONSO, J. A . F.; BENETTI, M. D. ; BANDEIRA, P. S. **Crescimento econômico da região sul do Rio Grande do Sul**: causas e perspectivas. Porto Alegre: FEE, 1994.

ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSEN , Ingrid; LAURINDO, Alessandra F. C. Família : o foco de cuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7 n. 2, p.320-327, maio/ago.1998.

ALVES, Paola Biasoli et al. A construção de uma metodologia observacional para o estudo de crianças em situação de rua : criando um manual de codificação de atividades cotidianas. **Estudos de Psicologia**, v.4, n.2, p.289-310, 1999.

AMBROSINI , Melissa Bueno; MARONA, Daniela dos Santos. Pesquisando intoxicações por agrotóxicos durante o curso de enfermagem: relato de experiência. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.143-150, jul. 1999.

AMBROSINI, Melissa Bueno; WITT, Regina Rigatto. As intoxicações por agrotóxicos no meio rural e a atuação do enfermeiro. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.21, n.1, p.5-21, jan. 2000.

ANJOS, F. S dos. **A agricultura familiar em transformação**: o caso dos colonos – operários de Massaranduba, SC. Pelotas: Ed. Universitária, 1995.

ARISTIMUNHO, Edgar da S. **Saúde e doença nas estratégias de pequenos agricultores**. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS, [1999?].

AZEVEDO, Maria Amélia. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE VIOLÊNCIA E CRIANÇA (6-8 nov. 2000 : São Paulo). **Anais do...** São Paulo: s.ed., 2000.

BIEGEL, A . Toward a definition of rural nursing. **Home health care nursing**, v.1, p.45-46, 1993.

BIELEMANN, V. de L. M. **O ser com câncer: uma experiência em família**. 1997. 170f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

BIGBEE, Jeri L. The uniqueness of rural nursing. **Nursing Clinics of North America**, v.28, n.1, p.131-142, mar. 1993.

BOEHS, A. **A prática do cuidado ao recém nascido e sua família, baseada na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família**. 1990. 190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

BOEHS, A. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. 2001. 255f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

_____. O sistema profissional de cuidado e a família : os movimentos de aproximação e distanciamento. In: ELSÉN, I. ; MARCON, S. S. ; SANTOS , M. R. (org.) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002.p.247-268.

BONETI, Lindomar Wessler. Estado e Exclusão social. In: ZARTH, Paulo Afonso,

BONETI, Lindomar Wessler. Estado e exclusão social. In: ZARTH, Paulo Afonso, et al . **Os caminhos da exclusão social**. Ijuí: Unijuí, 1998.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Parentes e parceiros: relações de produção e relações de parentesco entre camponeses de Góias. In: ARANTES, Antonio Augusto et al. **Colcha de retalhos: estudos sobre a família no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília, 1999.

BRITO, R. C. **Uso de drogas entre meninos e meninas de rua** : subsídios para uma intervenção comunitária. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979/1996.

BRONFENBRENNER, Urie.. Ecological systems theory. In: **Annals of Child development**. vol. 6 pp. 187-249. Greenwich. 1989

BUCHILLET, Dominique (Org.) A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In. **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/SLT/CEJUP/UEP, 1991. p.21-44.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida** : um nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.

CASSEL, E. J. Disease as an 'it' : concepts of disease revealed by patients' presentation of symptoms. **Social Science and Medicine**., n.10, p.143-149, 1976.

COARACY, Vivaldo. **A colônia de São Lourenço do Sul e seu fundador Jacob Rheingantz** São Paulo: Saraiva, 1957.

COHN, A .; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho . In: **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. (L.E. Rocha; R. M. Rigotto, Buschinelli, J.T. P (Orgs.) . Petrópolis: Vozes, 1993.p.56-75

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE . 8 ,1986, Brasília, **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde . 1986.

DENARDIN, Maria de Lourdes. Cuidando e sendo cuidado , um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In.: GONZALES, Rosa Maria B. ;BECK, Carmem Lúcia Colomé; DENARDIN, Maria de Lourdes. **Cenários de cuidado**: aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria : Pallotti, 1999.

_____. **Cuidando e sendo cuidado**: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos. 1994. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural)- Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria.1994

_____. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2000.

ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and Related behaviors among Families living in a Brazilian Fishing Village.** Tese (Doutorado em Ciência da Enfermagem) Divisão de graduação da Universidade de Califórnia, Califórnia, EUA, 1984.

ELSEN, Ingrid. Saúde familiar : a trajetória de um grupo. In: BUB, L. I. R. et. al.(Coord.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis, Ed. UFSC, 1994. p.19-60.

_____. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et. al.(Coord.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis, Ed. UFSC, 1994. p.61-77.

_____. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I. ; MARCON, S. S. ; SANTOS , M. R. (org.) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002. p. 11-24

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente-Divisão de Programas e Projetos Especiais. **Normas e diretrizes do programa de saúde da família .** Porto Alegre: 1999.

ETGES, Virgínia. **Sujeição e resistência** : os camponeses gaúchos e a indústria do fumo. Santa Cruz do Sul: FISC, 1991.

FARIA, Neice M. X. ; FACCHINI, Luiz A .; FASSA, Anaclaudia G. ; et al. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro: , v. 16, n. 1, p.115-128, jan./mar. 2000. [on line] Disponível na world wide web: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X000000100012&Lng=pt&nrm=iso

FARIA, Neice M. X. ; FACCHINI, Luiz A .; FASSA, Anaclaudia G. **A saúde do trabalhador rural.** Projeto de qualificação para Doutorado em Epidemiologia – Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, 2002.

FERREIRA, Aurélio Buarque Holanda. **Minidicionário da Língua Portuguesa.** 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FISCHER, Luís Augusto. ; GERTZ, René E. (Coord.) . **Nós os teuto-gaúchos.** Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1996.

FULLER, A . M . From part-time farming to pluriactivity: a decade of change in rural Europe. **Journal of Rural Studies,** v.6, n.4, p.361-173,1990.

GALESKI, B. **Basic concepts of rural sociology.** Manchester : Manchester University Press, 1972.

GOLDANI, A M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Cadernos de pesquisa.** São Paulo: n. 91. p. 7-22, nov.1994.

GRANDO, Marinês Z. **Pequena agricultura em crise: o caso da colônia francesa no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser, 1990. v.14

GUIMARÃES, Álvaro. Fetag faz protesto em Pelotas : pequenos agricultores reclamam de mudanças nas regras previdenciárias. **Diário Popular**, Pelotas, 4 abr. 2002. Cidade. p.4.

HABERMAS, Jurgen. A família burguesa e a institucionalização de uma esfera privada referido à esfera pública. In: **DIALÉTICA da família : gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de A (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro : FioCruz, 1997.

HECK, Rita. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães**. 1999. Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. (Projeto de Pesquisa), 1999.

_____. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a enfermagem**. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2000.

_____. **Suicídio, um grito sem eco no contexto rural de Santo Cristo**. 1993. Dissertação (Mestrado em Exetnsão Rural) - Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. 1993.

HOFFMANN, R. ; KAGEYANA, A . A posição na ocupação tempo de trabalho e renda na agricultura brasileira. In: **ENCONTRO BRASILEIRO DE ECONOMETRIA (7 : Vitória : 1985)**. **Anais do...** Vitória-ES, 1985.

HOLLOWAY, Immy; WHEELER, Stephanie. **Qualitative research for nurses**. Oxford : Blackwell science, 1996.

INSTITUTO BRSAILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População residente por situação de domicílio e sexo, estimativa populacional 1999. Pelotas: 2000.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista, 1994.

KIELING, José Fernando. Contribuição para a fundamentação teórico-metodológica de estudos históricos no Rio Grande do Sul. **Cadernos de educação FaE/UFPel**, Pelotas, v.5, n.6, p.130-177, 1996.

_____. **A expansão da Agropecuária Sul- Rio-Grandense (1950-1980)**. Pelotas : Ed. Universitária / UFPel, 1999.

KLEIN , David M. ; WHITE, James M. . **Family Theories**: na introduction: Understanding families, V.4, New York, 199?p. 211-230

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture**: and exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Califórnia: Regents, 1980

KNAUTH, Daniela R. Representações sobre doença e cura entre doentes internados em uma instituição hospitalar. In: LEAL, Ondina F. (Org.) **Antropologia do corpo e da saúde 1**. Porto Alegre: PPG Antropologia Social/UFRGS, 1992. p.5.

LANDIS, Paul H. **Rural life in process**. Nueva York, 1948. p.119-132.

LASSITER, P. G. Education for rural health professionals.... nurses. **Journal of Rural Health**, v.1, n.23, 1985.

LAURELL, Asa C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2.ed. São Paulo: Cortez,1997.

LAURELL, Asa C. ; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEININGER, M. M. Ethnonursing : a research method with enables to study the theory of culture care. In: LEININGER, m. m. **Culture care diversity and universality** : a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991. p.73-117.

_____. The theory of culture diversity nad universality. In:_____. **Culture care diversity and universality** : a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991. p.5-68.

_____. Ethnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis In: LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985. Cap. 3, p. 33-71.

_____. Ethnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis In: LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing**. [S.l.): GreydenPress, 1998. 1985. Cap. 3, p. 33-71.

LIMA, R. C. **Pequena história territorial do Brasil**. Porto Alegre: Sulina,1954.

LONG, Kathleen Ann . The concept of health: rural perspectives. **Nursing Clinics of North America**, v.28, n.1, p.123-130, mar.1993.

LOPES, Raquel Miranda. Socialização e organização familiar rural. In: A ENCRUZILHADA da educação rural. São Paulo: Cortez, 198? p.42-80. (Cadernos CEDES ; 11)

MARTINS, José de Souza. **Os camponeses e a política no Brasil**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

_____. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MEINCKE, Sonia M. K. ; LANGE, Celmira; SCHWARTZ, Eda. **Conhecendo o perfil sócio econômico e político do município de São Lourenço do Sul**. Pelotas, 1999. (Não publicado), 1999.

MENDRAS, Henri. A cidade e o campo. In: _____ et al. **Sociologia rural**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

MERHY Emerson E.; FRANCO, Túlio B. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. Campinas: 1999. (mimeo)

MINAYO, Maria C. S. ; HARTZ, Zulmira M. ; BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde : um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento** : pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo: HUCITEC ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa social** : teoria, método e criatividade. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza ; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo : oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.239-262, jul./set. 1993.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família hoje: o começo da conversa... **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n.2, p.211-219, maiO/ago. 1999.

MORAES, Ilara H. S. de. **Informações em saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec, 1994.

NASCIMENTO, E. P. **A exclusão social no Brasil** : algumas hipóteses de trabalho e quatro sugestões práticas. Salvador: Centro de Estudos e Ação Social, 1994. (Cadernos do CEAS ; 52).

NOBRE, Miriam. Relações de gênero e agricultura familiar. In: NOBRE, Miriam, et al. (Orgs.). **Gênero e agricultura familiar**. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 1988. p.15-27.

NEVES, , D. P . O desenvolvimento de uma outra agricultura: o papel dos mediadores sociais. In: FERREIRA, A . D. D. ; BRANDENBURG (Org.) **Para pensar outra agricultura**. Curitiba: UFPr., 1998.

PAIXÃO, M. J. P. **No coração do canavial**: estudo crítico da evolução do complexo agroindustrial sucroalcooleiro e das relações de trabalho na lavoura canavieira. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família de adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. 1990. 282f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

_____. O cuidar/cuidado com famílias de adolescentes grávidas: aplicação de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural. In: BUB, L. I. R. et. al.(Coord.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis, Ed. UFSC, 1994.

PEARSON Landon. **Criatividade e iniquidade**: análise ambiental das atuais tendências nas Américas que afetam os direitos e o desenvolvimento das crianças. In: SESSÃO EXTRAORDINÁRIA DA ASSEMBLÉIA-GERAL DA ONU SOBRE CRIANÇAS. Canadá, 2001. Acesso em: mar. 2001. Disponível em: <pearls@sem.parl.gc.ca>

PELOTAS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar. **Plano municipal de saúde de Pelotas, RS**. Pelotas, 1996.

PELOTAS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar. **Plano municipal de saúde de Pelotas, RS**. Pelotas, 2000.

PEREIRA, Márcio. A compreensão das dificuldades da aprendizagem pelo serviço itinerante : Escola Estadual Helena Antopoff. In: SEMANA DO EXCEPCIONAL (21-23 ago. 2001). **Fazer a inclusão social é excepcional**. Acesso em: ago. 2001. Disponível em: <schole@funedi.edi.br>

PIEGAS, Cíntia. Pesquisa revela o abandono do campo: em dez anos, a presença de famílias na área rural de Pelotas caiu de 19% para 6,84%; hoje são 22 mil pessoas. **Diário Popular**, Pelotas, 31 mar./1 abr. 2002. Especial. p.3.

POLIT, Denise ; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLITY, Elizabeth. Psicopedagogia sistêmica na instituição para crianças com dificuldades de aprendizagem. Revista Eletrônica Educação / Psicopedagogia. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/psicopedagogia/entrevistas/sistêmica.htm>>

PRADO JUNIOR. Caio. **A questão agrária no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

QUEIROZ, Maria Isaura P. **O campesinato brasileiro**: ensaios sobre civilizações e grupos rústicos no Brasil. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1976.

_____. **Cultura, sociedade rural, sociedade urbana no Brasil**: ensaios. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1978.

RABELO, Maria A . M. ; GOMES, N. M. Trabalho, conhecimento e escola em regiões de pequena produção rural em Minas Gerais. In: A ENCRUZILHADA da educação rural. São Paulo: Cortez, 1987. p.42-80. (Cadernos CEDES ; 11)

RAMBO, A . B. **A escola comunitária teuto-brasileira católica**. São Leopoldo: Unisinos, 1994.

RODRIGO, M.J. ; PALACIOS, J. (Coord.). **Familia y desarrollo humano**. Madrid: Alianza, 1998.

RODRIGUES, Alfredo F. **Almanaque literário e estatístico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Americana, 1990.

RÜCKERT, Aldomar arnaldo. **A produção capitalista do espaço: construção , destruição e reconstrução do território do planalto Rio Grandense**. Rio Claro: UNESP, 1991.

SABROZA, P. C. ; LEAL, M. C. Saúde, ambiente e desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. In : SAÚDE, ambiente e desenvolvimento. São Paulo: HUCITEC ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992. v.1

SALAMONI, Giancarla. **Produção familiar: possibilidades e restrições para o desenvolvimento sustentável o exemplo de Santa Silvana – Pelotas – RS**. 2000. Tese (Doutorado em Geografia) - Curso de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual Paulista. Rio Claro.2000.

SALAMONI, Giancarla. ; ACEVEDO, Hilda Costa. ; ESTRELA, Lígia Costa et al. **Os pomeranos**. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 1995.

SANDELOWSKI, Margarete . Sample size im qualitative research. **Research in Nursing & Health**, n.18, p.179-183, 1995.

SANTOS, Geralda Fortina dos. **Representação social do processo saúde -doença na comunidade rural de Airões : zona da mata de Minas Gerais**. 1992. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. 1992.

SANTOS, Klécio. Extinção ameaça cultura pomerana : pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas estimulam descendentes a manter os costumes. **Zero Hora**, Porto Alegre, 28 dez. 1997. Geral : Pelotas. p.30.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde e Bem Estar. **Plano municipal de saúde de São Lourenço do Sul, RS**. São Lourenço do Sul, 1999.

SARTORI, Maria Salette. **Saúde, doença e representação: um estudo com mulheres rurais**. 1996. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. 1996.

SCHNEID, Luciara. Pomeranos predominam no município : Pelotas tem 83% de seus colonos de origens pomeranas e não “alemã” como se pensa. **Diário Popular**, Pelotas, 17 maio 1998. Cidade. p.11.

SCHNEIDER, Sergio. **A agricultura familiar e industrialização** : pluriatividade e descentralização no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 1999.

SCHUCH, Heitor José. Fetag faz protesto em Pelotas: pequenos agricultores reclamam de mudanças previdenciárias. **Diário Popular**, Pelotas, 04 abr. 2002, p.4.

SCHWARTZ, Eda. **Desvelando a prática do cuidado com paciente e família teuto-gaúcha em unidade de terapia intensiva** : baseado na Teoria Transcultural de Leininger. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997. (Relatório final da prática assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem). 1997.

SCHWARTZ, Eda. Ensaio sobre a saúde e as famílias rurais In: ENCONTRO LEIFAMS (Pelotas : 2001). **Anais do...** : a multidimensionalidade do cuidado na família no Mercosul. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 2001. p.88.

SCHWARTZ, Eda. A família rural e a doença. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (53 : Curitiba : 2001). **Anais do...** Curitiba, 2001.

SCHWARTZ, Eda. **Família teuto-gaúcha** : o cuidado entre possibilidades e limites. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1998.

SCHWARTZ, Eda ; ELSSEN, Ingrid. Conceito de saúde na perspectiva rural. In: ENCONTRO LEIFAMS (Pelotas : 2001). **Anais do...** : a multidimensionalidade do cuidado na família no Mercosul. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 2001.

SCHWARTZ, Eda ; NOGUEIRA, Vera Maria R. Exclusão social : a desigualdade do século XX. **Revista Ser Social**, Brasília, n.6, p.95-118, jan./jun. 2000.

SCHWARTZ, Eda ; LANGE, Celmira ; MEINCKE, Sonia Maria K. A enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.3, n.1, p.48-53, jan./jun. 2001.

_____. As famílias rurais e o corpo como instrumento de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (53 : Curitiba : 2001). **Anais do...** Curitiba, 2001.

SCHWARTZ, Morris S. ; SCHWARTZ, Charlotte G. Problems in participant observation. In : G.J. McCall e J.C. Simmons (Org.) **Issues in participant observation, a text and Reader**. Massachussettes: Addison-Wesley publishing company, 1969.

SCLIAR, M . **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. São Paulo: L& PM, 1987.

SEYFERTH, Giralda. **Imigração e cultura no Brasil**. Brasília : UNB, 1990.

SILIPRANDI, Emma. Projetos de desenvolvimento e valorização da agricultura familiar. In: NOBRE, Miriam, et al. (Org.) **Gênero e agricultura familiar**. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 1998. p.9-14.

SILVA, L. F. et al. Família e redes sociais : o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (Org.). **Saúde e doença : uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis : Papa-Livro, 1996.

SILVA, José Graziano. **Tecnologia e agricultura familiar**. Porto Alegre: UFRGS, 1999.

SILVA, Maria Aparecida de Moraes. **Errantes do fim do século**. São Paulo : UNESP, 1999.

SILVA, Silvana. Agricultores recebem curso de prevenção à dor nas costas. **Zero Hora**, Porto Alegre, 27 mar. 2002. Pelo Rio Grande. p.13.

SLOCUM, Walter L. Los procesos de interacción en la población rural. In: _____. **Sociologia agrícola**. México: U.I.E.H.A ., 1964. Cap.12.

SMITH, Lynn T. **Sociologia da vida rural**. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1946. Tradução de Jorge de Sá Almeida.

TAVARES DOS SANTOS, José Vicente. **Os colonos do vinho**. São Paulo: Hucitec, 1978.

TEDESCO, João Carlos. **Terra, trabalho e família**: racionalidade produtiva e ethos camponês. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.

TOLOCKA, Rute Estanislava et al. Relacionamento entre acadêmicos de educação física e pessoas portadoras de deficiência . **Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora e Adaptação**, v.3, n.3, p.1-4, ago. 1999.

VALLA, Victor V. ; STOTZ, Eduardo N. (Org.) **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis : Vozes, 1994.

VARGAS, Magda Núñez ; SOARES, Laura Tavares R. O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais : as experiências de enfermagem no Brasil e no Peru. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.54-71, dez. 1997.

VILLAMIL, Alba Y. C. Huellas de cuidado en el rural. **Avances en Enfermería**, Colombia, v.14, n.4, [1999].

WANDERLEY, M. N. B. **Em busca da modernidade social** : uma homenagem a Alexander V. Chayanov. Campinas: UNICAMP, 1989.

WILLIAMS, Raymond. **O campo e a cidade** : na história e na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

WITT, Regina Rigatto ; BACKES, Daniel da Luz ; STRIM, Cíntia ; RODRIGUES, Daniela. Enfermagem rural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, n.1, p.22-30, jan. 2000.

WOORTMANN, Ellen F. **Herdeiros, parentes e compadres**. São Paulo: Hucitec, 1995.

WOORTMANN, Ellen F. ; WOORTMANN, Klaas. **O trabalho da terra**: a lógica e a simbólica da lavoura camponesa. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1997.

WRIGHT, Lorraine M. LEAHEY, Maureen. **Nurses and families** : a guidet family assesment and intervention . 8.ed. Philadelphia: F.^a Davis,1989.

WRIGHT, Lorraine M. LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. [Tradução de Silvia M. Spada] 3. ed. São Paulo: Roca. 2002.

ANEXOS

ANEXO I

PELOTAS , 28 DE FEVEREIRO DE 2001.

**À COMISSÃO DE ÉTICA DA SECRETARIA DE SAÚDE E BEM ESTAR DO
MUNICÍPIO DE PELOTAS**

PREZADOS SENHORES

Cumprimentando-os mui cordialmente, venho através deste solicitar autorização para efetuar uma pesquisa com as família que freqüentam o posto de saúde da zona rural, deste município, ou seja, na colônia X, no período compreendido entre março e dezembro de 2001. A referida pesquisa trata –se para elaboração da tese de doutorado pela Universidade Federal de Santa Catarina e que tem como objetivo geral **“Compreender o viver, o adoecer e o cuidar das famílias rurais do extremo sul do Brasil a partir de uma abordagem Ecológica”**.

Entendemos que a Instituição não terá qualquer despesa financeira neste estudo e que os resultados da pesquisa serão fornecidos pela pesquisadora, se assim for solicitado.

Saliento que o trabalho é orientado pela Professora Doutora Ingrid Elsen da Universidade Federal de Santa Catarina.

Segue em anexo partes do projeto .

Certos de sua compreensão , antecipadamente agradeço

Eda Schwartz

Endereço para contato; Avenida Fernando Osório, 5189 B - Pelotas –RS- CEP
96065000

Tel 283-2866 99826959

E.mail eda@pel.conex.com.br

ANEXO II**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA****ORIENTADOR :Dr^a Ingrid Elsen****ORIENTANDO: Eda Schwartz****TÍTULO DA PESQUISA: O VIVER, O ADOECER E O CUIDAS DAS FAMÍLIAS
RURAIIS**

NOME DO OBSERVADOR:

TIPO DE OBSERVAÇÃO :

ASSUNTO OBSERVADO:

Nº DA OBSERVAÇÃO:

LOCAL:

DIA :

HORA:

DURAÇÃO

DATA DA REALIZAÇÃO DO COMENTÁRIO CRÍTICO:

NOTAS DE CAMPO	REFLEXÕES

ANEXO III

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM- DOUTORADO**

**PROFESSORA: DR^A INGRID ELSEN
Doutoranda : EDA SCHWARTZ**

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A enfermeira Eda Schwartz, que também é professora da Universidade Federal de Pelotas, esta desenvolvendo um trabalho com as famílias rurais. Tendo a finalidade de propiciar uma melhoria na qualidade de vida dessas famílias, tentando compreender como vivem adoecem e se cuidam.

Se eu concordar em participar do trabalho acontecerá o seguinte:

- Me encontrarei com a enfermeira Eda no posto de saúde e na minha casa, onde tentarei responder algumas perguntas que ela me fará e que eu desejar responder.
- Aceito que a enfermeira Eda também obtenha informações a meu respeito no meu prontuário.
- Entendo que não haverá risco para mim participar deste trabalho.
- Na visita domiciliar poderá fotografar se e u assim o concordar.
- Desejo que todas as informações sejam confidenciais, e que minha identidade não seja revelada, a não ser com minha expressa autorização.

Eu discuti este trabalho com a enfermeira Eda Schwartz e minhas dúvidas foram respondidas. Se eu tiver outras perguntas a fazer sei que poderei telefonar para Eda Schwartz, fone 283-2866.

A minha participação neste trabalho é completamente voluntária. Me sinto livre para recusar ou interromper a participação a qualquer momento, sem que isto interfira no meu tratamento e assistência e modo de vida.

Local e data

Assinatura

() concordo com o uso de gravador () concordo que sejam feitas anotações

ANEXO IV**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM- DOUTORADO****PROFESSORA ORIENTADORA : DRA. INGRID ELSEN
DOUTORANDA : EDA SCHWARTZ****AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a doutoranda EDA SCHWARTZ , a utilizar fotografias minhas e de minha residência em seu trabalho de Doutorado. Inclusive permito a publicação em todos os veículos de comunicação científica e eventos pertinentes, desde que seja preservado o meu anonimato a fim de preservar a minha identidade.

Assinatura da Doutoranda

Assinatura do responsável da família

Data:-----/-----/-----.