

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

**CUIDADO EM SAÚDE NAS FAMÍLIAS EM
ASSENTAMENTO RURAL: UM OLHAR DA
ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Simone Wunsch

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

CUIDADO EM SAÚDE NAS FAMÍLIAS EM ASSENTAMENTO RURAL: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

Simone Wünsch

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes Denardin Budó

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

W966c Wünsch, Simone

Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural : um olhar da enfermagem / por Simone Wünsch. – 2011.

128 p. : il. ; 30 cm

Orientadora: Maria de Lourdes Denardin Budó.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2011

1. Enfermagem 2. Cuidados de Enfermagem 3. Assentamentos Rurais 4. População rural 5. Saúde 6. Cultura 7. Família I. Budó, Maria de Lourdes Denardin II. Título.

CDU 616-083

Ficha catalográfica elaborada por Simone G. Maisonave – CRB 10/1733
Biblioteca Central da UFSM

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

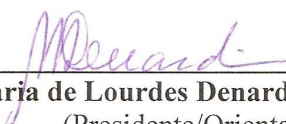
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**CUIDADO EM SAÚDE NAS FAMÍLIAS EM ASSENTAMENTO RURAL:
UM OLHAR DA ENFERMAGEM**

elaborada por
Simone Wunsch

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:



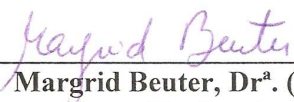
Maria de Lourdes Denardin Budó, Dr^a.
(Presidente/Orientadora)



Eda Schwartz, Dr^a. (UFPEL)



Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini, Dr^a. (UFSM)



Margrid Beuter, Dr^a. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 12 de dezembro de 2011.

À memória de meu pai
Irgo Wunsch

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, sempre presente em minha vida.

Ao meu filho, **Leonardo**, presença constante em meus pensamentos, obrigada pelo teu amor, carinho, e compreensão. Amo muito você!!

Ao companheiro **Charles**, pelo carinho, respeito e amor.

À minha mãe **Carmem**.

À professora **Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó**, pela acolhida, orientação e paciência.

À família **Alvez-Veleda**, em especial a Sr^a Maria Petronila Rivas de Alvez, “vó **Chichita**”, por disponibilizar, por longos dois anos, a privacidade do seu lar. Sou-lhe eternamente grata!

Às minhas AMIGAS, **Stefanie, Raquel...**, palavras não dão conta da imensidão do meu carinho e apreço por vocês.

Aos amigos e colegas de caminhada: **Patrícia Toscani, Andressa da Silveira, Izaura, Patrícia Veleda, Suzana, Úrsula e é claro ao Celso**, pelos bons momentos de convivência, pelas confidências, pelo ombro amigo, pela troca de experiências, pelas risadas...Valeu!!!

À **4^a Turma do Mestrado** em Enfermagem da UFSM. A convivência foi significativa.

À acadêmica e agora mestranda **Margot Agathe Seiffert**, pelo aprendizado.

Ao grupo de pesquisa **Cuidado, Saúde e Enfermagem**, pelo crescimento pessoal e profissional.

A “**Nova Design**”, em especial ao Alex, pela paciência e tranquilidade com os diagramas.

À **Sônia Argollo**, um abraço gaúcho e missioneiro.

E o meu agradecimento **ESPECIAL** as famílias assentadas integrantes deste estudo, por permitirem-me participar de suas vidas.

“Uma teoria é científica quando é real, isto é, quando deriva da observação da realidade, não da fantasia dos homens”

Augusto Comte

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

CUIDADO EM SAÚDE NAS FAMÍLIAS EM ASSENTAMENTO RURAL: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

AUTORA: Simone Wünsch
ORIENTADORA: Maria De Lourdes Denardin Budó
Santa Maria, 12 de dezembro de 2011.

O presente estudo objetivou compreender o cuidado em saúde nas famílias de um assentamento rural na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa de vertente etnográfica, na enfermagem denominada de etnoenfermagem. O número de famílias acompanhadas delimitou-se pela saturação dos dados, totalizando quatro famílias acompanhadas. Para a coleta de dados, empregou-se o Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), uma entrevista semiestruturada, e um diário de campo. Associado ao método construiu-se o genograma, abrangendo o aspecto da subcategoria interna de composição familiar e o ecomapa, envolvendo o aspecto externo subcategoria sistemas mais amplos. A análise dos dados ocorreu com base na etnoenfermagem de Madeleine Leininger, a qual propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais constituídas pela coleta e documentação dos dados brutos; identificação dos descritores e indicadores; análise contextual e de padrões atuais; e a identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. Realizou-se ainda, com a construção do genograma e ecomapa, uma avaliação estrutural das famílias. Foram respeitados todos os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Como resultados emergiram três categorias principais que serão apresentadas em formato de artigo: **Artigo 1: Relações familiares em assentamento rural na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; Artigo 2: Cuidado para melhorar de vida: compromisso de todos; Artigo 3: Proteção: dimensões do cuidado em famílias rurais assentadas.** A etnoenfermagem possibilitou uma maior aproximação com as famílias rurais assentadas, permitindo identificar o fenômeno do cuidado cultural a partir dos seus contextos. O presente estudo evidenciou que o cuidado em saúde junto as famílias assentadas, encontra-se permeado por fatores socioeconômicos e socioculturais, e que a enfermagem, ao conhecer a estrutura interna e externa das famílias, amplia o seu olhar sobre a dinâmica familiar, o que vem a contribuir significativamente no planejamento das ações de cuidado em saúde. Conclui-se que a enfermagem, ao utilizar um embasamento antropológico nas ações, proporciona um cuidado que pode melhorar as condições de vida das famílias.

Palavras-Chave: Assentamentos Rurais, População Rural, Cultura, Família, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem

ABSTRACT

Master's Degree Thesis
Graduate Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

HEALTH CARE IN RURAL SETTLEMENT FAMILIES: A NURSING OVERLOOK

AUTHOR: Simone Wunsch
ADVISOR: Maria De Lourdes Denardin Budó
Santa Maria, December 12th, 2011.

The present study has as its objectives to comprehend the health care in families of a rural settlement in the North-western region of Rio Grande Sul state. For that, a quantitative research of ethnographic direction was developed, in the kind of nursing called etnonursing. The number of accompanied families was limited due to data saturation, in a total of four accompanied families. For the data gathering, the Model of Observation-Participation-Reflection (O-P-R) was used, a semi-structured interview and a field diary. Associated to the method, a genogram was built, covering the aspect of the internal under category of family composition and the ecomap, involving the external aspect of the under category of wider systems. The analysis of data occurred based on Madeleine Leininger's etnonursing, which proposes an analysis of the information in four sequential steps constituted by the gathering and documentation of gross data; identification of descriptors and indicators; contextual analysis and of current patterns; and the identification of themes and of the relevant finds of research. It was also performed, with the construction of the genogram and ecomap, an structural evaluation of the families. All the ethical aspects for research with human-beings were respected, regarding Resolution 196/96, of the National Health Council. As a result, three main categories, that will be presented in article form, emerged: **Article #1: Family relations in rural settlements in the North-western region of Rio Grande do Sul; Article #2: Better life care: a commitment to all; Article #3: Protection: dimensions of the care in rural settled families.** The etnonursing has made a higher access to the rural settled families possible, allowing to identify the phenomenon of cultural care from its contexts. The present study evidenced that health care for the settled families is found diffused by social-economical and social-cultural factors and that nursing, knowing the internal and external structure of the families, widens its look over the family dynamics, what contributes significantly in the planning of health care actions. It is concluded that nursing, using the anthropological support in the actions, provides care that can improve the life conditions of the families.

Keywords: Rural Settlements, Rural Population, Culture, Family, Nursing Care, Nursing

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fases da Observação-Participação-Reflexão (O-P-R).....	26
Artigo 1	
Figura 1 - Legenda genograma e ecomapa.....	48
Figura 2 - Genograma Família 1.....	49
Figura 3 - Ecomapa da Família 1.....	50
Figura 4 - Genograma família 2.....	51
Figura 5 - Ecomapa da Família 2.....	52
Figura 6 - Genograma da Família 3.....	53
Figura 7 - Ecomapa da Família 3.....	54
Figura 8 - Genograma da Família 4.....	55
Figura 9 - Ecomapa da Família 4.....	58

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – Roteiro da observação participante.....	118
ANEXO B – Modelo de genograma.....	119
ANEXO C – Modelo de ecomapa	120
ANEXO D – Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos.....	121
ANEXO E – Mapa aptidão de uso agrícola das terras.....	122
ANEXO F – Carta de aprovação do CEP	123
APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada.....	125
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade.....	128

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
PERCURSO METODOLÓGICO	21
Tipo de estudo	21
Universo empírico.....	21
Local da pesquisa e caracterização da comunidade.....	21
Seleção das famílias da pesquisa e critérios de inclusão.....	24
Coleta dos dados	25
Os guias habilitadores.....	26
Análise de dados	29
Considerações éticas	30
CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	32
A chegada das famílias ao assentamento	32
Moradia e o ambiente externo	33
Alimentação	35
Religiosidade	37
Produção agrícola	38
Terra e trabalho e sua conexão com o cuidado	39
ARTIGO 1 - Relações familiares em assentamento rural na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul	41
Resumo	42
Introdução	43
Metodologia	45
Resultados	48
Discussões	58
Considerações Finais	62
Referências	64
ARTIGO 2 - Cuidado para melhorar de vida: compromisso de todos	67
Resumo	68
Introdução	69
Metodologia	70

Resultados e Discussões	72
Considerações Finais	79
Referências	81
ARTIGO 3 - Proteção: dimensões do cuidado em famílias rurais assentadas	84
Resumo	85
Introdução	86
Metodologia	88
Resultados e Discussões	90
Considerações Finais	101
Referências	103
DISCUSSÕES	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	112
ANEXOS	117
APÊNDICES	124

INTRODUÇÃO

Para pesquisar e falar em assentamentos, primeiramente deve-se lançar um olhar breve sobre a historiografia da questão agrária de nosso país. Segundo o INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária), para entender a amplitude do tema agrário deve-se remontar, primeiramente, a 1530, com a criação das capitanias hereditárias, e perpassar o sistema de sesmarias. Tratavam-se, ambos, de uma transposição da norma reguladora do processo de distribuição de terras em Portugal para os solos coloniais, originando os primeiros latifúndios brasileiros (INCRA, 2009).

Em 1822, houve a independência do Brasil, porém, mesmo com o advento da independência, manteve-se a distribuição de terras pelo sistema de sesmarias, inclusive aos imigrantes que aqui ancoravam, originando um período de intensas lutas e conflitos. Em 1850, houve uma tentativa, sem muito êxito, de editar a Lei das Terras, fato intimamente ligado ao processo de consolidação do Estado Nacional, bem como se buscava ordenar uma situação caótica advinda das sesmarias. Com a instituição da República, em 1889, um ano e meio após a libertação dos escravos, a distribuição de terras permaneceu quase inalterada, (SILVA, 1996; INCRA, 2009), mantendo-se o processo de formação e manutenção do latifúndio.

Nos primórdios do novo século e durante a primeira guerra mundial, emerge a industrialização, forçada, no Brasil, fato que determinou o estabelecimento de um ciclo de crises nos setores que compunham propriedade rural com grande extensão, como a pecuária, engenho e produção do café. Delineava-se, assim, um novo modelo econômico social no país, predominante até hoje, denominado de capitalismo. A mão de obra trabalhadora disputada nesse novo modelo era composta por sem terras, identificados como ex-escravos e seus descendentes, mestiços, imigrantes refugiados da guerra e pelos donos de pequenos lotes de terra, que se submetiam a trabalhos assalariados, buscando a sua subsistência e a de seus familiares, sem, no entanto, os direitos sociais e trabalhistas serem respeitados, configurando a existência de um “novo” processo de exclusão e exploração social (MARTINEZ, 1987).

A aristocracia rural, que ainda predominava nesse período, a nova burguesia emergente e os investidores estrangeiros, que surgiam com o novo modelo econômico, disputavam a mão de obra barata, o domínio e o controle do patrimônio, deixando claro que o acesso a propriedades, como a terra, somente era permitido aos que pagassem por ela, por meio da compra e venda, transformando-a em mercadoria. Dessa forma, as ocupações passam

a ser consideradas crime (MARTINEZ, 1987; CELOS, 2007).

A história da luta pela terra encontra-se também relacionada com as guerras de Canudos e do Contestado, o cangaço e outras insurreições, como as revoluções de 1922, 1924 e 1930 (CELOS, 2007; MEDEIROS 2009). O poder político, entretanto, continuou nas mãos dos latifundiários, dos coronéis, e somente em meados de 1950 e início de 1960 a questão das terras, especificamente, começou a ser debatida, elaborando-se, então, o estatuto do Trabalhador Rural¹, no ano de 1963.

Esse documento legal deliberava sobre as relações de trabalho que até aquela data não dispunham de legislação específica, entretanto, o mesmo estatuto deixou de funcionar em abril de 1964 e foi revogado em 1973. Porém, a partir desse passo, intensificaram-se lutas e mobilizações dos trabalhadores em prol da reforma agrária, sendo que, nos anos 80 e 90, os movimentos de trabalhadores rurais adquire força, tanto no campo como nas cidades, convertendo a problemática da reforma agrária e do acesso à terra em uma palavra de ordem na sociedade brasileira (BERGAMASSO, 1997).

Os assentamentos rurais, no Brasil, apresentam-se como um tipo de política pública, com inúmeras dificuldades, tendo por finalidade conquistar a terra, o trabalho, a moradia, de onde se retira o sustento digno, garantindo-se a produção de alimentos (CELOS, 2007). Já, para Beduschi (1999) e Silva (2001), trata-se apenas de uma tentativa de controlar e diminuir a violência dos conflitos sociais, pois não há uma política emancipatória na reforma agrária.

A luta pela terra se define como

[...] uma luta que deita raízes no processo histórico de formação da sociedade brasileira e latino-americana, em que grupos alijados e historicamente excluídos empreenderam diversas formas de resistência, não aceitando, resignada e passivamente, o “destino” de meros espectadores dos fatos, por mais que a versão oficial teime em reproduzir relatos de apatia e conformismo. (CELOS, 2007, p. 115).

Assim, a história das famílias assentadas e sem terra encontra-se relacionada a esses e a outros diversos marcos históricos, transformando-as em sujeitos remanescentes de histórias de lutas e marginalizações, oriundos da periferia urbana, descendentes daqueles que sofreram e sofrem segregação social desde que o Brasil foi descoberto.

Conforme o INCRA (2009), atualmente busca-se novos modelos de assentamento, que promovam, dentre outros, o forte envolvimento dos governos estaduais e municipais, a igualdade de gênero, o direito à educação, à cultura e à seguridade social.

A seguridade social envolve diversas políticas sociais em nosso país, como as do

¹ BRASIL, 1963. Lei nº 4.214 de 02.03.1963. Dispõe sobre o Estatuto do Trabalhador Rural- revogada pelo Artigo 21 da Lei nº 5.889 de 08.06.1973.

Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), e do Ministério da Saúde (MS). Na saúde, seguridade refere-se à concepção de bem-estar e ausência de doenças, alcançadas por intermédio das ações de assistir, de cuidar das pessoas e famílias.

O cuidado se constitui em um fenômeno universal presente na vida do ser humano desde a antiguidade, tornado-se e responsável pela sua sobrevivência, significando uma luta constante em prol da perpetuação da espécie. Cuidar pode ser considerado um ato, uma atitude que compreende a existência do outro (BOFF, 1999), o cuidado enobrece as relações, permitindo aos que estão sendo assistidos crescer e se desenvolver (WALDOW, 2004).

O exercício do cuidar implica uma ação, conforme Torralba (2009):

Uma ação muito determinada que não consiste, paradoxalmente, em atuar muito, mas na capacidade de se colocar no lugar do outro, sobretudo na capacidade de escutar [...] Cuidar é uma ação que consiste em facilitar a palavra e a expressão alheia [...] Cuidar de alguém é mostrar interesse, é individualizar [...], mas a execução do mesmo sempre é singular e personalizada (Torralba, 2009, p.133- 134).

Para a enfermagem, devido ao viés ontológico, o cuidado apresenta uma significação diferenciada, que se encontra direcionada a melhorar a condição de vida do ser humano, mediante a compreensão das relações de saúde-doença e condição humana e por meio de ações com respeito à vida (NEVES, 2002; TORRALBA, 2009). O cuidado na enfermagem, apresenta, também, embasamento técnico científico e engloba a compreensão, de modo abrangente e significativo, do contexto sociocultural no qual o sujeito e as famílias se encontram inseridas (MICHEL et al, 2010).

A família, para a enfermagem, integra o cotidiano de trabalho, tornando-se um elemento constituinte do cenário das práticas de cuidado em saúde, bem como institui-se em um princípio de diversos estudos. A enfermagem subentende que a família compreende um universo único, exclusivo, e que para discorrer sobre a temática torna-se necessário considerar o conjunto de valores que fornecem aos indivíduos uma identidade e à vida um sentido (FONSECA, 2004).

Ao longo da história que abarca a evolução humana, diversas foram as tentativas de definir o que seja uma família. Lévi-Strauss (1966) busca defini-la como grupo social constituído por, pelo menos, três características predominantes: sua origem no casamento; constituir-se por marido, esposa e filhos oriundos dessa união, podendo incluir-se parentes; e a união de seus membros por laços legais, que se traduzem em direitos e obrigações, um entrelaçamento de direitos e proibições sexuais e uma quantidade de sentimentos psicoafetivos. Por outro lado, considera-se, também, família as pessoas de relações próximas,

seja por consanguinidade ou parentesco, identificadas, como monoparentais, nucleares, ampliadas e expandidas, passíveis de sofrer influências do meio em que vivem, bem como possuidoras de uma rede, também conhecida por ambiente social efetivo da família (WOORTMANN,1995; SCHWARTZ et al, 2009).

As famílias, socialmente, são reconhecidas como o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento, da proteção integral, do bem-estar, da educação, do repasse dos valores culturais aos seus componentes (FERRARI; KALOUSTIAN, 2002), assim como se constituem em unidades complexas de natureza diversificada, caracterizadas pelas inter-relações constituídas por seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade, as quais apresentam formas próprias de organizar o seu modo de vida (FIGUEIREDO; MARTINS, 2010).

Na enfermagem a família é percebida como uma unidade organizacional que interage com as suas atividades do cuidado, influenciando, com isso, a sua prática e teoria (CENTA; ELSEEN, 1999). O cuidado à família desenvolvido pela enfermagem embasa-se na preocupação em considerar as suas características, a reconhecer a etno-história que a permeia, ponderar acerca do seu cotidiano no intuito de potencializar as ações (SCHWARTZ, et al, 2009), e, por fim, configurar-se em um cuidado individualizado, holístico.

O cuidado às famílias que compõem o contexto rural exige, por sua vez, da enfermagem não apenas a apreensão das singularidades e formas de estruturação, requer um cuidado em saúde extensivo que considere os aspectos sociais, políticos e geográficos que permeiam o viver rural. No entanto, o empobrecimento contínuo das políticas públicas de saúde deixa o cidadão rural e sua família à mercê da exploração, instituindo-se inúmeras vulnerabilidades.

Conforme dados epidemiológicos sobre as condições de saúde da população brasileira, levantados com a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS), demonstram que na área rural, e em suas múltiplas abrangências, localizam-se os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza decorrente das restrições de acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida (BRASIL, 2005). Outro estudo evidencia que as famílias rurais apresentam problemas característicos de sociedade urbana e contemporânea, tais como depressão, alcoolismo, *stress* e suicídios, dentre outros (ZILLMER et al, 2009).

Com base nesses dados, constata-se que as comunidades rurais e seus espaços familiares apresentam dificuldades que tendem somente a se agravar, em vista da posição geográfica e da dependência do núcleo urbano para o atendimento de suas necessidades

sociais. O meio rural, de certa forma, encontra-se excluído das políticas públicas e de saúde, ocasionando grandes desigualdades que tendem a permanecer ou se agravar, promovendo um processo de diferenciação social (SCHWARTZ, 2003).

Nos assentamentos rurais, essa situação pode apresentar-se mais intensamente, pois as famílias contempladas com lotes de terra devem imediatamente ocupá-los sem receber, no entanto, o mínimo de estrutura básica que garanta sua saúde física e mental. Assim sendo, percebe-se que o fenômeno de viver em família encontra-se permeado ao contexto que a rodeia, o que significa ser influenciado pelas decisões políticas e administrativas, e considera-se essencial que, para assistir e cuidar de uma família rural, seja preciso conhecer as diferenças da sua constituição em relação a uma família urbana (SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001).

As comunidades rurais, apesar da dependência do urbano, não extinguem o seu modo de vida singular, permeado por características e culturas próprias (BUDÓ, 2002; SCHWARTZ, 2003). Considerar, então, as práticas socioculturais permite um entendimento sobre a maneira de pensar e agir dos indivíduos frente aos seus problemas de saúde, facilitando a comunicação entre eles, possibilitando um cuidado coerente e favorecendo as intervenções de saúde (ROSA et al, 2009).

Desse modo, como ciência do cuidado, a enfermagem deve focar o fenômeno e as atividades do cuidado humano para auxiliar, apoiar, facilitar, capacitar indivíduos e grupos a conservarem ou readquirirem a sua saúde, o sentir-se bem física e mentalmente, bem como a enfrentar a deficiência ou a morte, de modo culturalmente significativo (LEININGER, 1991). A teoria de enfermagem que auxilia as pesquisas com enfoque cultural é a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger (1991), que tem como propósito:

[...] descobrir diversidades e universalidades do cuidado humano relacionadas com visão do mundo, estrutura social e outras dimensões e, então, descobrir maneiras de prover cuidado culturalmente congruente às pessoas de culturas diferentes, ou similares, de maneira a manter ou recuperar seu bem-estar, sua saúde ou enfrentar a morte de um modo culturalmente apropriado (LEININGER, 1991, p.39).

Ao olhar as sociedades sob a lente sociocultural, Leininger identifica a existência de um sistema amplo de cuidados, os quais ela define como: sistemas de cuidados genéricos, e o sistema de cuidado profissional (LEININGER, 1985, 1991). O cuidado genérico (“folk “ou popular) diz respeito às ações de cuidado desenvolvidas na perspectiva familiar e difundidas culturalmente entre as pessoas, não sendo transmitidas oficialmente pelas instituições de ensino, e envolvem práticas de cuidados primários, básicos, de saúde. O cuidado profissional,

por outro lado, envolve tudo aquilo que é aprendido e praticado pelos enfermeiros, ou seja, que é formalizado e oficializado nos bancos acadêmicos (LEININGER, 1991; BUDÓ, 1999; MONTICELLI, 2003).

Os sistemas de cuidado em saúde também são caracterizados por Kleinman (1980) em seus estudos antropológicos sobre saúde e cultura. Em seu modelo, os sistemas de atenção à saúde se constituem por três partes (setores) interligadas: o setor popular, o setor profissional e o setor *folk*. O cuidado popular refere-se àquelas ações apreendidas e transmitidas pelas experiências individuais, familiares, sociais e comunitárias (o autocuidado, cuidados caseiros). O setor profissional constitui-se dos cuidados praticados pelas profissões de saúde organizadas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros). O setor *folk* envolve o cuidado não profissional, porém especialista, desenvolvido, por exemplo, por benzedeadas, xamãs, arrumadores de ossos (práticas místicas e religiosas) (KLEINMAN, 1980). Ambos os autores caracterizam os sistemas de cuidado em saúde culturalmente constituídos, entretanto com enfoques diferenciados.

Constata-se, então, que as sociedades e seus integrantes estão imersos em uma cultura, que Geertz (1989) define como teias de significados tecidas pelo homem. Para Langdon (2010), a cultura pode ser definida:

[...] como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON, 2010, p. 175).

Desse modo, para executar o cuidado, considerado a essência da enfermagem, torna-se imperioso respeitar o conhecimento, os saberes, individuais ou coletivos, ou seja, considerar e compreender os conhecimentos e práticas que norteiam a vida e o viver dos indivíduos.

Conforme Langdon (2010):

Ao se partir do pressuposto de que a cultura é um fenômeno total e que, portanto, provê uma visão de mundo às pessoas que a compartilham, orientando, dessa forma, os seus conhecimentos, práticas e atitudes, a questão da saúde e da doença está contida nessa visão do mundo e práxis social (LANGDON, 2010, p. 178).

A enfermagem encontra-se atenta a essa perspectiva ao realizar aproximações entre os diversos modos de cuidar, objetivando compreender as semelhanças e diferenças na forma com que as pessoas percebem e praticam o cuidado (Leininger, 1991), nos diversos contextos.

As famílias rurais necessitam ser conhecidas em seus espaços e em suas particularidades do cuidado (ZILLMER et al, 2009), e o mesmo vale para a situação

específica das famílias rurais assentadas, tendo em vista que elas se evidenciam na sociedade devido às suas histórias de lutas sociais e à sua relação com o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST).

No Estado Rio Grande do Sul (RS), existem diversos assentamentos, ultrapassando o número de 12 mil famílias assentadas (INCRA, 2011). As famílias que compõem um assentamento são oriundas de diversos acampamentos, respeitando-se o estado ao qual se encontram vinculados, e recebem as terras conforme normas e rotinas internas de organização do Movimento.

O assentamento apresenta em sua composição uma heterogeneidade de histórias de vida, com suas práticas, crenças e valores, constituindo-se em uma pluralidade cultural, o que requer dos profissionais da área da saúde, em especial do enfermeiro, a compreensão das práticas socioculturais que envolvem o cuidar nessas comunidades.

A enfermagem considera-se uma profissão do cuidado exercida perante pessoas, famílias e comunidades mediante ações em saúde, sejam elas de promoção, prevenção ou cura de doenças, no entanto, para cuidar do outro, necessita reconhecê-lo como ser único, inserido em determinada realidade, também única.

A busca em compreender o outro somente é possível inserindo-se em sua lógica. Ao adentrar no mundo, na lógica do outro, torna-se possível o descobrimento, conforme Leininger (1991), das diversidades e universalidades do cuidado humano relacionados à sua visão de mundo, permitindo, desse modo, prover um cuidado em saúde mais aproximado da realidade sociocultural na qual as famílias se encontram inseridas.

Para Leininger (1985, 1991), as diversidades e universalidades do cuidado cultural precisam ser identificadas e compreendidas, permitindo aos enfermeiros atuações profissionais eficientes com pessoas de diferentes culturas. Logo, ao conhecer as famílias assentadas e seus respectivos modos de pensar, identificar, perceber e praticar o cuidado, a enfermagem aproxima-se de um cuidado em saúde baseado na compreensão dos fatores socioculturais presentes em suas vidas, realizando uma prática profissional congruente.

Em minha prática assistencial em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), várias famílias oriundas de assentamento rural muitas vezes buscavam a unidade como porta de entrada ao sistema de saúde. Isso ocorria porque o sistema de saúde local ofertava, eventualmente, atendimento em saúde nas diversas comunidades rurais e de assentamentos em uma unidade móvel, a partir de uma escala pré-definida. Durante as práticas de acolhimento, de orientação e encaminhamento, ocorria um diálogo, no qual se evidenciava a angústia dos assentados sobre os serviços de saúde. Referiam-se a eles mesmos como

negligenciados, condenados e queixavam-se da falta de acessibilidade aos serviços de saúde. Relatavam depender de terceiros para atender às suas urgências.

Em um estudo bibliométrico acerca da produção científica disponível *on line* nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEEn/ABEn) e no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), na página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no modo integrado, e com acesso livre, sobre a temática rural, evidenciou-se a existência de poucos trabalhos, configurando-se em um campo aberto para a pesquisa.

A pesquisa realizada nos catálogos do CEPEEn/ABEn, no período que compreendeu os anos de 1979 a 2009, utilizando-se as palavras-chave: população rural e comunidades rurais, identificou a existência 27 trabalhos envolvendo a temática rural. A investigação das publicações disponíveis na Bireme/BVS, no modo integrado, utilizando-se as palavras-chave população rural *and* cuidados de enfermagem, sem empregar uma limitação no período das publicações, visando, com isso, facilitar um maior número de resultados, possibilitou localizar 871 trabalhos, porém somente 38 estudos encontravam-se na íntegra com acesso livre. Destes 38 trabalhos disponibilizados na íntegra, 20 correspondiam a estudos internacionais, três eram brasileiros e havia 13 estudos sem identificação específica. Contudo, o cruzamento dos descritores “enfermagem” *and* “assentamentos rurais” *and* “cuidados de enfermagem” identificou apenas um trabalho científico, justificando o presente estudo.

A lacuna do conhecimento apresentada acima, associada à vulnerabilidade social que permeia o viver das famílias rurais, em especial as assentadas, gerou inquietações profissionais, motivando-me a pesquisar o tema. Diante dessas reflexões, apresenta-se como questão norteadora da pesquisa: **Como é desenvolvido o cuidado em saúde nas famílias de assentamento rural na região noroeste do Rio Grande do Sul?**

Para responder à questão, o estudo teve como objetivo geral **compreender o cuidado em saúde nas famílias de um assentamento rural na região noroeste do Rio Grande do Sul**. E como **objetivos específicos**:

- Contextualizar um assentamento rural na região noroeste do Rio Grande do Sul.
- Delinear a composição familiar e os vínculos extrafamiliares em um assentamento rural na região noroeste do Rio Grande do Sul.
- Identificar as percepções do cuidado para as famílias residentes em um assentamento rural na região noroeste do Rio Grande do Sul.
- Conhecer as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas por famílias residentes em um assentamento rural na região noroeste do Rio Grande do Sul.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tipo de estudo

Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, na qual foi utilizado o método etnográfico. A pesquisa qualitativa trabalha com significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, em seu ambiente natural, buscando dar-lhes sentido e interpretando os fenômenos inerentes a esse modo de vida. Trazer a saúde para o debate qualitativo significa que esta se encontra próxima das outras instâncias da realidade social, e o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, podendo-se aplicar aos estudos da história, dos grupos, das relações e crenças (MINAYO, 2008).

A etnografia consiste em um conjunto de concepções e procedimentos empregados pela antropologia para conhecimento científico da realidade social (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Na enfermagem, Leininger (1991) denomina de etnoenfermagem os estudos relativos ao campo cultural. A etnoenfermagem constitui-se em um estudo das crenças, valores, práticas de cuidado, percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências diretas. O método exige observações naturalísticas diretas, reflexões e um aprender em primeira mão as construções significativas específicas para o contexto natural ou do ambiente de vida das pessoas. Um processo sistemático com observação, descrição detalhada, documentação e análise dos padrões culturais a serem estudados (LEININGER, 1991; GEORGE, 2000).

Universo empírico

Na pesquisa qualitativa, o universo empírico significa o lugar e a população que será estudada (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Busca-se caracterizar a população e a comunidade deste estudo em seus aspectos demográficos, socioeconômicos e culturais.

Local da pesquisa e descrição da comunidade

O cenário em que se desenvolveu a pesquisa foi um assentamento rural situado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O assentamento foi criado, oficialmente, por meio de um decreto², após ter sido declarada a terra de interesse social^{3,4,5}.

A escolha do local de estudo se processou pela familiaridade da pesquisadora com a região, pela acessibilidade do local. Os requisitos que auxiliam a desenvolver a pesquisa, tais como a acessibilidade para a seleção de campo e a possibilidade de obter a permissão são considerados importantes para realizar a pesquisa e auxiliam a participar totalmente da realidade (LEININGER, 1991).

As famílias assentadas nessa localidade são oriundas de diversos acampamentos no Estado Rio Grande do Sul, e a área geográfica total do assentamento é de 829,55 hectares. A distância geográfica da sede municipal é de 17 km, por meio de uma rodovia estadual. As estradas vicinais, em sua grande maioria, são cascalhadas, porém, em períodos de chuva, a condição de trafegabilidade torna-se restrita, prejudicando o transporte coletivo existente e o transporte escolar.

Na localidade não há posto telefônico e esse tipo de comunicação é desenvolvido pelas famílias por meio de aparelhos celulares. Esse equipamento encontra-se disponível em quase todas as famílias. Os moradores dispõem de energia elétrica, fornecida pela Rio Grande Energia (RGE), a partir do programa do governo federal Luz para Todos. No mês de setembro de 2009, iniciaram-se as construções das casas de moradia, todas de alvenaria, através de parceria entre Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), a Cooperativa Central dos Assentamentos do RS (COCEARGS) e a Caixa Econômica Federal (CEF).

Existem dois poços artesianos demarcados pela Fundação Nacional de Amparo à Saúde (FUNASA), contudo nenhum assentado dispõe de água canalizada por sistema público, tipo a Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN) ou da Prefeitura Municipal. O abastecimento das famílias é feito por poço artesiano ligado a uma caixa de água já existente na comunidade, sendo que a água é canalizada até as residências, por meio de “mangueiras

² DECRETO DE 12 DE DEZEMBRO DE 2006

³ Art. 1º Ficam declarados de interesse social, para fins de estabelecimento e a manutenção de colônias ou cooperativas de povoamento e trabalho agrícola, nos termos do art. 2º, inciso III, da Lei nº 4.132 de 10 de setembro de 1962

⁴ (Processo INCRA/SR-11/nº 54220.002300/2006-61)

⁵ O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, atestada a legitimidade dominial privada das mencionadas matrículas, fica autorizado a promover e executar as desapropriações dos imóveis rurais de que trata este Decreto, na forma prevista na Lei nº 4.132, de 10 de setembro de 1962, e Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941, e a manter a área de Reserva Legal e preservação permanente prevista na Lei nº 4.771, de 15 de setembro de 1965, preferencialmente em gleba única, de forma a conciliar o assentamento com a preservação do meio ambiente.

pretas”, tubos de borracha de cor preta, instalados pelos moradores, ou por um poço artesiano particular, situado no lote.

O lixo orgânico do assentamento é reaproveitado na adubação. O restante, mesmo o lixo reciclável, é queimado ou aterrado. Nas embalagens de agrotóxicos é realizada a tríplice lavagem e, posteriormente, estas são entregues na Associação de Vendedores de Defensivo da Região das Missões (ARMISSÕES).

Como forma de lazer, há o time de futebol de campo, que as famílias estão buscando reorganizar. Além deste, há a estrutura de uma cancha de bocha, como espaço de uso coletivo. Faz-se presente a religiosidade, predominando o catolicismo, com uma igreja próxima ao assentamento, seguido pela religião evangélica.

Há cerca de um ano, a Secretaria Municipal de Saúde incluiu a comunidade assentada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), beneficiando a comunidade com uma agente comunitária de saúde, que realiza mensalmente visitas domiciliares as famílias. Não há unidade de saúde no local, nem unidade móvel que atenda a localidade. Em casos de necessidade, os assentados se dirigem ao posto de saúde na sede do município, ou ao município vizinho, porém enfrentam problemas com o número de fichas de atendimento.

O assentamento apresenta uma organização interna, chamada de Núcleos de Organização, divididos conforme a disposição geográfica dos lotes. Cada núcleo tem um conselheiro, uma espécie de líder escolhido pelos assentados, e que compõem a Coordenação Geral do Assentamento. A função dos conselheiros é a de ser articulador entre os diversos núcleos, um ouvidor das famílias, responsável também pela propagação das informações gerais e normas oriundas do movimento nacional. Quando surgem questões mais amplas, que, direta ou indiretamente, sejam do interesse do assentamento, é convocada uma assembleia geral, da qual participam os conselheiros e as famílias assentadas.

Como organização social coletiva e organizada, o assentamento encontra-se inserido no Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) nacional e, no Rio Grande do Sul, na Regional⁶ Missões do MST. Contudo a Região Missões, da qual o assentamento pesquisado é integrante, atualmente não possui representante, pois se encontra em fase de organização.

A assistência técnica de infraestrutura agropecuária e social é realizada pela Cooperativa de Prestação de Serviços Técnicos Ltda (COPTec)⁷, escolhida por meio de

⁶ Regional Missões: O MST apresenta, em cada estado, uma estrutura organizacional denominada *grupos regionais do MST*, os quais têm um coordenador.

⁷ Cooperativa de Prestação de Serviços Técnicos Ltda. – COPTec - é uma sociedade cooperativa de Prestação de Serviços Técnicos em áreas de Reforma Agrária, fundada em 1996, com o propósito de desenvolvimento sustentável dos assentamentos de reforma agrária existentes no Estado do Rio Grande do Sul.

edital público sob coordenação do INCRA. Um dos trabalhos desenvolvidos pela cooperativa refere-se à avaliação e ao mapeamento das terras que compõem os lotes do assentamento em classes de aptidão de uso agrícola, conforme (Anexo E), permitindo, dessa forma, que as famílias assentadas implementem estratégias de plantio e produção agrícola, pois o cultivo agrícola das famílias consiste na produção de subsistência, composta por grãos, hortaliças, destacando-se o gado leiteiro. A bacia leiteira do referido assentamento encontra-se em fase de expansão, podendo resultar em melhorias das condições econômicas das famílias.

Seleção das famílias da pesquisa e critérios de inclusão

As pesquisas fundamentadas nos métodos qualitativos são construídas para fornecerem uma visão de dentro do contexto pesquisado, pela ótica de seus sujeitos. Dessa forma, caracterizam-se por estudar pequenos grupos de pessoas, selecionados de acordo com critérios previamente estabelecidos conforme os objetivos do estudo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

O assentamento é constituído por 53 lotes de terra, sendo que, no período do estudo, apenas 48 lotes encontravam-se ocupados, e os demais lotes aguardavam edital público a ser lançado pelo INCRA para serem ocupados. As famílias residentes no assentamento são compostas por crianças, jovens, adultos e idosos, num total aproximado de 144 pessoas (COPTTEC, 2010).

Para a seleção das famílias participantes do estudo foram obedecidas as seguintes etapas: após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, solicitou-se uma reunião com as famílias para apresentação e discussão do projeto aprovado, da qual participaram nove famílias. Selecionaram-se intencionalmente as famílias que fizeram parte da pesquisa, levando-se em consideração os critérios de inclusão.

Como critérios de inclusão para o presente estudo, estipulou-se: que as famílias participantes do estudo foram as que compareceram na reunião de apresentação e discussão do projeto de pesquisa e que atendiam ao critério de serem moradoras do assentamento há, no mínimo, dois anos. O recorte temporal de dois anos foi estipulado por se acreditar que, com período inferior, a família não se encontraria integrada ao contexto sociocultural que permeia a comunidade ou território local. Nas entrevistas participaram os sujeitos de famílias

assentadas maiores de 18 anos.

O número de famílias acompanhadas delimitou-se pela saturação dos dados, totalizando quatro famílias acompanhadas, que, conforme Víctora; Knauth; Hassen (2000, p.51), define-se por:

[...] o universo empírico deve prever ainda o número de pessoas [...], o chamado n da pesquisa quantitativa. Na pesquisa qualitativa esse número não é determinado por um cálculo amostral, tampouco rígido. Ele é indicado pela própria saturação ou recorrência dos dados, isto é, aquele momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à investigação.

Para Pires (2008, p.198.), a saturação denomina-se “saturação empírica”, designando o fenômeno pelo qual o pesquisador julga que os últimos documentos, entrevistas ou observações não trazem mais informações suficientemente novas, ou diferentes, para justificar uma ampliação do material empírico. Esse mesmo autor observa, ainda, duas funções básicas do processo de saturação, sendo elas: em primeiro lugar indica o momento em que o pesquisador deve encerrar a coleta de dados, de modo a evitar desperdício de provas, tempo e dinheiro; e, em segundo lugar, permite a generalização dos resultados para todo o universo que está sendo analisado.

Coleta de dados

O estudo desenvolveu-se com base na etnoenfermagem de Madeleine Leninger (1991), a qual desenvolveu a expressão “guias habilitadores”, como recurso para explicar o cuidado cultural. Os guias habilitadores utilizados para a coleta de dados compreenderam o modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), a entrevista, o diário de campo e a construção do genograma e do ecomapa. A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2011, totalizando 36 dias de convívio no contexto familiar e social das famílias assentadas, perfazendo um total de 192 horas e 30 minutos de observação.

As fontes de informações dos estudos que envolvem a etnoenfermagem são denominadas de informantes-chave e gerais. Os informantes-chave são sujeitos selecionados atentamente e intencionalmente dentre as pessoas da cultura, por apresentarem um conhecimento aprofundado sobre o assunto objeto da pesquisa. Esses informantes são utilizados para descrever as normas, valores, crenças e modos de vida da cultura, normalmente interessados e dispostos a participar do estudo. Os informantes gerais, via de

regra, não possuem conhecimento muito intenso sobre o componente do estudo, mas têm ideias e domínio geral do tema e estão dispostos a colaborar no provimento de informações (LEININGER, 2006).

No presente estudo, considerou-se informante-chave uma pessoa de cada família, com quem se realizou um convívio mais intenso e com a qual o pesquisador manteve um diálogo intenso e aprofundado por este apresentar alguns critérios, como maior facilidade de comunicação, por representar e traduzir as normas, as crenças, os hábitos culturais e também por manter interesse e disposição em informar o pesquisador sobre a temática do estudo. Os demais participantes foram considerados informantes gerais.

Os Guias Habilitadores

O Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R) deriva-se da técnica de **observação participante** porém transformado para incluir a reflexão (LEININGER, McFARLAND, 2006, p.52). O-P-R compõem-se de quatro fases, apresentadas na Figura 1.

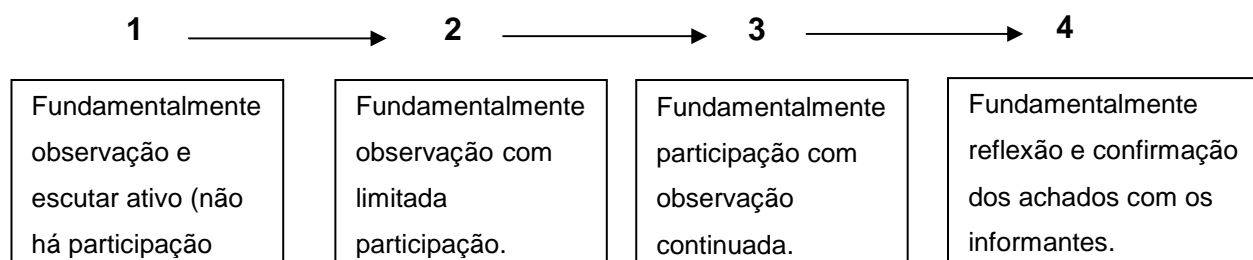


Figura 1 – Fases da Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), adaptado de LEININGER (2006, p. 52).

Na primeira fase, o pesquisador realiza apenas a observação, de forma distante e próxima do fenômeno observado; é quando ele adentra no mundo dos informantes e tem uma visão ampla do contexto cultural do local de estudo. Para a primeira fase utilizou-se como guia de observação o roteiro proposto por Víctora; Knauth; Hassen (2000, p.63 Anexo A). Nesse primeiro momento, ao entrar no campo de pesquisa, buscou-se tomar conhecimento de tudo o que acontecia no ambiente familiar, incluindo as atitudes, as normas, a linguagem verbal e não verbal, e observou-se, ainda, o ambiente interno e externo das residências, os anexos. Também nessa fase, constrói-se o genograma, junto com as famílias, para conhecer os

integrantes de cada família e demais aspectos relevantes.

Na segunda fase, continua ocorrendo a observação, porém com alguma participação do pesquisador; assim, começam também algumas conversas informais, o observador interage com os informantes-chave e observa suas respostas e ações. Nesta fase do método da observação, acompanhou-se mais intensamente os informantes-chave em suas atividades diárias, visando obter aproximação mais intensa e uma observação mais detalhada. Durante a convivência familiar tive a oportunidade de constatar algumas dificuldades enfrentadas pelos assentados no que refere-se aos serviços de saúde, sendo que, inúmeras vezes, fui questionada acerca dos problemas que envolviam o atendimento em saúde do município. Ainda, foi possível observar, junto as famílias, práticas de cuidado envolvendo o uso de medicamentos, as práticas alternativas como o uso de chás medicinais, presença da religiosidade, crenças, bem como costumes diversos que representam a diversidade cultural existente no local.

Na terceira fase, a participação do pesquisador se tornou mais ativa e a observação apresentou uma diminuição, porém, não desapareceu. O envolvimento que ocorre entre o pesquisador e os informantes possibilita apreender as visões de mundo, sentimentos e vivências dos sujeitos. Viveram-se intensivamente diversas circunstâncias que envolviam a comunidade, ouviram-se relatos, participou-se de eventos sociais e a pedido dos assentados acompanhou-se uma mostra de arte e de uma feira da agricultura familiar. Nesta fase, e de posse de muitas informações prévias, e pela riqueza dos dados envolvendo o objetivo do estudo, foi possível desenvolver as entrevistas.

Na quarta fase, e última, o pesquisador faz observações reflexivas, quando repensa o fenômeno observado e avalia as informações encontradas; é um olhar para trás, período em que os informantes são novamente buscados, para discutir os resultados. (LEININGER, 2006). Essa fase requereu uma sistematização e uma imersão intensa nos dados, com o intuito de concretizar com qualidade o encerramento da pesquisa. Esta fase aceita, retornou-se ao local da pesquisa para discutir os achados com os pesquisados, oferecendo maior fidedignidade aos resultados. Considerou-se essa a fase mais delicada e difícil, pois são muitas informações reunidas. Muitos foram os questionamentos e angústias presentes.

É importante destacar que a reflexão, mesmo sendo mencionada apenas na quarta fase, é parte integral e essencial do método etnoenfermagem, pois possibilita refletir sobre todos os aspectos do contexto em estudo. A reflexão em todas as fases garante uma acurada observação, produção de dados e interpretação (LEININGER, 1991).

Para o registro das observações, foi utilizado um **diário de campo**, que consiste em um caderno de notas em que o investigador vai anotando o que observa e que não é objeto de

nenhuma modalidade de entrevista, dia por dia (MINAYO, 2008). Nele são inscritos as impressões pessoais que vão se modificando, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, dentre outros aspectos (MINAYO, 2008). O registro das observações foi precedido por uma identificação que consiste na data, o horário, o local e as situações observadas naquele período.

Para a coleta de dados também foi utilizado, outro guia habilitador, uma **entrevista** semiestruturada (Apêndice A), a qual se considera como um componente complementar à observação. A entrevista semiestruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente, facilitando uma abordagem e assegurando que as hipóteses ou os pressupostos do estudo serão cobertos pela conversa (MINAYO, 2008).

As entrevistas ocorreram quase ao final trabalho, especificamente na terceira fase do modelo O-P-R, momento em que ocorreu uma participação mais intensa do pesquisador com as famílias no intuito de aprofundar o objeto de estudo. Para a realização das entrevistas, agendou-se antecipadamente o horário, buscando respeitar as peculiaridades que compõem uma rotina de atividades diárias de um ambiente rural.

Também foram construídos, no domicílio das famílias, o **genograma** para descrever a categoria estrutural aspecto interno, subcategoria composição familiar, e o **ecomapa** para apresentar a categoria aspecto externo, subcategoria sistemas mais amplos das famílias assentadas, permitindo identificar as redes de apoio (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

O genograma (Anexo B) e o ecomapa (Anexo C) permitem a apreensão da realidade por parte do enfermeiro sobre os cuidados a serem dispensados às famílias, bem como revelam os seus intercâmbios, as suas conexões com o meio social em que vivem. O genograma busca ponderar sobre a família como um todo, negando-se a visualizar apenas fenômenos isolados.

Conforme as autoras Wright; Leahey (2009, p.66), o genograma

[...] como instrumento de participação, é útil para aplicação durante a primeira reunião com a família [...]. Tende a seguir gráficos convencionais genéticos e genealógicos. É uma árvore familiar.

O ecomapa é parte integrante do genograma, possibilitando uma visão geral da família. As autoras Wright; Leahey (2009, p.74) afirmam que

[...] o objetivo do ecomapa é representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. O ecomapa desloca a ênfase do genograma histórico para o atual funcionamento familiar e seu contexto ambiental.

O ecomapa é um diagrama (Anexo D), feito por linhas que configuram os vínculos e círculos externos, tendo o genograma da família ao centro, apresentando as relações importantes, como saúde, ou as relações conflituosas existentes (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

A construção do genograma ocorreu no primeiro dia de acompanhamento de cada família, e o ecomapa foi construído após as entrevistas.

Análise dos dados

Leninger (2006) propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais. A fase I refere-se à coleta e documentação dos dados brutos; a fase II, à identificação dos descritores e indicadores; a fase III, à análise contextual e de padrões atuais; e a fase IV, à identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa.

O processo sistemático de análise dos dados é extremamente detalhado e é essencial para entender os dados e para trilhar de volta os resultados e conclusões. Esse processo de análise dos dados é detalhado e rigoroso, mas essencial para conhecer o critério de análise qualitativa, mostrando como o pesquisador encontrou o critério de credibilidade, padrões recorrentes, confirmabilidade, significado-em-contexto, e outros pressupostos do estudo qualitativo. A seguir, o detalhamento das fases de acordo com as orientações de Leininger (2006).

Primeira Fase: Trata-se de coletar, descrever e documentar dados brutos (utilização de diário de campo) e começar a analisar dados relacionados ao propósito, domínio da investigação, ou questões sob estudo. Os dados colhidos nessa fase forneceram subsídios para a elaboração dos relatórios/resumos expandidos que continham a descrição detalhada do cenário de estudo, a construção do genograma, interpretações prévias, identificação de símbolos (percepções culturais). Esta fase corresponde a uma descrição densa e detalhada do cotidiano das famílias estudadas pelo método etnográfico (GEERTZ, 1989), buscando semelhanças e diferenças existentes na prática do cuidado. A leitura e releitura de todos os dados brutos foram importantes para esclarecimento de dúvidas e para a análise final.

Segunda Fase: Ocorre a identificação e categorização dos descritores e componentes. Os dados brutos, com relação à questão em estudo e domínio da investigação, são codificados e classificados pelas similaridades e diferenças. Os componentes recorrentes também são estudados pelos seus significados. As informações e interpretações são confirmadas com os informantes-chave, fornecendo credibilidade aos dados.

Terceira Fase: É a identificação dos padrões recorrentes. Os dados são examinados

para descobrir a saturação de ideias, determinação dos padrões de significado, expressões, formas estruturais, interpretações ou explicações de dados referentes ao objeto de estudo. Nessa fase ocorreram a transcrição e o registro de informações colhidas pelas entrevistas com informantes-chave e informantes gerais, e foram acrescentadas informações decorrentes da observação participante.

Quarta Fase: Constituem-se os temas principais, resultados de pesquisa, formulações teóricas e recomendações. Esta é a maior fase de análise de dados, da qual se abstrai os resultados da pesquisa. Essa fase foi complexa, exigiu a síntese de pensamento, análise da configuração, interpretações de resultados e a formulação criativa dos dados de fases anteriores.

Considerações éticas

A presente investigação foi permeada, em todos os momentos, pelo direito das famílias envolvidas à sua privacidade, não havendo exposição pública de seus integrantes ou das informações. Para o desenvolvimento desta pesquisa, seguiram-se as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina os critérios para a realização da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2003).

Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), as famílias participantes do estudo foram informadas individualmente acerca dos objetivos da pesquisa, da privacidade, dos benefícios, dos riscos e da não obrigatoriedade de sua participação, podendo, a qualquer momento, solicitar sua exclusão. O TCLE foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada família participante do estudo e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos.

Providenciou-se para as famílias o Termo de Confidencialidade (Apêndice C), devidamente assinado pelos pesquisadores, antes do início da coleta de dados. Também se deixou claro que as informações obtidas a partir deste estudo, mediante as observações e a entrevista semiestruturada, serão de uso exclusivamente científico para a área de enfermagem, e que as gravações e transcrições das entrevistas, estão sob guarda e responsabilidade da Professora Pesquisadora Dr^a. Maria de Lourdes Denardin Budó, na sala 1305A do prédio 26 da UFSM, até julho de 2016. A transcrição das entrevistas e os seus respectivos arquivos digitais encontram-se à disposição das famílias entrevistadas por cinco anos e, após esse

período, serão destruídas.

Em relação ao anonimato, resguardou-se a identidade dos sujeitos integrantes das famílias pesquisadas, considerando a individualidade, os valores e cultura de cada família participante do estudo. O sigilo das famílias participantes do estudo foi preservado por meio da utilização das letras S correspondente a “sujeito”, e Fde “família”, seguidas do número relacionado à ordem de realização das entrevistas. Como exemplo: SF01; SF02; e assim sucessivamente. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas com o consentimento dos sujeitos pesquisados.

Os procedimentos éticos foram respeitados, sendo o projeto de pesquisa registrado junto ao GAP (Gabinete de Projetos), SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos), e submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP/UFSM). Implementou-se o presente plano somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP), mediante o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) de número: 0356.0.243.000-10 (Anexo E).

CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Para melhor visualização e compreensão da comunidade, apresenta-se uma breve contextualização de alguns aspectos sociodemográficos e socioculturais das famílias assentadas.

A chegada das famílias ao assentamento

A construção de um assentamento ocorre após a conclusão do processo de desapropriação da terra, o deslocamento e a chegada das famílias sorteadas à localidade, conforme normas do MST, para tomar posse da terra e fazer a divisão da mesma em lotes.

Inicialmente, ao chegaram ao local destinado, em meados do ano de 2007, as famílias, em sua maioria de origem urbana, se instalaram nas benfeitorias existentes, aguardando a medição dos lotes realizada pelas próprias famílias, em forma de mutirão. Os lotes compreendem em média de 11 a 15 hectares cada um, sendo que aqueles com 15 hectares são constituídos por áreas de proteção ambiental, com mata nativa, vertentes de água, restando para o cultivo em média de 11 a 12 hectares de terra.

Posteriormente à medição dos lotes, as famílias montaram suas barracas de lona preta e alguns de seus integrantes buscaram trabalho nos arredores, como no corte da cana, roçadas, colheitas de maçã, de milho, dentre outros. Isso tinha o propósito de garantir a sobrevivência junto à terra, e adquirir material higiene e limpeza, os equipamentos para trabalhar com a terra, tipo facas, facões, foices, e outros.

A busca pelo trabalho nas circunvizinhanças decorreu do atraso do apoio a fundo perdido, denominado de fomento⁸, que é enviado em duas parcelas, apresentou atraso em sua liberação, e as famílias receberam do INCRA, apenas durante quatro meses, as cestas básicas, como ajuda inicial.

Segundo as famílias, costumeiramente o fomento apresenta morosidade na sua liberação, conforme os depoimentos registrados no diário de campo:

O que mais te ajuda é o trabalho fora da terra, nas colheitas, porque é pouco dinheiro. Hoje estamos bem. [...] por certo tinha que ser diferente [...] mas não chegou recurso, o projeto [construção do galpão, aquisição de ordenha,

⁸ Fomento é um instrumento para promover e estimular o desenvolvimento. Forma ágil de apoiar projetos que podem gerar empregos e renda para a sociedade. (Fonte: <http://www.fomento.to.gov.br>).

resfriadores e tachos] está pronto e foi enviado. [...] o que temos foi construído com dinheiro nosso. (fragmento diário campo, 14/02/2011)

Devido a essa lentidão, as famílias, com auxílio da COPTEC, buscaram junto aos mercados municipais uma linha de crédito, sendo que apenas um mercado aceitou realizar a venda, o que configurou entre as famílias o sentimento de agradecimento e dever moral de realizar sempre o seu “rancho mensal” (a compra do mês) junto a esse estabelecimento.

No presente há ainda famílias que mantêm o hábito de trabalhar nas cercanias, nas colheitas de maçãs em Vacaria, na colheitas de uvas na Serra Gaúcha. Tal atitude deve-se ao fato de o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF)⁹ ser vinculado a projetos, sendo liberado o recurso financeiro apenas após a aprovação dos mesmos.

No exercício da prática, isso significa que o assentado chega ao lote, em sua grande maioria, sem dinheiro para tornar o lote produtivo ou para aquisição dos animais para compor a sua bacia leiteira, ficando à mercê da exploração social como empregado ou do superfaturamento dos bens e utensílios imprescindíveis para “tocar a vida”. Essa sujeição desencadeia um modo de vida precário por pelo menos um ano, resultando inúmeras vezes no abandono da terra, evidenciando que o programa de reforma agrária, como um todo, ocorre em total desconexão com a realidade.

O tempo de moradia em barraca de lona foi variável, em média de um ano, sem água encanada, sem luz, como se estivessem em um acampamento, porém com um diferencial: agora eram donos de um pedaço de terra. Entretanto, encontravam-se abandonados à própria sorte, parcialmente isolados, pois cada família tinha que cuidar do seu lote, em um contexto totalmente desconhecido e rodeado de incertezas e desconfianças. Após um período de adaptação e já relativamente mais bem estruturadas as famílias conseguiram construir, com recursos próprios, pequenas casas de madeira, que hoje servem como depósito ou galpão, e somente no ano de 2009 foram liberados recursos pelo INCRA para que fossem construídas as casas de alvenaria.

Moradia e o ambiente externo

A construção das casas, sejam estas de madeira, inicialmente, ou de alvenaria, passou

⁹ PRONAF: trata-se de uma política pública (linha crédito) para aquisição de insumos que objetivam tornar a terra produtiva, sendo apenas liberado ao assentado após este encontrar-se residindo no lote e em conformidade com os projetos desenvolvidos pelo assentado junto à COPTEC. Para acessar a linha de crédito, o assentado não pode possuir dívida ativa e não deve estar incluído na Centralização dos Serviços dos Bancários S/A (SERASA). (Fonte COPTEC 2011)

a ser, além do abrigo físico, uma referência para as famílias nas questões da alimentação, qualidade de vida, saúde, bem como um instrumento de proteção ao patrimônio e motivo de orgulho. Pode-se afirmar que as famílias consideram-se, a partir desse momento, como integrantes de uma comunidade.

Ao falar da casa e da terra, [o assentado] gesticula, percebe-se o orgulho pelo patrimônio construído que se traduz na sobrevivência, bem como é responsável por ajudar a família economicamente (fragmento diário de campo, 14/02/11).

Outra demonstração de alegria encontra-se na fala das famílias, conforme registro no diário:

“nada melhor do que morar no que é da gente” (fragmento diário de campo, 04/03/11)

As atuais casas de alvenaria das famílias pesquisadas são padronizadas com 42 m², com água encanada a partir de poços artesianos, construídos pelas próprias famílias, e com energia elétrica. Externamente, as casas se apresentam com chapisco, aberturas de ferro, de qualidade inferior, associadas a janelas tipo basculante, piso cerâmico (lajota) no chão. As casas não têm pintura ou reboco interno, há ausência de forro, as telhas são de fibrocimento, tipo Brasilit. As divisões consistem em quatro peças, sendo dois quartos, um banheiro e uma sala-cozinha. Nos quartos, com portas de madeira ou cortinas, encontram-se as camas, sejam elas tipo box, camas de madeira, berços e até mesmo, apenas, colchões para dormir. Para armazenar as roupas, foram encontradas caixas de papelão, armários tipo guarda-roupa, prateleiras e armários improvisados, juntamente com diversos pregos afixados nas paredes.

Verificou-se, ainda, que os quartos apresentam também a função de depósito, de guarda-volumes diversos. O banheiro é rebocado internamente, com lajota no espaço destinado ao banho, até a metade da parede, e é constituído por uma pia, um vaso sanitário e uma caixa d'água, tudo na cor branca, além de um chuveiro elétrico, não havendo no local um cabide para toalhas, ficando as mesmas atrás da porta, penduradas em um prego. Na sala-cozinha, peça maior da casa, na sua maioria se encontram: estantes, televisões coloridas, aparelhos de DVD e videogame, e sofás, mesas cadeiras, balcões, balcão-pia aéreo, fruteiras, forno elétrico, fogão a gás, fogão a lenha, geladeira, *freezers* verticais, lavadora de roupas, utensílios domésticos diversos, eletrodomésticos e filtros de água. Conforme informações obtidas, todas as famílias do assentamento pesquisado receberão uma verba federal suplementar para aplicar em melhorias nas casas.

No ambiente externo que compõe o pátio e arredores, observou-se, em algumas residências, situadas mais próximo às mesmas, a presença de antena parabólica, mudas de frutíferas e de árvores para sombra, gramíneas, flores e cerquinhas para embelezar. A certa

distância encontram-se os galpões para armazenar produtos médico-veterinários, sementes, rações, abrigar a estrutura para realizar a ordenha diária do leite. Encontram-se também nos galpões carroças¹⁰ e demais equipamentos para labuta diária na terra. Verificou-se no ambiente externo de algumas residências, e localizada nos fundos, a presença de uma latrina, a qual ainda é utilizada como destinação final de fezes e urina.

Visualizaram-se, no pátio, um pouco de lixo jogado em diversos pontos (sacos plásticos, latas de cerveja e enlatados, tocos de cigarro, vidros, garrafas pet), restos de lixo queimado, escoamento de dejetos da cozinha ao ar livre, fossas sépticas, sendo algumas cobertas, outras parcialmente, e ainda fossas não instaladas, exalando um odor fétido e implicando em um sério problema de higiene e saúde pública, oferecendo riscos à saúde das famílias. Na residência de uma das famílias havia uma horta fechada por tela, com tempero verde, algumas mudas de rúcula para salada, e de ervas para chás. Em outra se encontrava-se uma horta para alguns chás. As plantações nos arredores são diversas, juntamente com os piquetes¹¹ nos quais estão as pastagens para o gado.

Alimentação

Na concepção cultural das famílias, a alimentação dá a força para enfrentar o trabalho diário, conforme observação e apontamentos do diário de campo.

“te serve de novo, a tarde é longa” (fragmento diário campo, 15/01/2011)

As principais refeições das famílias e os respectivos horários são variáveis, dependendo das atividades, sendo distribuídos em café da manhã entre 8 h e 9 h; almoço entre 11:30 h e 13 h; e jantar entre 19 h e 21 h. Não foi verificado hábito de lanche no intervalo das refeições principais, porém percebeu-se que, quando alguém está com fome, dirige-se à cozinha e busca algo para comer, como bolos, uma fatia de pão, ou uma fruta, se houver.

Com relação aos alimentos, o café da manhã não costuma ser hábito rotineiro dos adultos nas famílias, porém, quando o fazem, consiste em: pão, com margarina, schmier¹² ou geleia acompanhada de embutido industrializado (mortadela), uma xícara de café preto ou café com leite. Algumas vezes são realizadas frituras de empanados e carnes. Entretanto, nas famílias com crianças, o café da manhã é oferecido a elas, sendo na maioria das vezes composto por leite com achocolatado, café com leite, pão, pão molhado no leite, mingau de pão com café com leite. Ainda se verificou a ingestão, no café da manhã de alimentos tipo

¹⁰ Carro de duas ou quatro rodas puxado por um animal de tração, tipo cavalo, boi ou burro. A finalidade da carroça consiste em transportar cargas.

¹¹ Significa um pequeno espaço, delimitado, no qual os animais estão soltos para se alimentarem

¹² Schmier: típico doce da culinária alemã que se passa sob o pão

salgadinho de milho industrializado.

A falta de hábito de tomar café pela maioria dos adultos integrantes das famílias parece estar relacionada ao fato de, ao acordarem pela manhã, primeiramente tomarem chimarrão¹³, em jejum, e em seguida dirigiram-se ao local da ordenha para iniciar suas tarefas diárias. Após ordenharem as vacas leiteiras, acondicionam o leite nos resfriadores ou *freezers*, e já partem em direção à rotina diária de trabalho na terra, como capinar, arrumar cerca, fazer piquetes. A não implantação do hábito de alimentar-se pela manhã reflete uma desinformação acerca da importância do desjejum, ou pode estar associada, e de certo modo, a um costume enraizado na cultura das famílias, oriundo do período em que moravam nos centros urbanos, nos quais a vida diária, segundo informações das famílias assentadas, consistia em levantar cedo, dormir tarde e trabalhar muito, sem haver tempo para as refeições, ou sendo realizadas apressadamente.

A alimentação básica das famílias compõe-se de carboidratos. No almoço, as famílias costumam ter como prato principal arroz, feijão preto, acompanhados por uma proteína animal, um outro carboidrato, e, se possível, saladas. Os demais carboidratos presentes nas refeições diárias compreendem batata inglesa, massa, mandioca, batata doce, milho refogado com batata inglesa, polenta. As proteínas animais correspondem à carne de gado suíno ou bovino, sendo esta frita ou assada. As saladas, quando disponíveis, são de radiche, rúcula, repolho, tomate, cebola e alface, sempre temperadas com gordura animal ou vegetal e vinagre, porém nem todos os integrantes das famílias se servem da mesma. Acompanhando as refeições, as famílias têm por hábito ingerir sucos artificiais ou água.

Quando ocorre um episódio denominado de “carneança” (abate de algum animal) por uma família, várias outras são convidadas a participar. Esse evento assemelha-se a uma confraternização e pode encontrar-se associado a alguma data festiva, como aniversários, ou estar relacionado ao consumo próprio. Trata-se de um dia regado a conversas alegres, histórias animadas, trabalho coletivo entre homens e mulheres, trocas de experiências, tudo de modo descontraído. Nesse dia, o prato principal consiste em churrasco, podendo ser acompanhado de refrigerantes e cervejas. A família dona do animal abatido eventualmente vende parte da carne excedente aos vizinhos, ou, dependendo da situação, presenteia os ajudantes.

Não foi identificado o costume de consumir frutas regularmente, nas casas, pois elas

¹³ Chimarrão: uma bebida, um hábito legado pelas culturas indígenas, em especial a guarani, presente nas culturas do sul do Brasil, Mato Grosso do Sul, parte da Bolívia e Chile e em todo o Paraguai, Uruguai e Argentina. O chimarrão é preparado com erva-mate, resultando em uma bebida, geralmente servida quente, sob a forma de infusão. Fonte: Revista Gestão e Planejamento, Salvador, v.11, n 2, p.157-75, jul/dez 2010.

precisam ser compradas nos mercados das cidades, o que se torna oneroso financeiramente e difícil, pois as famílias teriam que ir semanalmente à cidade para adquiri-las. Tal fato explica-se, pois os lotes são oriundos de uma fazenda em que predominava a monocultura em larga escala (soja e trigo), quase não havia frutíferas, sendo que, aos poucos, elas foram plantadas pelas famílias dos assentados. As frutas encontradas foram banana e manga, adquiridas em uma fruteira da cidade.

Religiosidade

A religiosidade mantém-se presente nas famílias, oscilando entre evangélicas e católicas. Inicialmente, ao chegarem à comunidade, as famílias buscaram realizar uma aproximação com a igreja católica, o clube de mães e outros eventos que ocorriam no salão paroquial da comunidade. Contudo, conforme relatos houve grande resistência, resultando em um afastamento das atividades sociais, sem, contudo, desligarem-se da igreja. Muitos realizaram batismos, comunhão, crisma, pagaram dízimos, dentre outras taxas. Algumas mulheres se associaram ao clube de mães, na esperança de fortalecerem o vínculo, conforme registro em nota de diário.

Comunidade e assentamento estão separados: *“houve abaixo assinado para nós não irmos, na igreja não dá para ir, tem preconceito, as crianças não estão batizadas, tem que pagar dízimo e não aceitaram batizar uma criança do assentamento com uma criança da comunidade. Já mudou, mas ainda tem muito preconceito”*. (fragmento diário de campo, 07/03/2011)

Algumas famílias eventualmente frequentam a igreja, porém consideram uma bobagem casar para poder participar. No assentamento, as famílias reclamam que não conseguem batizar as crianças porque os pais não são casados perante a igreja, mesmo os pais tendo feito a comunhão, a crisma. Para batizar, segundo fala de uma das famílias: *“o padre quer colocar mãe solteira, mas não sou mãe solteira”*. Ainda conforme fala: *“Penso ser bobagem casar para batizar, há igrejas que não precisa”*. Segundo as famílias, os padrinhos dos filhos são escolhidos pelos pais, sendo estas pessoas com quem se criou um vínculo, e referem que a comunidade tem mais famílias oriundas do assentamento na igreja do que da própria comunidade, e que eles (igreja) precisam se adaptar. Inicialmente, argumentam as famílias, (os fiéis da igreja) olhavam de modo estranho, e concluem: - *“às vezes... acho que não tem mais preconceito, não vejo”, “sou sócia do clube de mães”* (fragmento diário de campo, 08/03/2011)

Segundo as famílias, esse esforço quase foi em vão. Apesar de algumas famílias permanecerem, a grande maioria optou por desistir da filiação religiosa, devido às altas taxas cobradas e impostas, sendo que os estigmas permaneciam. Assim, fortaleceu-se a vertente

evangélica, que já era presente junto aos acampamentos, com planos de construção de uma igreja. Algumas famílias referem curas efetuadas pelas orações dos pastores evangélicos, curas pela fé, atendimento de solicitações em forma de reza e realizações de votos.

Produção agrícola

As famílias moradoras do assentamento produzem parte daquilo que consomem e para auxiliar as famílias a desenvolver um manejo adequado da terra e dela extrair toda a sua potencialidade, recentemente as terras foram avaliadas e mapeadas em classes de aptidão de uso agrícola pela COPTec, que tem, entre outras funções, realizar um trabalho de orientação e acompanhamento da produção das famílias.

A cultura principal de comercialização, que fornece o sustento das famílias, é baseada na bacia leiteira. Cada família, em média, possui de 10 a 40 cabeças de gado. Um pouco do leite é utilizado para o autoconsumo e o excedente da produção leiteira é vendida *in natura* para uma cooperativa de leite criada com o auxílio da COPTec pelos próprios assentados, ou para outra cooperativa localizada em uma cidade vizinha. No momento da pesquisa, as famílias, não produziam derivados, tipo queijo, nata, manteiga.

As famílias, mais especificamente um grupo de mulheres, se encontravam em fase de organização para a implantação de uma padaria comunitária na sede social do assentamento, e para a produção em larga escala de hortigranjeiros visando à alimentação escolar. Conforme a Lei Federal 11.947/09¹⁴, a merenda escolar deve ser, preferencialmente, produzida dentro do próprio município, determinando que 30% dos produtos da alimentação escolar sejam provenientes da agricultura familiar. O objetivo dessa lei foi orientar e facilitar que os itens produzidos pelos pequenos agricultores cheguem às escolas da rede municipal e estadual, tornando-se para as famílias uma fonte alternativa de subsistência.

Atualmente, as famílias plantam alimentos para que não lhes falte o básico, conforme nota do diário.

[...] (dona do lote) me chama, encontra-se na plantação de batata doce. Ao

¹⁴ Regulamentação da Lei 11.947/09, determina a utilização de no mínimo 30% dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) na compra de produtos da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural para a alimentação escolar. Com isso, cerca de 47 milhões de alunos da rede pública de ensino de todo o país terão a oportunidade de consumir produtos oriundos da agricultura familiar.

Fonte: <http://www.mda.gov.br/portal/noticias>

aproximar-me, informa que já faz 30 dias sem a ocorrência de uma precipitação adequada (chuva). – “*Veja só...*” – apontando para milho e para o chão onde está escavando algumas batatas doces para o almoço – “*o milho não desenvolveu, é a segunda remessa que eu perco, não colho nada, terei que cortar para dar para as vacas para elas se alimentarem. O chão, veja só, aqui nas batatas está seco, duro*” (fragmento diário campo 23/03/2011).

A subsistência é garantida pela plantação de batata doce, mandiocas, abóboras em diferentes variedades, melão, amendoim, milho, pipoca, aveia, azevém, melancia, alho, cebola hortifrutigranjeiros e pela criação de animais, em especial avicultura, da qual se obtêm os ovos. Nem todas as famílias praticam suinocultura, pois consideram um grande investimento, com pouco retorno. Outras famílias estão buscando investir na fruticultura.

Terra e trabalho e sua conexão com o cuidado

A convivência intensiva permitiu descobrir que as famílias assentadas associam terra e trabalho como sinônimos de saúde. Para compreender e identificar o modo como agiam frente a situações que envolvessem o cuidado em saúde, foi preciso compreender que a terra e o trabalho constituíam-se nos elementos essenciais da vida. Somente após esse entendimento alcançou-se a compreensão do cuidado, pois esses dois elementos determinam quais são as prioridades das famílias.

Durante a permanência junto à comunidade pesquisada, foi possível perceber que cada família apresentava, de forma latente, a necessidade de demonstrar e mencionar intensamente a luta pela terra, de fazer referência à extensão geográfica que compõe o lote recebido e, imbricado a isso, encontrava-se o cuidado rotineiro para que pudessem trabalhar e desse modo garantir a sobrevivência.

As famílias, então, ao serem estimuladas a falarem sobre a luta pela terra, esclareceram que o processo iniciou-se com a aproximação ao MST e a inserção no acampamento, prosseguindo mesmo após o recebimento dos lotes, evidenciando que a terra deixa de ser apenas um espaço geográfico compreendido por uma metragem específica, passando a ser vinculada a questões de cidadania e justiça social, conforme falas registradas no diário de campo, resultantes da observação participante.

“Se comparar quem nós éramos antes e o que somos hoje, temos terra, somos pobre, mas nós nos mandamos” (fragmento diário campo 15/02/11)

“Trabalhar no que é da gente, fazer pra gente. Hoje trabalho pra mim, se trabalha e se passa bem” (fragmento diário campo 28/04/11)

Trata-se de uma conscientização iniciada no acampamento, no qual é realizado um

trabalho denominado de base, com o intuito de fortalecer as famílias no objetivo da luta. Discutem-se noções de cidadania, direito, que as famílias chamam de “erguer a cabeça”, desenvolvem-se noções de manejo e cultivo da terra. Porém, no lote as famílias são vítimas de pressão psicológica e assédio por parte dos grandes produtores rurais, denominados pelas famílias como “os granjeiros”, conforme nota do diário campo, embasada nos diversos relatos.

A pressão que as famílias vivenciam é intensa e contínua, pois são utilizados diversos argumentos, dentre os quais se destacam que o movimento MST irá terminar e que as famílias irão vender toda a terra e vão embora. A referida pressão, conforme apurado, busca atingir a autoestima das famílias, pois as palavras proferidas, segundo as famílias consistem em ‘você não são ninguém’. Contudo as famílias buscam seguir seus trabalhos e comentam que eles (os granjeiros) se enganam, pois “*nós aprendemos a não se entregar, nós temos nossos direitos e sabemos como fazer*” (fragmento diário de campo 10/03/11).

A justiça social é vista pelas famílias assentadas como receber a terra, pois a Terra é o objetivo, o objetivo de vida dos que ali se encontram, permitindo autonomia e liberdade, conforme registro que destaca a fala das famílias.

“É melhor a gente trabalhar no que é da gente, não depender de patrão. Nós éramos da cidade, aprendemos errando e fazendo, ninguém veio ensinar, [...] Trabalhar no que é da gente, fazer para a gente” (fragmento diário de campo 14/02/11).

Verifica-se que terra, ao apresentar-se como objetivo de vida das famílias assentadas, assume função primordial na mesma, pois é a partir dela e por meio das ferramentas de trabalho e de cuidado diário que o assentado reencontra autonomia, liberdade, sobrevivência, elementos que são considerados como saúde para as famílias.

Possuir um pedaço de terra e nele trabalhar configura-se como inclusão social, o que para as famílias assentadas, culturalmente, se traduz em uma forma de cuidado, apresentada como principal, pois traz a possibilidade de ter uma casa, que passa a ser um refúgio, uma segurança, permitindo conforto e qualidade de vida. A condição de residir sob uma lona no acampamento ou no lote recebido configura-se como uma desproteção, em não ser dono de nada, permeado por incertezas.

A tão sonhada terra que origina qualquer assentamento encontra-se entremeada por particularidades que envolvem o cuidado em saúde para as famílias, as quais devem ser conhecidas, compreendidas pela enfermagem, para que dessa forma seja possível realizar um cuidado cultural congruente.

ARTIGO 1

Relações familiares em assentamento rural na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul¹⁵

¹⁵ Artigo formatado para periódico Journal Of Family Nursing, Qualis A2. Cabe ressaltar que, o número de laudas compreendem um número superior do que o permitido pelos periódicos científicos. Nesse sentido, entende-se que tais questões serão retomadas no momento da submissão ao respectivo periódico.

Resumo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de vertente etnográfica, denominada etnoenfermagem, realizada em uma comunidade rural assentada na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O objetivo do presente estudo consiste em delinear a composição familiar e os vínculos extrafamiliares de famílias assentadas. Para a coleta de dados empregou-se o guia habilitador Observação-Participação-Reflexão,(O-P-R), o genograma e o ecomapa. A análise dos dados ocorreu com base na etnoenfermagem de Madeleine Leininger, a qual propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais constituídas pela coleta e documentação dos dados brutos; identificação dos descritores e indicadores; análise contextual e de padrões atuais; e a identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. Associada foi realizada uma avaliação estrutural por meio do genograma e ecomapa. O estudo permite visualizar que as famílias apresentam estruturas diversificadas, uma rede de vínculos extensa, porém de natureza variável.

Descritores: família, enfermagem, assentamentos rurais, cultura.

Introdução

Diversas são as construções teóricas visando definir a família, sem, contudo, existir uma unicidade conceitual. Na enfermagem, um dos conceitos reconhecidos define a família como: “quem seus membros dizem que são”.^{1:48} Trata-se de uma definição abrangente que permite respeitar a pluralidade de ideias, as experiências em saúde e doença, as relações e composições da família.

A família pode ser considerada uma relação social plena, suprafuncional, que se articula em várias dimensões guiadas pelo princípio da reciprocidade, que realiza trocas simbólicas de valores e práticas culturais entre gêneros, e entre gerações,² não se restringindo, portanto, a um grupo domiciliar.³

As famílias podem ser definidas como uma unidade constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, que tenham uma estrutura e organização própria em constante transformação. Famílias são pessoas que apresentam objetivos comuns para o grupo familiar, porém reconhecendo as individualidades e construindo uma trajetória própria de vida. Criam uma identidade própria, mas possuem e transmitem crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível socioeconômico.⁴

A família ainda pode ser entendida como um sistema ou unidade em que os membros podem ou não relacionar-se ou viver juntos maritalmente. Na composição desse sistema podem, ou não, haver infantes, sendo eles de um único pai ou mãe, ou não. No sistema prevalece um compromisso e um vínculo entre seus membros, e as funções de cuidado da unidade, as quais consistem em proteção, alimentação e socialização.⁵

Nas famílias, desenvolvem-se ou são aprendidas ações de cuidados considerados

domésticos, as quais são socialmente propagadas, legitimando a família como um ambiente cultural de cuidado. O cuidado cultural da família, sob a lente sociocultural da enfermagem, destaca-se na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC),⁶ por encontrar-se atrelada ao cuidado genérico, ou popular.^{6,7} Destarte, enuncia-se que a família configura-se como um sistema de saúde para seus membros, compondo-se em uma unidade de cuidado e parte integrante de um ambiente sociocultural.⁸

Em vista da complexidade e pertinência da temática, aliada ao significado que a família tem para a saúde, a enfermagem sente-se impelida a considerar o cuidado centrado na família.^{1,4} Porém, trabalhar com famílias requer do enfermeiro habilidades para identificar a complexidade das relações por meio das interações entre seus próprios membros e com a comunidade.³

As comunidades rurais apresentam peculiaridades que se refletem nos sistemas familiares, nos vínculos constituídos e comportamentos. Estudos envolvendo o campesinato expõem que, para conhecer o mundo rural, necessita-se primeiramente olhar para a família, pois a mesma apresenta-se como eixo central para entendê-lo.⁹ Portanto, para compreender o contexto do cuidado em saúde junto às famílias assentadas, deve-se visualizar fundamentalmente a família como núcleo central.

Entre as estratégias que possibilitam o desvelar da família, por meio do conhecimento das estruturas internas, formadas pela composição familiar, e as externas, formadas pelos vínculos que identificam as redes de apoio que fornecem sustentação às famílias, encontram-se o genograma e o ecomapa.^{1,3} A construção do genograma e do ecomapa tem por propósito obter informações importantes para o entendimento do sistema familiar.^{1,10}

O genograma e o ecomapa integram o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF),¹ compondo uma estrutura de avaliação multidimensional integrada, que tem como base teórica os sistemas.^{1,10} A construção do genograma e do ecomapa junto aos sujeitos e

famílias permite identificar os vínculos intrafamiliares pelo genograma, e os extrafamiliares através do ecomapa, facilitando a elucidação dos vínculos e redes de apoio. ^{1,10}

O genograma consiste, na enfermagem, em uma técnica, que vem sendo difundida como um método de avaliação clínica das famílias, por permitir detalhar a sua estrutura interna e o seu histórico, resultando em possibilidades para um melhor planejamento do cuidado às famílias. ^{1,11}

O ecomapa fornece uma visão ampliada da família, do seu ambiente externo, das suas relações e conjunturas sociais por meio de traçados que esboçam a estrutura que retrata a ligação da família com outros indivíduos que compõem o mundo. Trata-se de um diagrama das relações entre a família e a sociedade na qual encontra-se inserida, permitindo identificar os auxílios e a avaliar os apoios e suportes disponíveis. ¹

Para o presente estudo, adotou-se a categoria de avaliação estrutural com destaque para a estrutura interna – subcategoria composição familiar, e estrutura externa – subcategoria os sistemas mais amplos que envolvem as instituições sociais e pessoas com as quais a família tem contato significativo. ^{1,10}

Fundamentada na importância do sistema ou unidade familiar nos estudos em saúde, pergunta-se: quais as estruturas familiares internas e os vínculos externos que compõem as unidades familiares de um assentamento rural? Buscando responder ao questionamento, objetiva-se delinear a composição familiar e os vínculos extrafamiliares de famílias assentadas na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Metodologia

O presente estudo qualitativo, de natureza etnográfica, é parte integrante da dissertação de mestrado intitulada “Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem”. Na enfermagem, a etnografia denomina-se de etnoenfermagem, definindo-se como “estudos relativos ao campo cultural”. ^{6,7}

O cenário em que se desenvolveu a pesquisa foi um assentamento rural situado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, constituído por 53 lotes de terra, sendo que apenas 48 encontravam-se ocupados no período do estudo. A área geográfica total do assentamento é de 829,55 hectares. A distância geográfica da sede municipal é de cerca de 17 km, por meio de uma rodovia estadual. Os lotes compreendem em média de 11 a 15 hectares cada um, sendo que aqueles com 15 hectares são constituídos por áreas de proteção ambiental, com mata nativa, vertentes de água, restando para o cultivo aproximadamente de 11 a 12 hectares de terra.

Para a seleção das famílias participantes do estudo, foram obedecidas as seguintes etapas: após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, solicitou-se uma reunião com as famílias para apresentação e discussão do projeto aprovado. Participaram dessa reunião nove famílias. Selecionaram-se intencionalmente as famílias que fizeram parte da pesquisa, levando-se em consideração os critérios de inclusão.

Como critério de inclusão para o presente estudo, estipulou-se que as famílias participantes do estudo seriam aquelas que compareceram na reunião de apresentação e discussão do projeto aprovado e que atendiam ao critério de serem moradoras do assentamento há, no mínimo, dois anos. O recorte temporal de dois anos foi estipulado por se acreditar que, com período inferior, a família não se encontraria integrada ao contexto sociocultural que permeia a comunidade ou território local. Para a construção do genograma e ecomapa, participaram os sujeitos de famílias assentadas maiores de 18 anos.

O número de famílias acompanhadas delimitou-se pela saturação dos dados ¹², totalizando quatro famílias acompanhadas. Para a coleta de dados utilizou-se o Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R) de Leininger, um dos guias habilitadores indicados como recurso para explicar o cuidado cultural. O modelo O-P-R é derivado da técnica de observação participante, porém transformado para a inclusão da reflexão. ^{6,7}

Associadamente construíram-se o genograma e o ecomapa¹, definidos como estratégias importantes para compreensão dos processos familiares e suas relações com a comunidade.

A construção do genograma ocorre por meio de sinais gráficos, padronizados conforme a Figura 1, os quais apresentam as famílias e eventos importantes, como abortos, óbito, separação. A elaboração do genograma foi realizada em uma folha de papel em branco, no qual foram incluídos os dados demográficos (idade, sexo), de saúde (doenças que acometeram e/ou acometiam a família e seus integrantes), a escolaridade, e a naturalidade das famílias. Foram incluídas três gerações de cada família estudada. Para efetuar a construção dos genogramas com as famílias, foi preciso definir uma pessoa-chave, denominada de pessoa índice (PI).¹ No presente estudo, optou-se por escolher como PI a informante-chave do estudo etnográfico de cada família, respectivamente. Para auxiliar na condução dos trabalhos, desenhava-se um círculo ao redor dos membros atuais, ou seja, da família a ser apresentada, visando realizar uma distinção entre os vários componentes.¹

O ecomapa foi utilizado com o objetivo de obter dados sobre os vínculos das famílias com os demais sistemas da comunidade. Esse instrumento tem como valor elementar o impacto visual.¹ Para desenhá-lo, coloca-se o genograma da família num círculo central e constroem-se círculos ao redor, representando pessoas, órgãos ou instituições que contextualizam o indivíduo e sua família, e, em seguida, são desenhadas linhas, padronizadas conforme Figura 1, entre o indivíduo e/ou família e os círculos externos, para indicar a natureza dos vínculos afetivos existentes.¹

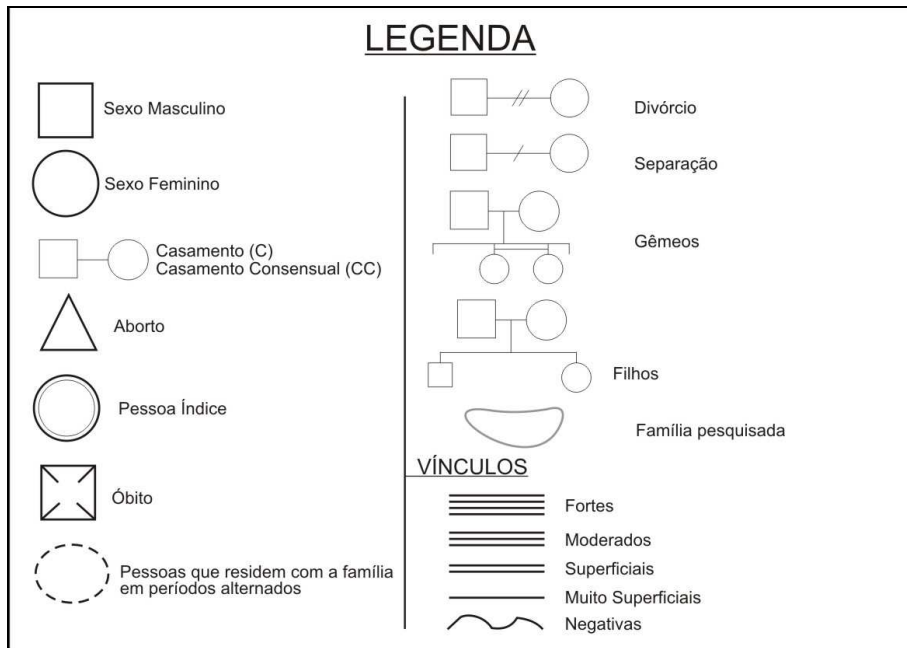


Figura 1: Símbolos e a legenda dos diagramas utilizados na construção do genograma e ecomapa

A análise dos dados ocorreu baseada em Leininger,⁷ a qual propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais. A fase I refere-se à coleta e documentação dos dados brutos; a fase II, à identificação dos descritores e indicadores; a fase III, à análise contextual e de padrões atuais; e a fase IV, à identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. Conjuntamente, utilizando-se o genograma e o ecomapa, realizou-se uma avaliação estrutural.¹

O estudo foi realizado em consonância com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹³, com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº 0356.0.243.000-10.

Resultados

Na sequência, serão apresentadas, por meio do genograma, as estruturas familiares internas da subcategoria composição familiar, seguidas pelo ecomapa, com um esboço das relações extrafamiliares, as quais se constituem nos vínculos das famílias assentadas.

Família 1

Na Figura 2, apresenta-se o genograma da Família 1, para delinear a sua estrutura interna.

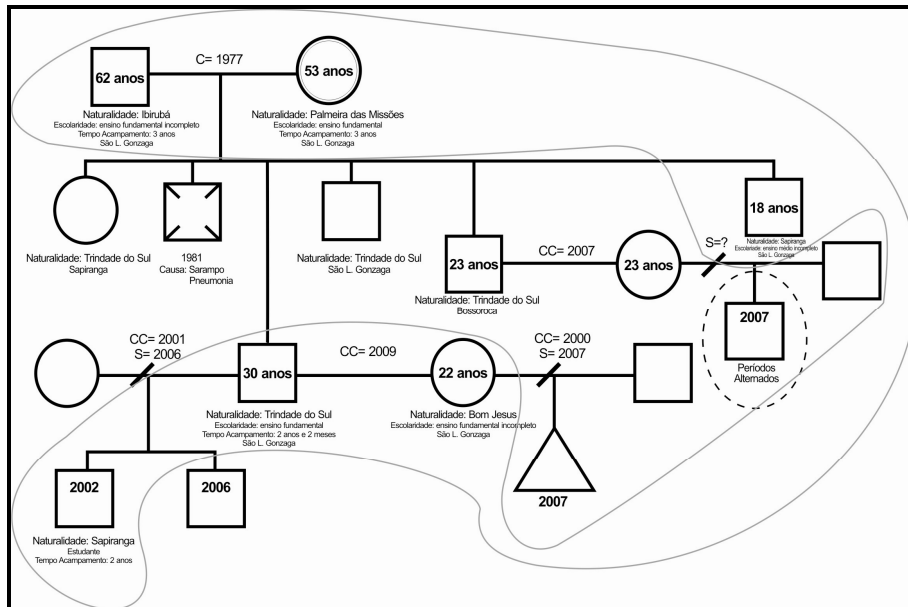


Figura 2: Genograma Família 1

A família ampliada morava e trabalhava na região do coureiro calçadista da grande Porto Alegre. O universo familiar atual compreendia um casal, com as idades de 62 e 53 anos, os quais residiam com o filho, dono do lote de terra. Ele, natural de Ibirubá, tabagista, com ensino fundamental incompleto, e 3 anos de acampamento; ela, natural de Palmeira das Missões, com ensino fundamental, e 3 anos de acampamento. Casaram-se no ano de 1977, cujo consórcio originou seis filhos, sendo uma do sexo feminino, e cinco do sexo masculino. Desses cinco, um faleceu no ano de 1981 e, conforme informações familiares, a causa óbito foi sarampo e pneumonia. O filho mais novo do casal, considerado “rapa tacho”, com 18 anos, natural de Sapiranga, com ensino médio incompleto, sem histórico de acampamento, também residia no lote de terra do irmão. O dono do lote, natural de Trindade do Sul, com 30 anos, tabagista severo, com ensino fundamental, e 2 anos e 2 meses de acampamento, tinha uma relação consensual com uma mulher de 22 anos, natural de Bom Jesus. O dono do lote foi casado no período de 2001 a 2006, vindo a separar-se. Tinha dois filhos, do sexo masculino,

com idades entre 9 e 5 anos, sendo que o de 9 anos, natural de Sapiranga, conviveu temporariamente no acampamento, era estudante, e residia com o pai no assentamento. A atual companheira do dono do lote, de 22 anos, tabagista severa, com história prévia de distúrbios gastroesofágicos e asma. Foi casada de 2000 a 2007, vindo a separar-se; na vigência dessa união, ocorreu um aborto. Junto com a família, em períodos alternados, residia um menino de 4 anos, considerado neto, “não de sangue”, mas “de coração”, filho da companheira do irmão do dono do lote, gerado de uma relação consensual anterior. A família não mencionou agravos existentes em saúde, entretanto soube-se que a PI tinha história pregressa de hipertensão.

Na Figura 3, apresentam-se os vínculos que compõem o sistema familiar 1, por meio da construção do ecomapa.

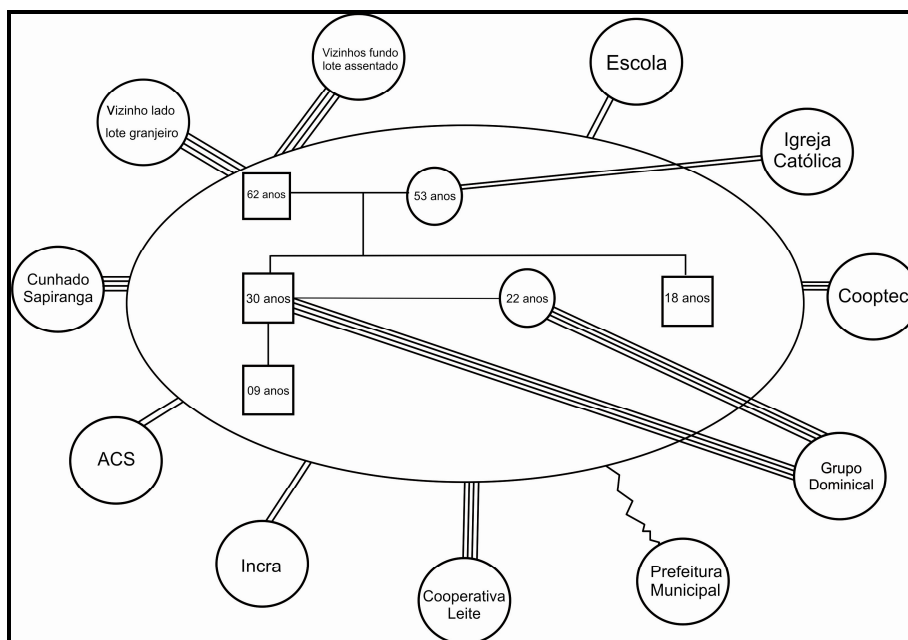


Figura 3: Representação gráfica do ecomapa da Família 1

O ecomapa apresenta as conexões, as quais resultam em redes de apoio amplas que oscilam entre fortes e superficiais. Como relações às fortes, a família considerava dois vizinhos, sendo um assentado, e o outro, um produtor rural, em larga escala, denominado “granjeiro”, que já residia na comunidade na qual o assentamento se inseriu. Outras relações fortes mencionadas referem-se ao cunhado residente em outra localidade, e à cooperativa de

leite. Como relação moderada, a família citou a Cooperativa de Prestação de Serviços Técnicos Ltda (COPTEC). E, como relações superficiais, destacam-se os órgãos ou serviços públicos representados pela escola, o Incra e o agente comunitário de saúde. Por fim, o sistema apresenta como relação negativa e estressora a prefeitura municipal. Como apoio direto e individual, encontra-se a igreja católica vinculada apenas à pessoa índice da família, sendo, porém a sua relação superficial. O casal jovem identificou os encontros dominicais de algumas famílias assentadas como uma rede forte de apoio.

Família 2

Na Figura 4 apresenta-se, por meio do genograma, a árvore familiar da Família 2.

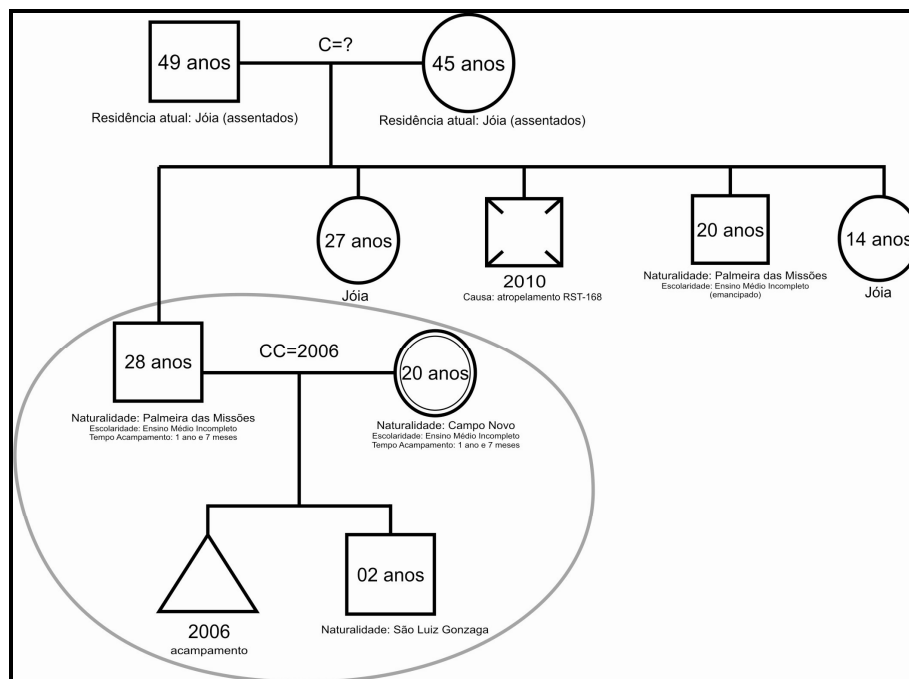


Figura 4: Genograma família 2

O casal, família nuclear, era oriundo de uma relação consensual iniciada no ano de 2006, no acampamento. Ele, dono do lote, 28 anos, com ensino fundamental incompleto, 1 ano e 7 meses de acampamento, natural de Palmeira das Missões, residiu na região do coureiro calçadista, antes de entrar na “luta pela terra” por influência do seu irmão, já falecido em decorrência de um atropelamento na rodovia de acesso ao assentamento, após um dia de

trabalho. Os seus pais também eram assentados em outro município. Ela, 20 anos, integrante da Pastoral da Criança, com ensino fundamental incompleto, natural de Campo Novo, com tempo de acampamento de 1 ano e 7 meses. Integrou-se ao movimento juntamente com a sua família de origem, porém seu pai, posteriormente, desistiu do acampamento. A família apresentava história pregressa de abortamento no acampamento, e à época do estudo possuía um filho com 2 anos. A criança encontrava-se em processo de “tirar fralda”, alimentava-se conforme a dieta familiar, rica em carboidratos, mantendo o aleitamento misto, e as imunizações encontravam-se em dia. A família não referiu problemas de saúde ou doenças pré-existentes.

A Figura 5 apresenta os vínculos da Família 2, responsáveis por representar os relacionamentos sociais.

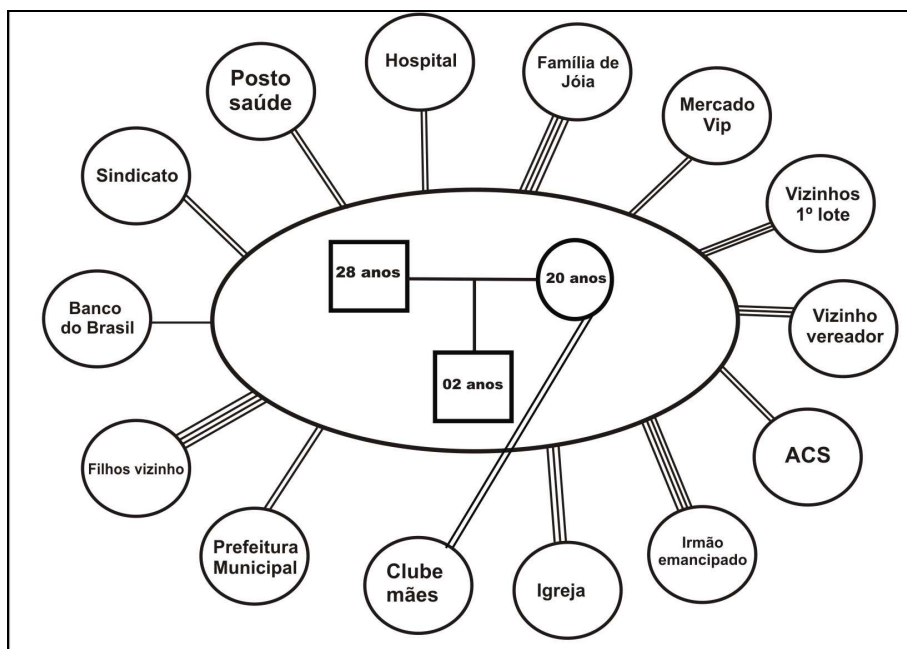


Figura 5: Ecomapa da Família 2

A Família 2 apresenta uma estrutura externa que fornece uma rede de apoio na qual não foi identificado nenhum vínculo negativo ou conflituoso. O sistema familiar apresenta forte ligação com familiares residentes em outra localidade, um irmão do dono do lote e os

filhos de um vizinho. Como vínculos moderados, o sistema familiar identificou um vizinho vereador, o primeiro vizinho assentado e a igreja. Vínculos superficiais constituem-se no ACS, mercado, hospital, posto de saúde, sindicato rural e prefeitura municipal. O sistema apontou, também, um órgão público como um vínculo muito superficial, que é o banco do Brasil. Como rede individual, apenas a mulher considerava o clube de mães da comunidade na qual o assentamento encontrava-se inserido.

Família 3

Na Figura 6 obtém-se uma visão geral do grupo familiar que compreende a família 3.

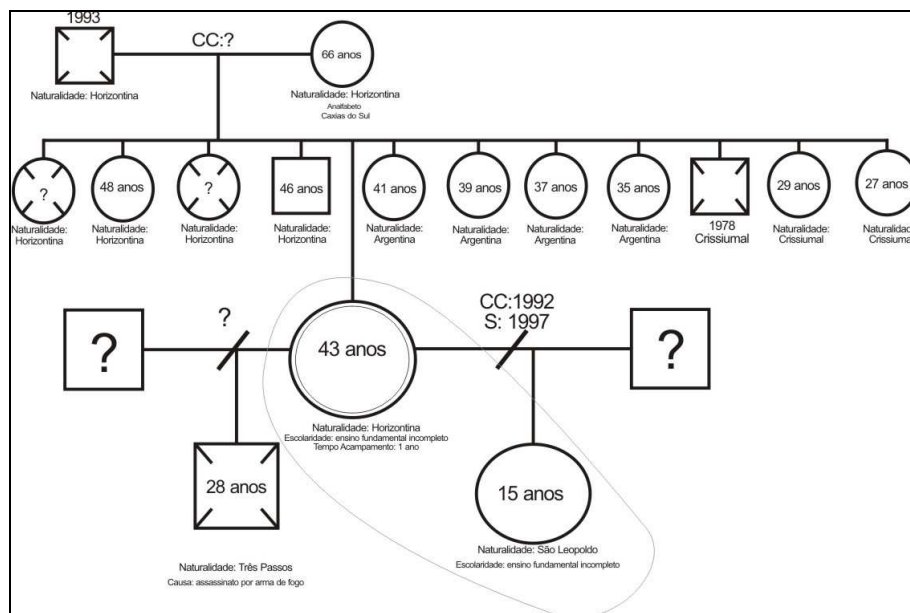


Figura 6: Genograma da Família 3

A família atual, monoparental, compreendia uma mulher e sua filha, oriundas da Região do Vale dos Sinos. A mulher, 43 anos, tabagista severa, com ensino fundamental incompleto, natural de Horizontina, morou na Argentina por um período de 6 anos, posteriormente em Crissiumal e Vale dos Sinos. A mulher teve dois filhos, um do sexo masculino, assassinado em 2008, na saída de um baile na Região do Vale dos Sinos, por “vingança”, conforme fala da mãe, oriundo de uma relação consensual, não lembrando o ano do término da relação. E uma menina, que morava com a mãe, oriunda de nova relação consensual iniciada em no ano de 1992, tendo seu término em 1997. A filha, 15 anos,

gestante, com ensino fundamental incompleto, encontrava-se desligada da escola, sendo que a mãe havia sido notificada pelo conselho tutelar. Mãe e filha permaneceram acampadas durante um ano.

Na Figura 7 apresenta-se o ecomapa da Família 3, o qual permite identificar os vínculos e as redes de apoio da respectiva família.

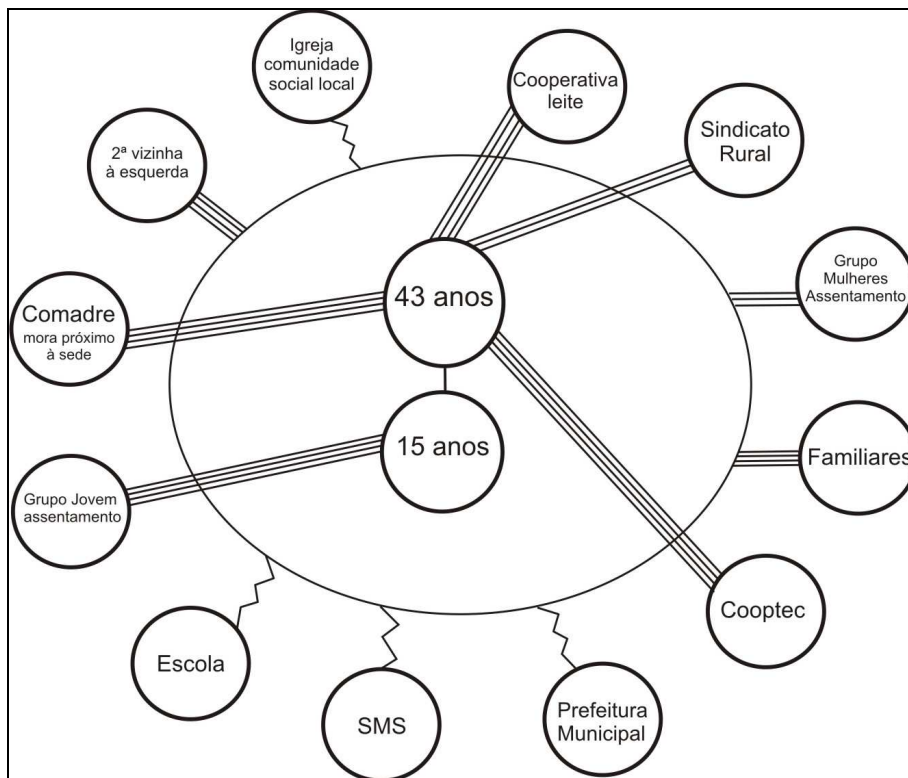


Figura 7: Ecomapa da Família 3

O ecomapa apresenta as relações amplas da família, ou seja, os vínculos desenvolvidos pela família. O atual funcionamento familiar encontrava-se permeado por vulnerabilidades, relações negativas, conflituosas, com órgãos públicos, os quais compreendem a escola, a Secretaria Municipal de Saúde, a Prefeitura Municipal, e a comunidade na qual o assentamento encontrava-se inserido. As relações fortes do sistema familiar envolviam uma vizinha e os familiares consanguíneos. Como fonte de apoio classificada como moderada, visualiza-se o grupo de mulheres do assentamento. Na presente estrutura verifica-se, também,

que a atual família possui vínculos individuais, sendo que a mãe considerava uma comadre, a COPTEC e a cooperativa de leite como vínculos fortes. O sindicato rural foi classificado como um vínculo moderado. A mãe referiu, ainda, que sua filha adolescente, menor de idade, apresentava vínculo forte com jovens do assentamento, os quais ela considerava um “grupo” que fornecia apoio e entretenimento.

Família 4

A Figura 8 apresenta a construção do genograma da Família 4, permitindo uma visão geral de quem estava na família.

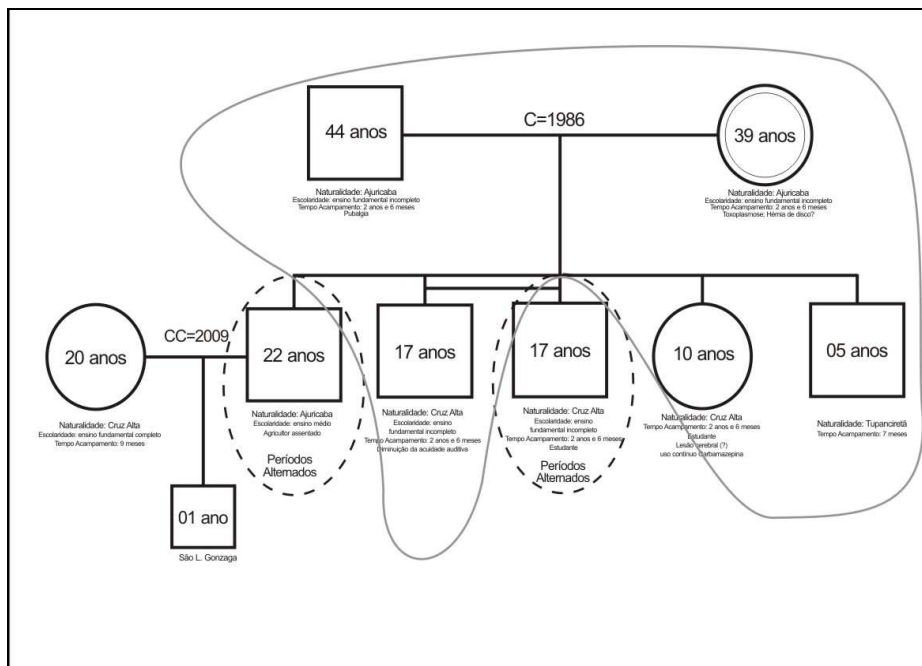


Figura 8: Diagrama da Família 4

Família, nuclear, oriunda de Cruz Alta, casados desde 1986, com cinco filhos, sendo uma gestação gemelar. Ele, 44 anos, tabagista severo, com ensino fundamental incompleto, tempo de acampamento de 2 anos e 6 meses, apresentando agravo em saúde classificado como pubalgia. Na época estava em tratamento com traumatologista e fazia uso rotineiro de medicação analgésica. A presente doença motivava queixas e lamentações pela dor e desconforto, bem como pela limitação imposta ao trabalho diário. Foi encaminhado, após

várias consultas médicas, ao serviço de previdência social, realizou perícia médica, vindo a receber auxílio social por 30 dias sendo posteriormente reencaminhado ao serviço com frequência, por um período que estendeu por 6 meses. Ela, 39 anos, tabagista severa, com ensino fundamental incompleto, 2 anos e 6 meses de assentamento, com diagnóstico de toxoplasmose descoberto na última gestação, que ocorreu no acampamento. Encontrava-se ainda acometida por uma dor na região dorso lombar, sendo classificada em linguajar popular como “os nervos se abrem”, já, nos termos biomédicos e profissionais, trata-se de hérnia de disco. Segundo informações, não foram realizados exames complementares para confirmação do diagnóstico. Também recebeu benefício social após buscar diversas vezes o serviço de saúde. Apresentou história pregressa de pré-eclampsia na gestação gemelar, resultando em parto prematuro, sendo que, na última gestação, igualmente ocorreu a pré-eclampsia, entretanto a gestação foi levada a termo. Ele trabalhava como empregado em uma fazenda, e ela eventualmente era a cozinheira na fazenda, e em outros períodos trabalhava como empregada doméstica e/ou em uma floricultura. Na ocasião moravam na residência o casal e três filhos. O filho com 17 anos apresentava diminuição da acuidade auditiva por uma otite, encontrava-se com ensino fundamental incompleto, estava aguardando uma vaga em uma escola técnica do movimento sem terra, o Educar, em Pontão/RS. A menina, com 10 anos, era estudante de uma escola municipal localizada próximo à comunidade rural assentada. Ela fazia uso diário de carbamazepina após um “desmaio”, ocorrido há um ano. Foram realizados diversos exames e, conforme o neurologista informou à família, havia uma “lesão cerebral”. Porém a mãe informou que a menina, antes de completar 1 ano de vida, apresentou um episódio de convulsão, tendo sido levada ao hospital, ficando em observação, e sendo depois liberada sem tratamento contínuo. O filho mais novo nasceu durante o período do acampamento, na ocasião estava com 5 anos. A criança não era considerada doente, mesmo apresentando alergia respiratória a poeira, fumaça, fazendo uso intercalado de anti-

histamínico. Ela alimentava-se bem, as imunizações estavam em dia. Em períodos alternados, outros dois filhos do casal moravam com a família. Um deles, o filho de 17 anos, encontrava-se estudando na escola técnica vinculada ao MST, na cidade de Veranópolis/RS. Conforme informações, a referida escola apresentava metodologia diferenciada para formação dos seus estudantes em nível médio, que consistia em aulas intensivas durante determinado período do ano, junto à escola, com o posterior retorno do estudante ao lote da família, para aplicar os conhecimentos desenvolvidos em sala de aula, por período pré-determinado. Após a fase de campo, o aluno retornava novamente à sala de aula, e assim sucessivamente, até término do curso. A aplicação dos conhecimentos gerava relatórios e trabalhos que deveriam ser enviados à escola e, no retorno do aluno, ocorriam discussões. Em vista disso, em períodos alternados, o jovem encontrava-se morando com a família. O outro filho, o mais velho, 20 anos, com ensino médio completo, também agricultor assentado, tinha o seu lote de terra situado ao lado do lote da família. Essa proximidade permitia que as famílias trabalhassem em conjunto. Nos períodos em que a companheira do filho mais velho viajava, o mesmo passava a realizar as refeições principais junto ao sistema familiar de origem, configurando-se uma convivência alternada.

Na Figura 9, desenham-se os vínculos que formam os contatos da Família 4.

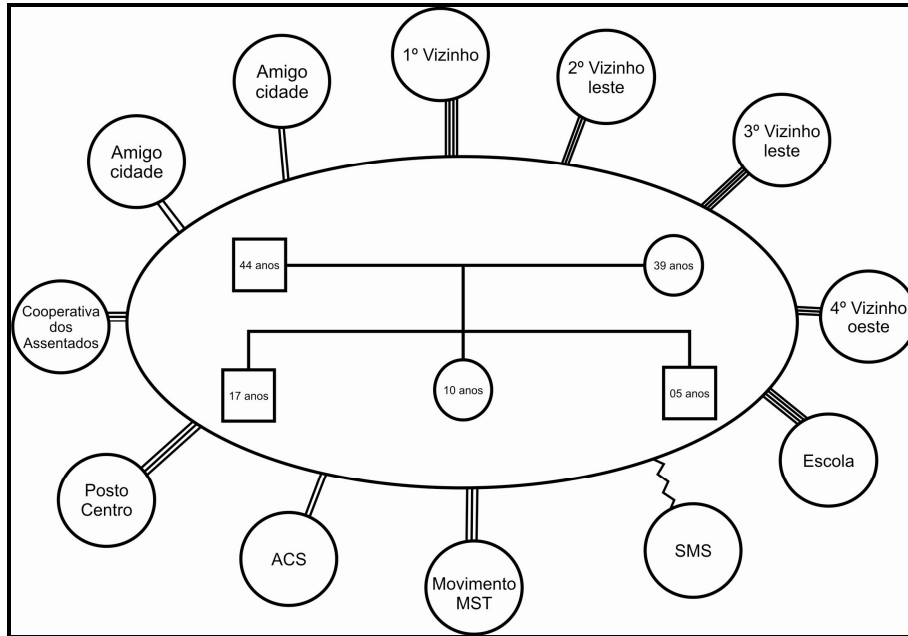


Figura 9: Ecomapa da Família 4

Os vínculos familiares demonstrados pelo ecomapa configuram-se nos contatos sociais, os quais eram constituídos fortemente pelo primeiro vizinho, o terceiro vizinho a leste, o quarto vizinho a oeste, e a escola. O vínculo moderado era composto pelo segundo vizinho a leste, pelo movimento dos trabalhadores sem terra, o posto do centro e a cooperativa dos assentados. Como vínculos superficiais, encontravam-se dois amigos da cidade e o ACS. Como vínculo negativo, a Secretaria Municipal de Saúde.

Discussões

Das quatro famílias rurais assentadas apresentadas pelo presente estudo, três tinham a sua origem vinculada ao meio urbano com predominância da região coureiro-calçadista do Estado do Rio Grande do Sul (RS), e apenas uma família apresentava origem mista, pois seus membros trabalhavam como empregados em uma fazenda e, eventualmente, a mulher exercia atividades no núcleo urbano.

As famílias que vivem no meio urbano agregam-se aos movimentos de luta pela terra, devido às dificuldades sociais e econômicas que permeiam o viver urbano. As condições, por vezes problemáticas, das condições de saúde, educação e habitação existentes desencadeiam

e/ou retroalimentam crises no núcleo urbano, vindo a fortalecer os movimentos sociais organizados que reivindicam e lutam pela terra, forçando, com isso, a reforma agrária por meio da criação de assentamentos rurais, os quais têm promovido maior inserção social para muitas famílias.¹⁴

A estrutura interna das famílias assentadas, delineada para demonstrar a sua composição familiar torna possível identificar, pelo genograma, os sistemas familiares seus subsistemas e um pouco da história de vida das famílias, destacando-se a mobilidade territorial.

A mobilidade territorial apresenta-se envolta por aspectos econômicos, históricos, socioculturais, caracterizados pela falta de condições materiais ou simbólicas das famílias para a sua subsistência.¹⁵ Perante esses elementos, permite-se inferir que as famílias buscavam, com os constantes deslocamentos, formas de sobrevivências, os quais podem ser considerados como formas de cuidado.

A crescente mobilidade territorial, como forma de cuidado para garantir melhores condições de vida, tende a significar, culturalmente, ações e atividades dirigidas para melhorar uma condição humana.⁶ Alguns estudos sociais afirmam que as famílias se engajam na luta pela terra na esperança de melhorarem suas vidas, de fugir da exclusão social e do desemprego.¹⁶

As configurações familiares, concebidas pelas próprias famílias, compõem-se pela presença de avós, netos, de um único genitor, de sobrinhos adotivos, irmãos, companheira, esposa, esposo, filhos, os quais formam os demais subsistemas identificados como família ampliada, nuclear ou monoparental. Ao visualizar a unidade familiar e seus sistemas e subsistemas, verifica-se que a mesma se transforma em um espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento, da proteção integral, do bem-estar de todos,^{17:11}.No entanto, cabe ressaltar que estudos apontam que, na família monoparental,

chefiada por mulheres, sobressai-se a vulnerabilidade social, que envolve as relações de gênero, classe social, etnia, evidenciando uma carência de rede de proteção social e uma dependência das políticas de assistência social.^{18,19}

O sistema familiar permite, ainda, acessar inúmeros atributos que se destacam junto às famílias assentadas aludem a afeição, cuidado à saúde, cuidado intergeracional, proteção, amparo, compromisso coletivo. Essas propriedades diversificadas destacam o papel da família, pois envolvem ações, interações direcionadas a cada membro de modo individual ou ao grupo, podendo ser de forma parcial ou total, objetivando crescimento, bem-estar, inserção e contribuição social.⁸

Dentro da composição familiar, torna-se possível visualizar modificações, as quais consistem em perdas por óbitos, mudanças, inclusões temporárias e doenças. As circunstâncias das perdas ou doenças tendem, culturalmente, a apresentar um significado muito peculiar ao sistema familiar.

A ocorrência de um óbito por violência, ou doença grave, são sempre considerados graves,¹ pois podem desencadear uma crise com a ruptura da família em algumas circunstâncias. As famílias ao serem atingidas por um evento trágico buscam, em conformidade com o significado social e cultural, reconstruir-se e ajustar-se ao novo cenário e à nova composição familiar que emerge. Reconhecer e identificar as alterações e os cuidados culturais exercidos em busca de estratégias de adaptação representam informações valiosas no planejamento do cuidado à saúde praticado pela enfermagem.¹

Os sistemas familiares apresentam, ainda, uma estrutura externa constituída por sistemas mais amplos, responsáveis pelos vínculos, os quais representam instituições sociais ou pessoas com as quais as famílias têm contatos significativos. Os vínculos identificados neste estudo podem ser denominados de redes de contatos sociais ou ainda relacionamentos sociais externos¹.

Os contatos sociais representados pelos vínculos exibidos pelas famílias, em sua maioria são de fortes a moderados, os quais envolvem instituições ou pessoas que, de uma forma ou de outra, auxiliam as famílias em suas diferentes necessidades, possibilitando condições de sobrevivência. As redes de contatos sociais se transformam, portanto, em um sistema composto por vários objetos sociais, funções e situações que oferecem um apoio instrumental e emocional.²⁰

As famílias referenciaram vínculos negativos, os quais envolviam os recursos e serviços públicos, a Secretaria Municipal de Saúde, bem como a comunidade local. Essas conexões negativas resultam para as famílias assentadas em sofrimentos e dificuldades. Como prática alternativa na busca de melhorias para amenizar os problemas, as famílias desenvolviam métodos alternativos de apoio, deflagrados por meio de mobilizações e reivindicações coletivas. A prática da mobilização, assimilada culturalmente no acampamento, buscava o reconhecimento social e político, transformando-se em uma saída do anonimato e da invisibilidade, expondo para sociedade a precariedade de suas condições e exigindo o redirecionamento das políticas públicas.²¹

Os vínculos considerados muito superficiais e superficiais, apresentados pelas famílias, envolviam um ramo do serviço público, representado por um programa de saúde, e pessoas conhecidas identificadas aleatoriamente. Ao avaliar o presente contexto delineado e suas conexões, é possível concluir que o funcionamento da família apresenta risco na saúde, portanto necessita maior investimento da enfermagem para melhorar o seu bem-estar.³

As conexões individuais identificam a configuração de outra rede de apoio, ou seja, trata-se de conexões que não são do sistema familiar e sim específico dos subsistemas. A identificação desses vínculos permite à enfermagem ampliar ainda mais o seu foco sobre o sistema familiar, pois a construção dessa rede se define em amizades, as relações de trabalho ou escolares, as relações comunitárias, de serviço, ou credo que o indivíduo considera

significativas e relevantes.²²

Por fim, conclui-se que a família mantém-se como base da sociedade,²³ e, ao conhecer a história e a composição das famílias, torna-se possível identificar as condutas presentes nas unidades familiares, tendo em vista que o comportamento familiar não se encontra dissociado de sua história.²⁴ As ferramentas do genograma e ecomapa, para a enfermagem, possibilitam assistir as famílias de modo mais amplo e integral, pois facilitam visualizar um pouco da dinâmica familiar,²⁵ juntamente com alguns aspectos culturais.

Do mesmo modo, considera-se que a aproximação dos saberes por meio do genograma e do ecomapa associados à etnoenfermagem permitem revelar a diversidade e universalidade do cuidado humano.^{6,7} Juntos, complementam dados para proporcionar um cuidado cultural congruente,^{6,7} o qual envolve os elementos visão de mundo, a etno-história, as dimensões culturais da estrutura social e o contexto ambiental.

Considerações finais

As famílias assentadas consistem, independente de seu formato, em uma unidade que compõe um sistema com seus subsistemas, assemelhando-se com uma congregação com função de proteger e socializar os seus integrantes.

A família torna-se responsável por definir valores culturais, sendo reconhecida na saúde como uma unidade de cuidado. Como instrumentos para conhecer as famílias e seu universo, tem-se o genograma e o ecomapa, os quais permitem reunir o máximo de informações possíveis, proporcionando um conhecimento maior acerca da história de vida, das crenças, valores, das relações sociais e práticas culturais, pois torna possível uma aproximação com a realidade das mesmas.

Com o auxílio dos diagramas identificam-se as estruturas internas e externas, os recasamentos, as dificuldades enfrentadas, destacando-se os órgãos públicos, visualizam-se as

relações sociais, as vulnerabilidades, os problemas de saúde. Dessa forma, as construções dos diagramas transformam-se, para a enfermagem, em importantes instrumentos de trabalho para serem aplicados com as famílias no planejamento das práticas de cuidado.

Ao olhar as famílias de modo abrangente, pelos diagramas do genograma e ecomapa associados aos aspectos socioculturais, desencadeia-se uma aproximação dos saberes. Com essa aproximação de conhecimentos, permite-se à enfermagem realizar um cuidado mais coerente com a realidade das famílias, visando o aperfeiçoamento da saúde, do bem estar e o desenvolvimento de habilidades para lidar com as carências e dificuldades.

Referências

1. Wright LM; Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. Tradução de Silvia Spada. 4. ed. São Paulo: Roca; 2009. p. 47-80.
2. Petrini G, Cavalcanti V. Reseñas Bibliográficas. Naveg@mérica. Revista electrónica de la Asociación Española de Americanistas. 2009; 2: 1-4. Resenha de: Donati P. Família no século XXI: abordagem relacional. São Paulo: Paulinas; 2008. 239p.
3. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Texto & Contexto Enferm. 2005 Abr-jun; 14(2): 280-6.
4. Elsen I, Souza AIJ, Marcon SS. (Org.). Enfermagem à família: dimensões e perspectivas. Maringá: Eduem; 2011. p. 331-345.
5. Angelo M, Bouso RS. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: Brasil, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde - Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.14-17.
6. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.432p.
7. _____; McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett. Sudbury MA. 2006. p.43-82.
8. Elsen I, Marcon SS, Silva MRS (Org.).O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2004. p.11-23.
9. Woortmann EF. Herdeiros, parentes e compadres. São Paulo, Brasília: HUCITEC; 1995.
10. Souza J; Kantorski LP; Vasters G P, Luis MAV. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. Rev Latino-am Enferm [periódico na internet]. 2011 jan/fev [acesso em 10 setembro 2011]; 19 (1): [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_19.pdf Acesso Setembro 2011.
11. Pavarini SCI, Luchesi BM, Fernandes HCL, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Barham EJ, Jorge Oishi J. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. Rev Eletrônica Enferm [periódico na internet]. 2008 [acesso em 10 setembro 2011]; 10(1): 39-50. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm>.
12. Pires PA. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. 2 ed. ampliada. Brasília, Ministério da Saúde; 2003. 64p.
14. Marques, MIM. Lugar do modo de vida tradicional na modernidade.

In: OLIVEIRA, Ariovaldo U; MARQUES, Marta Inez Medeiros (Org.). O campo no século XXI. São Paulo: Casa Amarela, 2004. p. 145-158.

15. Piccin MB. Lógicas socioculturais e estratégias produtivas no assentamento menina dos olhos dos sem-terra [dissertação de mestrado na internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais; 2007 [acesso em 15 agosto 2011]. 199f. Disponível em: http://www.ufrj.br/cpda/static/dissertacao_marcos_piccin.pdf.

16. Celos JF. O direito enquanto práxis contra hegemônica e a luta pela terra na perspectiva dos movimentos sociais populares [dissertação de mestrado na internet]. Franca: Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP; 2007 [acesso em 05 fevereiro 2011]. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/posdireito/Dissertacao%20Mestrado%20Jeferson%20Fernando%20Celos.pdf>.

17. Ferrari M, Kaloustian SM. A importância da família. In: Família brasileira, a base de tudo. Kaloustian, SM (org). 5. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF UNICEF; 2002.

18. Carloto CM. A chefia familiar feminina nas famílias monoparentais em situação de extrema pobreza. Textos e Contextos [periódico na internet]. 2005 Dez [acesso em 13 dezembro 2011]; 4(1): 1-17 Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/994>.

19. Okabe I. Violência contra a mulher: uma proposta de indicadores de gênero na família. [tese de doutorado na internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP; 2010 [acesso em 14 dezembro 2011]. Disponível em: http://pandora.cisc.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-29042010-105520/publico/Irene_Okabe.pdf.

20. Hayakawa LY, Marcon SS, Higarashi IH, Waidman MAP. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev Bras Enferm [periódico na internet]. 2010 May/June [acesso em 10 outubro 2011]; 63(3): 440-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a15v63n3.pdf>.

21. Medeiros LS. A luta por terra no Brasil e o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra [documento na internet]. 2009 [acesso em 14 março 2011]. Disponível em <http://www.geopr1.planalto.gov.br/saei/images/publicacoes/CGEEVF.pdf>.

22. Sluski CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. Tradução: Berliner C. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. p 37-85.

23. Souza MS, Kantorski LP, Schwartz E, Galera SAF, Teixeira Júnior S. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. Rev Eletrônica Enferm [periódico na internet]. 2009 [acesso em 10 outubro 2011]; 11(1):124-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a16.htm>.

24. Girardon-Perlini NMO. Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009. 217f

25. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm [periódico na internet]. 2009 maio-jun [acesso em 10 setembro 2011]; 62(3): 407-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>.

ARTIGO 2

Cuidado para melhorar de vida: compromisso de todos¹⁶

¹⁶ Artigo formatado para periódico Revista Gaúcha de Enfermagem, Qualis B1. Cabe ressaltar que, o número de laudas compreendem um número superior do que o permitido pelos periódicos científicos. Nesse sentido, entende-se que tais questões serão retomadas no momento da submissão ao respectivo periódico.

Resumo

Este estudo objetiva identificar as percepções do cuidado para as famílias residentes em um assentamento rural na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A metodologia consiste em uma pesquisa de campo qualitativa de vertente etnográfica, na enfermagem denominada de etnoenfermagem. Para coleta de dados, utilizou-se o guia habilitador Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), entrevista semiestruturada e um diário de campo, sendo realizada no período de fevereiro a maio de 2011. A análise dos dados ocorreu com base na etnoenfermagem de Madeleine Leininger, a qual propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais constituídas pela coleta e documentação dos dados brutos; identificação dos descritores e indicadores; análise contextual e de padrões atuais; e a identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. O estudo evidenciou que o cuidado encontra-se vinculado à visão de mundo, significando um compromisso de todos sob a premissa coletiva e individual para melhorar de vida. Conclui-se que a enfermagem necessita compreender quais os comportamentos culturais para possibilitar um cuidado holístico e congruente.

Descritores: enfermagem, cultura, cuidados de enfermagem, assentamentos rurais

Introdução

Os assentamentos originam-se de políticas governamentais que apresentam como proposta central uma melhor distribuição e aproveitamento da terra, e compõem-se por famílias, irmanadas em acampamentos, que visam edificar uma vida focalizada no coletivo, permeada por experiências, valores, princípios e significados específicos.¹

Após a sua instituição, os assentamentos, passam a ser vistos como populações rurais, as quais compreendem comunidades localizadas em áreas afastadas geograficamente dos centros urbanos, mantendo suas peculiaridades.^{2,3,4} Essas áreas representam o *locus* de vida das famílias rurais, nos quais se estabelecem dinâmicas interacionais e se encontram inseridos seus aspectos de funcionamento.⁵

Tradicionalmente, o mundo da família rural condiciona-se ao trabalho produtivo como fonte de renda e ao cuidadoso, no qual, inclui-se o compromisso recíproco entre seus membros e para com a terra.⁵ Ao instituir um modelo de pacto mútuo, as famílias assentadas padronizam algumas ações entre seus membros, estabelecendo-se um compromisso grupal.

O compromisso grupal, como prática de cuidado acordada entre todos, influencia o comportamento das famílias, configurando-se em um cuidado vinculado às dimensões culturais e de estrutura social.^{6,7} Para as famílias assentadas, o cuidado encontra-se vinculado a melhorar suas condições de vida, vindo a conceber uma percepção ampliada acerca da temática, constituída por fatores individuais ou coletivos representados pelas práticas de cuidado geral.

Essa visão expandida acerca do significado do cuidado possivelmente é oriunda dos trabalhos de resignificação da visão de mundo,⁸ desenvolvidos pelas famílias nos períodos em que moravam nos acampamentos. Nesses locais, as famílias são estimuladas a refletir acerca da influência dos fatores sociais na saúde, bem como são estimuladas a (re)construir atitudes frente aos modos de vida, o que vem a refletir no cuidado.

A visão de mundo refere-se à maneira com que as pessoas tendem a olhar o mundo e o seu próprio universo, para formar uma imagem ou uma postura de valor sobre a sua vida ou acerca do mundo ao redor delas.^{6:47} Trata-se do modo como a pessoa percebe observa seu mundo, edificado a partir da estrutura cultural, social e dos fatores tecnológicos, filosóficos, sociais, dos modos de vida, políticos, legais, econômicos, educacionais, dos valores, crenças, e culturais.⁶

A visão de mundo é responsável por orientar a vida e o fenômeno do cuidado praticado pelas famílias assentadas, o qual se vincula à necessidade de atender e satisfazer cotidianamente às funções vitais. As famílias, com os recursos locais, se esforçam por garantir a sobrevivência, sendo que o cuidado não se limita exclusivamente a tratar uma doença.⁹

O cuidado humano é universal, demonstrado e padronizado por expressões, ações, estilos de vida e significados, embasado na visão de mundo, no contexto ambiental, na etno-história e na estrutura social que acompanham as diversas culturas.^{6,7} Por conseguinte, a enfermagem, como uma profissão essencialmente cuidadora, precisa conhecer e compreender as famílias para que consiga atender às suas singularidades envolvendo o cuidado.¹⁰

Nesse sentido, demonstra-se que a prática do cuidar não pode ser desenvolvida pelo enfermeiro de forma generalizada, sem considerar a percepção de mundo, pois as famílias e os sujeitos que as constituem, os seus comportamentos e as situações são diversas e distintas, configurando-se em particularidades.

Frente às características do cuidado, questiona-se: quais as percepções que as famílias assentadas possuem acerca do cuidado? Perante o questionamento, objetivou-se, por meio deste estudo, identificar as percepções do cuidado para as famílias residentes em um assentamento rural, no Estado do Rio Grande do Sul.

Metodologia

O presente estudo qualitativo, de natureza etnográfica, é parte integrante da dissertação de mestrado intitulada “Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem”.

A etnografia consiste em “conjunto de concepções e procedimentos empregados pela antropologia para conhecimento científico da realidade social”.^{11:53} Na enfermagem, denominam-se de etnoenfermagem os “estudos relativos ao campo cultural”, constituindo-se em um estudo das crenças, valores, práticas de cuidado, percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências diretas.^{6,7}

O cenário em que se desenvolveu a pesquisa foi um assentamento rural situado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, constituído por 53 lotes de terra, sendo que apenas 48 encontravam-se ocupados no período do estudo. As famílias assentadas nessa localidade são oriundas de diversos acampamentos e a área geográfica total do assentamento é de 829,55 hectares. A distância geográfica da sede municipal é de cerca de 17 km, acessada por uma rodovia estadual. Os lotes compreendem em média de 11 a 15 hectares cada um,

sendo que aqueles com 15 hectares são constituídos por áreas de proteção ambiental, com mata nativa, vertentes de água, restando para o cultivo aproximadamente de 11 a 12 hectares de terra.

Para a seleção das famílias participantes do estudo foram obedecidas as seguintes etapas: após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, solicitou-se uma reunião com as famílias para apresentação e discussão do projeto aprovado. Participaram dessa reunião nove famílias. Posteriormente, selecionou-se intencionalmente as famílias que fizeram parte da pesquisa, levando-se em consideração os critérios de inclusão.

Como critério de inclusão para o presente estudo, estipulou-se que as famílias participantes do estudo seriam aquelas que compareceram na reunião de apresentação e discussão do projeto aprovado, e que atendiam ao critério de serem moradoras do assentamento há, no mínimo, dois anos. O recorte temporal de dois anos foi estipulado por se acreditar que, com período inferior, a família não se encontraria integrada ao contexto sociocultural que permeia a comunidade ou território local. Nas entrevistas participaram os sujeitos de famílias assentadas maiores de 18 anos.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2011. Para a coleta de dados utilizou-se o Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R) de Leininger, um dos guias habilitadores indicados como recurso para explicar o cuidado cultural. O modelo O-P-R é derivado da técnica de observação participante, porém transformado para a inclusão da reflexão.^{6,7} Ainda, para a coleta de dados empregou-se uma entrevista semiestruturada e um diário de campo. As fontes de informações dos estudos que envolvem a etnoenfermagem são denominados de informantes-chave e geral. No presente estudo, os informantes-chave foram selecionados propositalmente e se constituíram dos sujeitos que apresentavam maior facilidade de comunicação, em cada família, sendo que os demais integrantes das famílias foram considerados informantes gerais.

Em relação ao anonimato, resguardou-se a identidade dos sujeitos integrantes das famílias pesquisadas, considerando a individualidade, os valores e cultura de cada família participante do estudo. O sigilo das famílias participantes do estudo foi preservado por meio da utilização das letras S correspondente a “sujeito” e F, de “família”, seguidas do número relacionado à ordem de realização das entrevistas. Como exemplo: SF01; SF02; e assim sucessivamente. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas com o consentimento dos sujeitos pesquisados.

Para o registro dos dados, utilizou-se um diário de campo que consiste em um “caderno de notas em que o investigador vai anotando o que observa e que não é objeto de

nenhuma modalidade de entrevista, dia por dia”.^{12:295} O registro das observações foi precedido por uma identificação que consistia na data, o horário, o local e as situações observadas naquele período. O número de famílias acompanhadas delimitou-se pela saturação dos dados¹³, totalizando quatro famílias acompanhadas.

A análise dos dados ocorreu baseada em Leininger,⁷ a qual propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais. A fase I refere-se à coleta e documentação dos dados brutos; a fase II, à identificação dos descritores e indicadores; a fase III, à análise contextual e de padrões atuais; e a fase IV, à identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa.

O estudo foi realizado em consonância com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,¹⁴ com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº 0356.0.243.000-10.

Resultados e discussões

Um componente cultural presente nas famílias estudadas e que envolve o cuidado é o compromisso. No presente estudo, o compromisso apresenta-se sob a ótica coletiva e individual. No coletivo é visualizado como sinônimo de coletivo organizado, o qual abrange comprometimento, obrigação, mobilização e reivindicação. No campo individual, o compromisso envolve a casa e os arredores do lote, sendo manifestado como uma rotina, organização, o asseio, auxílio e a produção.

“Isso ainda é uma luta”: um compromisso de todos para melhorar de vida

O cuidado como compromisso é praticado desde o acampamento, tendo continuidade no assentamento. O coletivo organizado, presente na história das famílias assentadas, constitui-se uma estratégia de “luta”, uma forma de cooperação, união e capacidade de organização política das famílias visando alcançar um objetivo. No assentamento, as famílias se arranjam no coletivo organizado exercido junto à cooperativa de leite dos assentados, na mobilização pela água potável para as famílias e na reivindicação de estradas.

As famílias, ao se vincularem ao Movimento Sem Terra (MST), passam a residir em acampamentos, sendo que nesses espaços predominam práticas de cuidado entendidas como compromisso, que se apresentam por meio do coletivo organizado. O cuidado como

compromisso manifesta-se pela participação e engajamento para cumprir as normas e rotinas estabelecidas. Segundo informações repassadas pelas famílias e registradas em nota de diário de campo:

[...] nos acampamentos, pode haver mais de 200 famílias, assim sendo, como forma de organização, criam-se grupos de famílias e diversos setores de trabalho, denominados de infraestrutura; saúde; educação; comunicação; alimentação; direitos humanos ou segurança; direção e grupo de jovens (com idades de 13 a 20 anos). A participação dos acampados não é facultativa, todos devem participar e pertencer a um setor e grupo de trabalho, conforme fala de um assentado: *“tem que participar, há divisão de tarefas”*. (fragmento diário de campo 21/03/2011)

Percebe-se que o acampamento representa um papel estratégico e essencial na vida das famílias, pois nele ocorre uma reorganização da vida das famílias, uma reorientação, uma nova formação política e social para, posteriormente, junto à terra conquistada, desenvolverem ações de cuidado que auxiliem a todos a se adaptarem e enfrentarem as dificuldades.

O movimento, como um todo, permite às famílias uma nova forma de sociabilidade, pois se aprende a considerar o conjunto social e não somente o individual, aprende-se o relacionamento com o coletivo, estabelecendo-se relações democráticas. O movimento propicia o pertencimento, a inclusão, o discernimento e a compreensão de que é somente pelo coletivo organizado que todos vão ter direito à terra, saúde, educação. Participar do movimento permite às famílias construir autonomia e sentirem-se incluídas socialmente.¹⁵

Na visão coletiva, as famílias criaram e participavam da cooperativa de leite, onde o cuidado como compromisso assume um comprometimento e uma obrigação evidenciados pela participação nas reuniões e decisões, segundo nota diário campo.

As famílias assentadas fundaram uma cooperativa de leite, visando melhorar suas condições de vida, contudo, nem todas as famílias associaram-se à cooperativa, bem como nem todas as famílias sócias participam ativamente das reuniões. As famílias cooperativadas têm por hábito decidir coletivamente, por meio de reuniões, temas como a prestação de contas da cooperativa, requisitar capacitações e orientações técnicas, discutir o valor pago pelo litro de leite, dentre outros esclarecimentos. O conselho fiscal da cooperativa, também formado pelas famílias, reúne-se separadamente para analisar as contas da cooperativa e, havendo divergências ou imprecisões, chama-se uma reunião dos cooperativados visando decidir coletivamente. (fragmento diário campo 06/02; 07/02/2011)

O assentamento apresenta uma estrutura organizativa que visa à autogestão e, conseqüentemente, exige um comprometimento das famílias. Trata-se de uma forma de democracia social ou participativa, na qual as famílias envolvidas passam de beneficiárias a protagonistas das suas vidas e das possibilidades de melhorar suas condições sociais, considerando-se sempre a autonomia das mesmas em decidir sobre suas escolhas.

As condições e a realidade cotidiana dos assentados são bastante peculiares, por diversos fatores, destacando-se a vivência diária com decisões e ações coletivas. As decisões coletivas podem trazer reflexos na saúde das famílias, pois esta é resultante da construção histórica e também coletiva de respeito às escolhas das pessoas como construtores compromissados com seu bem-estar.¹

No entanto, deve-se considerar que a organização das estratégias produtivas satisfaz as interpretações e representações dos eventos sociais vividos e marcados pelas referências culturais das famílias.⁸ As diferenças socioculturais e as percepções distintas acerca do cuidado como compromisso podem justificar o fato de que nem todas as famílias sejam sócias da cooperativa de leite dos assentados.

Na concepção das famílias, outra prática de cuidado como compromisso coletivo ocorre pela mobilização, reivindicação, conforme relato das famílias ao defenderem que a saúde encontra-se vinculada à água de qualidade.

[...] a gente vem para o assentamento, fazem quatro anos que estamos aqui, e agora que a prefeitura está disponibilizando as mangas para a água.[...] Nós corremos atrás, nos organizamos e reivindicamos, porque tinha que sair, pois a caixa [d'água] está há mais de ano [instalada] e agora, recentemente, se está conseguindo as mangas para instalar.No ano passado, bem no verão, deu problema aqui[...] em todas as crianças, em todo o pessoal do assentamento. O médico disse que era alguma coisa que devia estar na água. Só não deu em quem tinha água da comunidade. (SF 04)

Uma água de má qualidade ou não tratada expõem as famílias a diversos riscos de saúde, os quais podem afetar a vida e a saúde de todos, seja pela ingestão direta ou indireta, na preparação dos alimentos, na higiene, na agricultura ou no meio ambiente. As bactérias patogênicas encontradas na água e/ou alimentos manipulados com água de má qualidade constituem altas fontes de morbimortalidades em nosso país, sendo responsáveis por enterites, diarreias infantis, doenças endêmicas e epidêmicas (cólera, febre tifoide) que podem resultar em óbitos.¹⁶

Alguns estudos envolvendo a temática dos assentamentos rurais indicam que muitos projetos para implantação de assentamentos apresentam lotes sem abastecimento ou com água de má qualidade, demonstrando que o problema referente ao abastecimento de água é recorrente.¹⁷ Verifica-se, portanto, que as famílias rurais encontram-se desamparadas, evidenciando adversidades que privam os moradores do espaço rural dos serviços básicos para manutenção da sua saúde.

Outra prática de cuidado como compromisso ocorre mediante pressões direcionadas aos órgãos relacionados com a reforma agrária para obterem vias de acesso e deslocamento em boas condições de trafegabilidade. As famílias costumam acionar os órgãos competentes, pois subentendem que a falta de saúde encontra-se relacionada com as estradas, segundo os depoimentos:

Disseram, quando nós viemos, que iriam arrumar as estradas, fazer as entradas das casas. As máquinas estão aí porque pressionamos, mas não está bem feito, logo, logo, vai dar problema. A responsabilidade do INCRA é abrir estradas quando uma área é ocupada por assentamento e esta não possui acesso. A manutenção é responsabilidade prefeitura municipal. Porém, a prefeitura não se preocupa e diz que não tem dinheiro. Assim sendo, realizou-se uma pressão sobre o instituto, tendo em vista que foi organizada a Cooperativa de Leite. (fragmento diário campo 05/04/2011)

[...] as estradas, a prefeitura não se importa, tem gente que ainda hoje puxa aqueles baldes, taros de 50 litros de leite, quando chove, lá no asfalto. Tem gente que faz 1 km ou 2 km, isso tudo prejudica a saúde. Imagina tu, a cada dois dias, três dias, tu puxar em torno de 200, 300, 400 litros de leite nas costas [...] (SF 04)

A precariedade das estradas acaba por isolar, parcialmente, algumas famílias, principalmente nos dias de chuva. O isolamento reflete e prejudica os estudantes, o acesso aos serviços de saúde, obriga as famílias a exporem o corpo a situações extremas para manter a sua renda no final do mês, sujeitando-se a condições insalubres de trabalho.

O isolamento geográfico das populações rurais¹⁰ configura-se como uma realidade em diversas localidades e estados brasileiros. A precariedade das vias de trânsito impõe dificuldades de acesso, principalmente em dias de chuva, tanto para o escoamento da produção e até o acesso aos serviços de saúde, configurando-se em um risco potencial para a saúde, em isolamento e em perdas econômicas que acabam por refletir na qualidade de vida das famílias.¹⁷

A implementação de assentamentos minimiza a pobreza, porém não contribui para

amenizar as desigualdades sociais ou para fortalecer a autonomia política das famílias. As políticas públicas envolvidas no processo da reforma agrária revelam-se fragmentadas e desarticuladas, pois apenas amortizam as tensões sociais, criam uma ilusão de autonomia, e delegam aos sujeitos, aqui representados pelas famílias, o cuidado sobre si mesmos. Tais atitudes reforçam a diminuição da responsabilidade do Estado na solução dos problemas sociais.¹⁸ As desigualdades sociais existentes no meio rural resultam para as famílias na expropriação dos seus direitos sociais referentes a uma vida de qualidade e igualdade frente ao núcleo urbano.¹⁰

A nova orientação de vida vinculada ao compromisso coletivo permeia e reflete o comportamento diário das famílias perante os meios responsáveis pela sobrevivência social, econômica, e pela qualidade de vida, pois as famílias passam a considerar o contexto social e a complexidade do meio no qual se encontram inseridas, no intuito de aprimorar sua história.

A casa e os arredores: compromisso da família para melhorar de vida

Na perspectiva individual, ou seja, intrafamiliar, o cuidado como compromisso de todos envolve a casa e o ambiente externo, por intermédio do seguimento de uma rotina, da organização, do asseio e do cuidado com a terra.

Embasado nas diferenças socioculturais, o cuidado como compromisso de todos pode ser visualizado como uma forma através da qual as famílias e seus integrantes buscam desenvolver atividades de cuidado na casa e no ambiente externo em que vivem, autonomamente, configurando-se um compromisso mútuo, entre os integrantes da família, significando um dever, uma obrigação, conforme as falas:

Todos nós cuidamos [da casa] todo mundo ajuda. Quando não há mais tarefa lá fora [arredores] ela me ajuda [no cuidado com a casa] (SF01)

Hoje a gente tem uma casinha, antes era mais difícil... embaixo da lona é bem pior... (SF03)

Os locais de moradia, para as famílias assentadas, compreendem a casa e os espaços circunscritos ao lote de terra, ambientes nos quais se realizam algumas práticas de cuidado que acompanham as famílias no transcorrer de sua história de vida, encontrando-se vinculadas aos hábitos cotidianos.

A casa está associada à história de vida das famílias após sua inserção no MST. O fato de conseguirem uma casa no lote de terra conquistado representa segurança e conforto, pois oferece qualidade de vida e melhorias frente às desigualdades sociais vivenciadas até aquele momento.

Desde as primeiras referências aos cuidados primários de saúde, em Alma Ata, tendo continuidade na Conferência Mundial de Promoção de Saúde, em Ottawa, a casa constituiu-se um pré-requisito para a saúde.¹⁹ A casa é um benefício indireto da posse da terra e do domínio dos meios de produção, podendo ser concebida como solução de parte dos problemas de diversas famílias.²⁰ A moradia, e tudo o que envolve a mesma, transforma-se em um elemento organizador da vida das famílias, enraizando-as no assentamento, devolvendo-lhes a autoestima.^{20,21}

O cuidado como um compromisso de todos envolve seguir uma rotina a qual objetiva organizar as atividades desenvolvidas diariamente sob o lote.

Aqui em casa meio que todo mundo contribui, mas em primeiro lugar é sempre a mesma rotina. Tu levanta de manhã, arruma, faz fogo, põem água para aquecer, manda os filhos para o colégio, daí as crianças, os guris, os adultos vêm de fora, daí tu arruma o café, daí tu parte em direção e tu limpa... (SF04)

As tarefas diárias realizadas sequencialmente, como levantar, fazer o fogo para aquecer a água para o chimarrão¹⁷, seguido pelo cuidado com as crianças que vão à escola, o deslocamento dos adultos ao ambiente externo da casa para iniciar os afazeres com os animais, como alimentar porcos, galinhas, realizar ordenha e tratar as vacas leiteiras, e pelo preparo do café da manhã, configuram-se um compromisso que tem por objetivo a organização dos modos de vida.

As famílias de comunidades rurais vivem um cotidiano intensivo e permanente de rotinas que necessitam ser exercidas a cada dia. Assim, a vida passa a girar em torno do trabalho, o que inclui um compromisso recíproco entre seus componentes.⁵ O ato de manter as atividades de cuidado com a casa e os arredores organizadas pode ser traduzido como uma dedicação, como possibilidade de uma vida em que não lhes falte o básico, o imprescindível para sobrevivência, e permita o crescimento da família.²²

¹⁷ Chimarrão: uma bebida, um hábito legado pelas culturas indígenas, em especial a guarani, presente nas culturas do sul do Brasil, Mato Grosso do Sul, parte da Bolívia e Chile e em todo o Paraguai, Uruguai e Argentina. O chimarrão é preparado com erva-mate, resultando em uma bebida, geralmente servida quente, sob a forma de infusão. Fonte: Revista Gestão e Planejamento, Salvador, v.11, n 2, p.157-75, jul/dez 2010.

O cuidado como compromisso envolve o trabalho de organização, o asseio e auxílio nas tarefas domésticas como componentes implícitos das relações intrafamiliares junto ao local da moradia, como uma necessidade das famílias para prevenir o adoecer, conforme as falas que seguem:

Dentro de casa mais é limpeza, se faz limpeza [silêncio]ter uma horta, flores para embelezar. Manter pátio limpo, organizado, roçado para não virar brejal. (SF02)

O máximo a gente faz. Dia sim, dia não, a gente lava a roupa para não deixar ficar pinchado, e por causa das doenças também. Os tapetes do chão também a gente cuida, segura bem limpinho. As toalhas, as toalhas da louça, a gente lava todo dia para não deixar [...], tem que cuidar. Cuidar da cuia da bomba, passar água quente, se lavar direitinho. Tem que cuidar por causa das bactérias, porque traz muita doença se a gente não cuidar direito... a gente não tem apoio. (SF01)

Eu cansei de lavar roupa, lavando roupa, tirando da máquina, botando nos baldes, e [cita nome de um integrante da família] chegar de meio dia da lavoura e puxar no tanque para mim, me ajudar torcer, colocar os baldes no espaço, e do espaço no varal, para mim poder estender. Depois, para recolher, da mesma forma, ia recolhendo e [cita nome de um integrante da família] ajudando... (SF04)

As famílias, ao apresentarem uma preocupação com as atividades domésticas, as quais incluem organizar, embelezar a casa, manter os arredores livres de vegetação rasteira e ervas daninhas, não permitir roupas espalhadas, ajudar-se mutuamente, demonstram um cuidado como compromisso em uma perspectiva que visa evitar o surgimento de enfermidades, assumindo atitudes de zelo para com a saúde de seus membros, demonstradas por meio de ações de prevenção à saúde.

A declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa indicam que a saúde encontra-se vinculada aos processos socioeconômicos.^{23,19} A carta de Ottawa destaca que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, bem como propõe condições essenciais para o seu desenvolvimento, como a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social, a equidade. Afirma, ao mesmo tempo, que, para se atingir o bem-estar físico, mental e social, dentre outros fatores, deve-se modificar favoravelmente o meio em que se vive.¹⁹

No entanto, a população de camponeses sem terra apresenta-se com uma cobertura dos serviços em saúde insuficiente,²⁴ induzindo as famílias a buscarem, ao seu modo, realizar o cuidado que envolva a saúde, por meio de ações preventivas que se traduzem em intervenções

específicas, dirigidas para evitar o surgimento de doenças,²⁵ sendo estas demonstradas pelo comportamento pessoal no contexto social.

Por outro lado, encontra-se o cuidado como compromisso vinculado à preocupação em demonstrar que as famílias e seus integrantes trabalham na terra, que produzem.

A gente tem que produzir, não podemos passar por vadio, tem que trabalhar [...]
(SF01)

Gosto muito de ver as coisas no lugar. Aqui em casa tá sempre chegando gente. Quando estou por aí, na volta estou sempre varrendo, roçando [...] Os guris ajudam. (SF04)

As famílias buscam evidenciar que as terras adquiridas pela reforma agrária cumprem com a sua função social, ou seja, estão sendo cultivadas e produzem alimentos. Essa inquietação respalda-se no processo de estigmatização construído em torno das famílias assentadas e na historiografia da questão agrária em nosso país, as quais refletem no processo de formação da sociedade.

A terra significa para as famílias rurais um lugar para ser chamado de seu, no qual é possível estabelecer a moradia, trabalhar, cuidar da família e dos filhos. A terra conquistada pelo trabalho, pelo esforço, tem um valor muito mais simbólico e social do que econômico.⁵ Contudo, as forças sociais predominantes, chamadas de patronais ou conservadoras, encontram-se apegadas ao sagrado direito de propriedade, defendendo que a terra devia ser de quem tivesse condições de fazê-la produzir, e que a reforma agrária, da qual originam-se os assentamentos rurais, desorganizaria a produção.^{26:131} Cientes da discriminação, as famílias assentadas, estabelecem o cuidado como um compromisso em manter o lote produtivo.

As diferenças entre as sociedades urbanas e rurais decorrem principalmente da influência do meio social sobre ambas as populações.²⁷ A proliferação dos estigmas encontra-se relacionada à estruturação social do coletivo, pois vive-se em uma sociedade estratificada em classes, tornando-se um potencial dos fatores desencadeantes das iniquidades em saúde.²⁸

O cuidado como compromisso de todos, seja ele visualizado coletiva ou individualmente, apresenta-se como uma prática cultural padronizada e aprendida a partir da nova visão de mundo, a qual permite às famílias melhorias nas suas condições sociais.

Considerações finais

Os resultados deste estudo demonstram que as famílias assentadas desenvolvem um

cuidado cultural embasado em uma visão de mundo identificada como um compromisso de todos, a qual foi construída, inicialmente, junto ao acampamento. O cuidado como compromisso de todos envolve ações relacionadas à assistência, apoio, condutas e procedimentos para melhorar ou aperfeiçoar as condições de vida.

O cuidado como compromisso demonstra que as famílias concebem o lote de terra e o território no qual se encontram inseridas, como a oportunidade de redefinir a história de suas vidas, apesar das dificuldades e preconceitos existentes.

As dificuldades das populações rurais são similares, sejam elas assentadas ou não, vindo a refletir a realidade deste segmento, sendo que a enfermagem, uma profissão voltada ao cuidado de pessoas e famílias, necessita compreender as diferentes visões de mundo e os comportamentos culturais que influenciam o viver das famílias assentadas, para possibilitar um cuidado holístico e congruente sob ponto de vista cultural.

Referências

1. Cavalcante IMS, Nogueira LMV. Práticas sociais e coletivas para a saúde no assentamento Mártires de Abril na ilha de Mosqueiro, Belém, Pará. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico na internet]. 2008 set [acesso em 10 junho 2010]; 12(3): 492-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a15.pdf>.
2. Marcon SS, Elsen I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. Fam saúde desenv. 1999; 1 (1/2).
3. Budó MLD. A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira. Florianópolis: UFSC/PEN; 2002.
4. Schwartz E. Família, ruralidade e saúde. Rev Cienc Cuid Saúde. 2003; 2 Supl.:38-41.
5. Girardon-Perlini NMO. Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009. 217f
6. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.432p.
7. _____; Mcfarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett. Sudbury MA. 2006. p.43-82.
8. Piccin MB. Lógicas socioculturais e estratégias produtivas no assentamento Menina dos Olhos dos sem-terra [dissertação de mestrado na internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais; 2007 [acesso em 15 agosto 2011]. 199f. Disponível em: http://www.ufrj.br/cpda/static/dissertacao_marcos_piccin.pdf.
9. Collière MF. Promouvoir la vie. Paris: Intereditions; 1982. Tradução: Abecasis MLB. 1989. p. 26-50.
10. Zillmer JGV, Schwartz E, Ceolin T, Heck RM. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2009 jul/set [acesso em 10 julho 2010]; 3(3):319-324. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/index/search/titles?searchPage=9>.
11. VÍctoria CG, Knauth DR, Hassen. MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000. 136p.
12. Minayo CS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC; 2008. 406p.
13. Pires PA. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart

J, Deslauriers JP, Groulx LH et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução: Nasser AC. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. 2 ed. ampliada. Brasília, Ministério da Saúde; 2003. 64p.

15. Silveira SMP. O sujeito sem terra. Em Tese. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC [periódico na internet]. 2008 ago/dez [acesso em 10 julho 2011]; 5(1): 49-73. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/13445/12342>.

16. Brasil. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Manual de Saneamento. 4. ed. rev. Brasília; 2006. 408p.

17. Leite S, Heredia B, Medeiros L, Palmeira M, Cintrão R. Impacto dos Assentamentos: um estudo sobre o meio rural brasileiro. São Paulo: Editora UNESP; 2004.

18. Scopinho RA. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. Rev Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2010 [acesso em 10 maio 2011]; 15(1):1575-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/069.pdf>.

19. Organização Pan-Americana da Saúde. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde [documento na internet]. 1986 nov [acesso em 10 junho 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.

20. Conde BS. História entre paredes: a importância da *casa* nas análises históricas de Gilberto Freyre. Revista Ágora [periódico na internet]. 2008 [acesso em 10 setembro 2011]; 8:1-13. Disponível em: http://www.ufes.br/ppghis/agora/Documentos/Revista_8_PDFs/agora_BRUNO_SANTOS_CONDE.pdf.

21. Silvestre L. O significado da moradia nos assentamentos. Jornal dos trabalhadores rurais sem terra [documento na internet]. 2008 abr [acesso em 15 setembro 2011]; 281. Disponível em: <http://www.mst.org.br/jornal/281/estados>.

22. Budó MLD. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos [dissertação de mestrado]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1994.

23. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata URSS 6 a 12 de setembro de 1978 [documento na internet]. [acesso em 15 junho 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

24. Victora CG, Barreto LM, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. THE LANCET Saúde no Brasil [periódico na internet]. 2011 mai [acesso em 18 outubro 2011]; 6: 90-102. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>

25. Czeresnia D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2003. 176p.
26. Medeiros LS. A luta por terra no Brasil e o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra [documento na internet]. 2009 [acesso em 14 março 2011]. Disponível em <http://www.geopr1.planalto.gov.br/saei/images/publicacoes/CGEEVF.pdf>.
27. Schwartz E, Lange C, Meincke SMK. A enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. Rev Fam Saúde Desenv [periódico na internet]. 2011 jan./jun [acesso em 20 fevereiro 2011]; 3(1): 48-53. Disponível em: <http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4946/3761>.
28. Riquinho DL. A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural [dissertação de mestrado na internet]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. [acesso em 18 agosto 2011]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16566/000705208.pdf?sequence=1>.

ARTIGO 3

Proteção: dimensões do cuidado em famílias rurais assentadas¹⁸

¹⁸ Artigo formatado para periódico Revista da Escola de Enfermagem da USP Qualis A2. Cabe ressaltar que, o número de laudas compreendem um número superior do que o permitido pelos periódicos científicos. Nesse sentido, entende-se que tais questões serão retomadas no momento da submissão ao respectivo periódico

Resumo

O presente estudo objetivou conhecer as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas por uma comunidade rural assentada na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A metodologia consiste em uma pesquisa de campo qualitativa de vertente etnográfica, na enfermagem denominada de etnoenfermagem. Para a coleta dados utilizou-se o guia habilitador Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), entrevista semiestruturada e um diário de campo, sendo realizada no período de fevereiro a maio de 2011. A análise dos dados ocorreu com base na etnoenfermagem de Madeleine Leininger, a qual propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais constituídas pela coleta e documentação dos dados brutos; identificação dos descritores e indicadores; análise contextual e de padrões atuais; e a identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. Pelo presente estudo pode-se descrever que o cuidado encontra-se culturalmente definido e se constituiu em proteger, seja no sistema de cuidado genérico ou profissional. No cuidado genérico a proteção torna-se uma ferramenta de sobrevivência das famílias, e no cuidado profissional a proteção abrange as ações de apoio, de assistência para melhorar o bem-estar das famílias. Conclui-se que os sistemas de cuidado popular e profissional necessitam andar associados, pois a aproximação dos saberes permite à enfermagem realizar um cuidado congruente com a cultura.

Descritores: enfermagem, cultura, cuidados de enfermagem, assentamentos rurais

Introdução

As práticas do cuidado encontram-se entrelaçadas com os aspectos sociais, culturais e históricos que permeiam a vida das famílias, sujeitos e comunidades. Como precursoras dos estudos envolvendo a temática cultural, cuidado e enfermagem, destacam-se Madeleine Leininger e a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.^{1,2} Essa teoria prevê que o cuidado humano existe em todas as culturas, e que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo.^{1,2} A teoria tem como propósito desvendar a diversidade e universalidade do cuidado humano relacionada com a visão de mundo, estrutura social, etno-história e outras dimensões, buscando descobrir maneiras de prover cuidados culturalmente congruentes às pessoas de culturas diferentes ou similares, de maneira a manter ou recuperar seu bem-estar, sua saúde ou enfrentar a morte de um modo culturalmente apropriado.^{1,2}

A referida teórica criou o subcampo da enfermagem transcultural, construído sob a premissa de que as pessoas de cada cultura não apenas sabem e definem as formas através das quais experimentam e percebem seu mundo de atendimento de enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências e percepções com as suas crenças, estilos de vida e práticas gerais de saúde.^{1,2} A teoria busca produzir um conhecimento para ajudar enfermeiros na prática do cuidado com famílias e pessoas de culturas diversas e similares que precisam ser compreendidas e ajudadas.

A enfermagem, ao exercer o cuidado, realiza aproximações entre os diversos modos de cuidar, objetivando compreender as semelhanças e diferenças na forma com que as pessoas percebem e praticam o cuidado, definindo-se como um cuidado transcultural e holístico, de modo amplo, para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno caracterizado pelo

respeito à identidade com o coletivo.^{1,2}

Assim, ao olhar as sociedades sob a lente sociocultural, identifica-se a existência de um sistema amplo de cuidados, os quais são definidos como: sistemas de cuidados genéricos, e sistema de cuidado profissional.^{1,2} O cuidado genérico (“folk “ou popular) diz respeito às ações de cuidado desenvolvidas na perspectiva familiar e difundidas culturalmente entre as pessoas, não sendo transmitidas oficialmente pelas instituições de ensino, e que envolvem práticas de cuidados primários de saúde. O cuidado profissional, por outro lado, envolve tudo aquilo que é aprendido e praticado pelos enfermeiros, ou seja, é formalizado e oficializado nos bancos acadêmicos.^{1,2}

Estudos têm apontado que o cuidado é universal, por encontrar-se presente em todas as culturas, sendo, porém, definido em cada meio de maneira diversificada, pois reflete os valores e as práticas socioculturais específicas de determinado grupo social.^{1,2}

O meio rural compreende comunidades distantes, sob o ponto de vista geográfico, dos centros urbanos, mantendo características singulares que abrangem os aspectos sociais, culturais e históricos.^{3,4,5} As comunidades rurais assentadas, do mesmo modo, formam um território afastado do perímetro urbano, de origem múltipla,⁶ com peculiaridades socioculturais e históricas.

As particularidades do rural permeiam o viver das famílias continuamente, fornecendo significados que se constituem na essência das diversas ações de cuidado desenvolvidas. O cuidado para as famílias rurais “é concebido na externalidade do corpo no conjunto das relações que abrangem família, o trabalho e a terra”.^{7:49}

Diante disso pergunta-se: quais as ações de cuidado em saúde praticadas pelas famílias rurais assentadas? Face ao exposto, busca-se conhecer as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas por uma comunidade rural assentada na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Metodologia

O presente estudo qualitativo, de natureza etnográfica, é parte integrante da dissertação de mestrado intitulada “Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem”.

A etnografia consiste em um “conjunto de concepções e procedimentos empregados pela antropologia para conhecimento científico da realidade social”.^{8:53} Na enfermagem, denominam-se de etnoenfermagem os “estudos relativos ao campo cultural”, constituindo-se em um estudo das crenças, valores, práticas de cuidado, percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências diretas.^{1,2}

O cenário em que se desenvolveu a pesquisa foi um assentamento rural situado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, constituído por 53 lotes de terra, sendo que, no período de coleta de dados, apenas 48 lotes encontravam-se ocupados. As famílias assentadas nessa localidade são oriundas de diversos acampamentos no Estado Rio Grande do Sul e a área geográfica total do assentamento é de 829,55 hectares. A distância geográfica da sede municipal é de cerca de 17 km, por meio de uma rodovia estadual. Os lotes compreendem em média de 11 a 15 hectares cada um, sendo que aqueles com 15 hectares são constituídos por áreas de proteção ambiental, com mata nativa, vertentes de água, restando para o cultivo aproximadamente de 11 a 12 hectares de terra.

Para a coleta de dados utilizou-se o Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R) de Leininger, um dos guias habilitadores indicados como recurso para explicar o cuidado cultural. O modelo O-P-R é derivado da técnica de observação participante, porém transformado para incluir a reflexão.^{1,2} Ainda, para a coleta de dados empregou-se, uma entrevista semiestruturada e um diário de campo. Em relação ao anonimato, resguardou-se a identidade dos sujeitos integrantes das famílias pesquisadas, considerando a individualidade,

os valores e cultura de cada família participante do estudo.

O sigilo das famílias participantes do estudo foi preservado por meio da utilização das letras S correspondente a “sujeito” e F, de “família”, seguidas do número relacionado à ordem de realização das entrevistas. Como exemplo: SF01; SF02; e assim sucessivamente. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas com o consentimento dos sujeitos pesquisados.

As fontes de informações dos estudos que envolvem a etnoenfermagem são denominadas de informantes-chave e geral. No presente estudo, os informantes-chave foram selecionados propositalmente e se constituíram dos sujeitos que apresentavam maior facilidade de comunicação, em cada família, sendo que os demais integrantes das famílias foram considerados informantes gerais.

O número de famílias acompanhadas delimitou-se pela saturação dos dados,⁹ totalizando quatro famílias acompanhadas. Para o registro dos dados, utilizou-se um diário de campo, que consiste em um “caderno de notas em que o investigador vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista, dia por dia”.^{11:295} O registro das observações foi precedido por uma identificação que consistia na data, o horário, o local e as situações observadas naquele período. Os dados foram coletados de fevereiro de 2011 a maio de 2011.

Para a seleção das famílias participantes do estudo, foram obedecidas as seguintes etapas: após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, solicitou-se uma reunião com as famílias para apresentação e discussão do projeto aprovado. Participaram dessa reunião nove famílias, dentre as quais se selecionou intencionalmente as famílias que fizeram parte da pesquisa, levando-se em consideração os critérios de inclusão.

Como critério de inclusão para o presente estudo, estipulou-se que as famílias participantes do estudo seriam aquelas que compareceram na reunião de apresentação e discussão do projeto aprovado e que atendiam ao critério de serem moradoras do

assentamento há, no mínimo, dois anos. O recorte temporal de dois anos foi estipulado por se acreditar que, com período inferior, a família não se encontraria integrada ao contexto sociocultural que permeia a comunidade ou território local. Nas entrevistas participaram os sujeitos de famílias assentadas maiores de 18 anos.

A análise dos dados ocorreu baseada em Leininger ², a qual propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais. A fase I refere-se à coleta e documentação dos dados brutos; a fase II, à identificação dos descritores e indicadores; a fase III, à análise contextual e de padrões atuais; e a fase IV, à identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa.

O estudo foi realizado em consonância com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ¹⁰, com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº 0356.0.243.000-10.

Resultados e discussões

Na interface do presente estudo emergiu, dos relatos das famílias assentadas e da observação participante junto às mesmas, que o cuidado significa proteção, concretizado no sistema de cuidado genérico e no sistema de cuidado profissional. Essa prática apresentou-se compartilhada e padronizada pelas famílias durante todo processo investigativo.

Práticas de cuidado popular em famílias de assentamento rural

Diversas práticas de cuidado no assentamento ficaram evidenciadas pelas famílias, sendo as mesmas embasadas nas suas experiências de vida. Como escopo principal, tais práticas traduzem-se em proteção, destacando-se as práticas de cuidado que envolvem: os riscos ambientais; o uso de calçados apropriados para o trabalho; vestir-se adequadamente conforme a temperatura ambiente e conforme o tipo de trabalho; fazer uso de chás; as crenças

populares e a produção de uma alimentação considerada sadia. Essa diversidade do cuidado difunde-se, culturalmente, entre as pessoas e no meio em que se encontram inseridas, configurando-se um sistema de cuidado genérico ou popular.

As famílias percebem o meio em que residem e trabalham como um contexto imerso em diversos **riscos ambientais** para acidentes de trabalho, sendo portanto necessário o cuidado como proteção, o qual é concebido como ponto decisivo para manter a saúde, conforme o registro das falas:

[Cuidado] é proteger; cuidar um pouquinho; fazer ao máximo para que não aconteça, às vezes se cortar cortando lenha, roçando, pisar num prego, tudo isso aí vai do cuidado, fazer devagarzinho para não se machucar, porque é brabo uma parte do corpo [...] (SF01)

Os ambientes rurais, devido às suas especificidades de organização envolvendo o trabalho, expõem as famílias assentadas, constantemente, a riscos ambientais que se configuram em fatores agressivos à saúde, os quais podem resultar em lesões corporais diversas. Durante a observação junto às famílias, os maiores riscos ambientais e potenciais para desenvolver acidentes de trabalho envolvem os animais domésticos (cães, bovinos, equinos e suínos), os animais peçonhentos (cobras, aranhas) e materiais e equipamentos utilizados para o desempenho dos afazeres diários (facões, foices, enxadas, carroças, trituradores de milho, roçadeiras, tratores, ordenhadeiras, cerca elétrica).

As famílias assentadas, ao mencionarem a necessidade de realizar as atividades lentamente, consideram estar desenvolvendo um cuidado que foi aprendido socialmente, para garantir o bem-estar e lutar contra a hostilidade encontrada junto à terra. Autores consideram esse cuidado como um método que visa à preservação do potencial saudável dos seus cidadãos.¹² Esse cuidado mantido com a prática do trabalho, de certa forma, reduz os índices de morbidade referente às causas dos acidentes, porém, não ameniza os riscos ambientais a que as famílias encontram-se sujeitas.

Os acidentes rurais ocorrem durante a realização do trabalho, resultando em lesões,

perturbações funcionais, doenças com perda da funcionalidade temporária ou permanente da capacidade de trabalho e até morte. Os acidentes de trabalho e as lesões registradas em estudos envolvendo as comunidades rurais afetam principalmente os membros superiores e inferiores, sendo os mesmos causados, em sua maioria, por ferramentas manuais e cortantes (instrumentos de trabalho), contusões, e por animais peçonhentos.¹³

Os acidentes de trabalho para as famílias assentadas são considerados, todavia, eventos passíveis de ocorrer habitualmente, pois se configuram como um destino que se encontra inerente à labuta diária, segundo a fala descrita e registrada no diário de campo:

[...] acidente quando acontece, isso é normal, isso não é falta de cuidado com a saúde, é que tem que acontecer [...] (SF04)

O acidente, ao ser considerado um desígnio, leva as famílias a visualizar a adversidade, o infortúnio, como um processo dinâmico que envolve o contexto social no qual se encontram inseridos, e não como um descuido ou falta de cuidado. Confirmando essa fala, em nota de diário de campo encontra-se registrado:

Ao chegar à casa da família, constatou-se a ocorrência de um acidente de trabalho envolvendo o triturador de milho. Um dos integrantes da família cortou as falanges distais dos membros superiores, enquanto realizava atividades inerentes ao dia a dia [triturar milho]. Destaca-se que esse acidente decorreu após breve período de tempo no qual houve um acidente semelhante, com outro integrante da família e o triturador de milho. (fragmento diário campo: 12/05/2011)

A percepção do risco do acidente de trabalho consiste na capacidade de conhecer os perigos a que as famílias estão expostas, contudo, estudos afirmam que os riscos no trabalho rural são minimizados ou negados, tendo em vista que são os atributos subjetivos que configuram o risco e o perigo no trabalho, em conformidade com uma perspectiva individual.¹⁴

O espaço geográfico dos lotes das famílias assentadas apresentam, ainda, um risco potencial maior para acidentes envolvendo principalmente animais peçonhentos, pois a terra,

bem como os lotes vizinhos, contêm diversas reservas nativas com nascentes d'água e/ou matagal, transformando-se em um hábitat propício para algumas espécies de répteis.

Dessa forma, outra prática de cuidado objetivando a proteção, conforme informações das famílias, consiste no uso de **calçados de borracha**.

Deus me livre não se cuidar, pisar numa cobra e ela morder, é complicado ir para cidade [procurar atendimento] (SF01)

Lá fora [junto à terra] a gente vai trabalhar prevenido de calçado [...] a gente vai sempre usando bota de borracha por causa do sereno para não pegar nos pés, por causa dos insetos, da lama, do tétano [...] (SF04)

O fenômeno saúde/doença apresenta íntima relação com a situação social, com a forma de produção, com o trabalho das famílias, destarte, as famílias buscam ao seu modo prevenir acidentes e os agravos à saúde adotando medidas que consideram importantes para a vida. Prevalece como prática de cuidado o uso da bota de borracha vulcanizada de cano curto ou longo para os trabalhos nos arredores bem como os mais afastados da casa, como na lavoura, nos piquetes ou com o gado, em lugares úmidos.

Para aprimorar a saúde, programas públicos de prevenção a acidentes deveriam ser planejados para o meio rural, principalmente envolvendo o manuseio de instrumentos e o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), a fim de que as famílias possam proteger-se cada vez mais e melhor.¹³

O cuidado como proteção encontra-se também vinculado ao **uso da vestimenta adequada para a temperatura e exposição ao sol**, configurando-se como outra forma de proteção, não mencionada, porém observada junto às famílias. Para a proteção do frio constataram-se situações como a que se segue:

Na presença de uma brisa, crianças usam casacos leves ou camisas de manga longa. Nos dias com uma queda mais brusca de temperatura crianças e adultos buscam a proteção junto a vestimentas mais reforçadas. (fragmento diário campo 15/02/2011; 29/04/2011)

Adotar um estilo de vida mais saudável, mediante ações como o uso das roupas em conformidade com a temperatura ambiente ou de acordo com a estação do ano, traduz-se em

uma preocupação com a manutenção da saúde. Culturalmente, considera-se que vestir-se de acordo com a temperatura ambiente previne algumas doenças, pois a temperatura basal sempre foi considerada um importante diferencial no processo saúde e doença.

O vestuário minimiza a perda do calor ao permitir a criação de uma camada de ar não renovada sob a superfície corporal. A temperatura corporal fora da faixa considerada excelente (36,5°- 37,5°C) pode desencadear comprometimentos fisiológicos e patológicos no ser humano.¹⁵

Constatou-se, ainda, que as famílias apresentavam o hábito de utilizar chapéus ou bonés e calça comprida e camisa de manga longa, para se protegerem durante a execução de atividades que exigem exposição solar mais intensa, sejam essas atividades desenvolvidas durante a capina, na roçada, ou na silagem, conforme nota do diário de campo:

O trabalho diário em uma comunidade rural requer também cuidado com a exposição ao sol. A capina inicia-se o mais cedo possível pela manhã, estendendo-se até 10 h ou no máximo ao meio-dia, horário do almoço. As famílias lançam mão de chapéus, bonés e indumentária composta por camisas de manga longa, calças compridas. (fragmento diário campo dia 15/02/2011; 05/05/2011)

O cuidado com o corpo mediante a adoção de tais práticas auxilia na prevenção e manutenção da saúde, entretanto, as famílias envolvidas na pesquisa não mencionaram o uso de bloqueadores e ou protetores solares e labiais como forma de prevenção aos raios nocivos do sol e causadores de patologias severas como o câncer. O não uso do protetor solar e labial, ou a falta da menção dessa prática de cuidado, possivelmente esteja vinculado ao alto custo dos mesmos, assim como a tal hábito não encontrar-se radicado na cultura local.

Outras maneiras de cuidar o corpo buscando a proteção e incorporados na cultura das famílias assentadas envolvem ações diversificadas, conforme depoimentos:

[...] não botar os pés no chão nem no verão nem no inverno, não sair [de casa] e pegar a aragem da noite. Minha mãe sempre dizia que a aragem da noite inverno dá gripe, dor de garganta [...] comer feijão, refrigerantes somente final de semana. [...] trabalhar prevenido de calçado, capa de chuva amarela grossa e casaco também, se sair cedo. (SF04)

Os hábitos rotineiros de cuidado, as práticas de cuidado transmitidas de geração em geração, atos e atitudes que compõem a vida das famílias rurais assentadas formam um mosaico cultural de experiências diárias diversas. O fato das famílias possuírem um conhecimento sobre cuidado, como o cuidado referente à exposição ao sol, não se constitui numa ação segura de prevenção de doenças ocupacionais, apontando para a necessidade de uma atuação em saúde, por parte da enfermagem, que venha a modificar essa realidade.¹⁶

Outra prática de cuidado à saúde como proteção desenvolvida pelas famílias consiste em fazer **uso de chás**. Essa prática de cuidado, habitualmente, encontra-se inserida na vida das famílias, segundo informações colhidas nos depoimentos.

[...] faço aquele champorão [mistura de várias ervas para chá] e coloco em cima do fogão e faço eles [os demais integrantes da família] tomar [...] (SF01).

[...] muitas vezes tem que se socorrer com chá [...] a gente aprende nos cursos do movimento, no acampamento, algumas coisas eu sabia da minha infância [...] (SF03).

O uso de chás configura-se uma como uma prática sociocultural adotada por todos os integrantes da família, sendo que o conhecimento das ervas e plantas medicinais bem como suas indicações perpassa gerações, com capacidade de ser aprimorada mediante cursos e capacitações.

Durante a vivência no acampamento as famílias também recebem orientações sobre manejo, cultivo das ervas para os chás, fabricação de pomadas, xaropes, dentre outros. Essa é uma prática comum nos acampamentos, que possuem normas e linhas de organização e funcionamento, dentre eles a linha da saúde e higiene.

Os tipos de plantas medicinais mais citadas, pelo nome popular, foram o angico, alho, limão, laranja, macela, guanxuma, lágrima-de-Nossa Senhora, melissa, cidreira, mil-ramas, penicilina, cipó-mil-homens, cipó São João, folhas de chuchu, aipo, folha amoxicilina, tanchagem, erva-de-bicho (fragmento diário campo 05/04/2011). Essa ênfase sobre a fitoterapia traz em sua essência a preocupação em ajudar as famílias a terem mais qualidade

de vida e a explorar os recursos naturais que a terra oferece, sem depender totalmente das políticas públicas em saúde.

O poder curativo das plantas é notório e acompanha a evolução humana desde o seu surgimento. Durante muito tempo o poder terapêutico das plantas medicinais foi o principal meio disponível para tratar a saúde das famílias.¹⁷

Constatou-se, também, que as famílias assentadas desenvolvem o cuidado como proteção por meio do ato de se benzer e outras **crenças populares**, conforme informações repassadas e registradas em nota no diário campo.

Os calçados devem ficar dispostos lado a lado para permitir o progresso, sucesso, harmonia. A terra, a casa, os bichos devem ser protegidos pela benção. Para sair olho gordo, tem que usar sal. A sujeira da casa nunca deve ser varrida para fora durante a noite, pois a escuridão leva a harmonia, a felicidade, embora. O ideal para benzer é antes do sol entrar. (fragmento diário campo 16/02/2011)

As famílias realizam algumas práticas de cuidado embasadas em crenças que envolvem o calendário lunar ou as fases da lua. Esses cuidados envolvem os integrantes das famílias bem como o cuidado com o cultivo da terra, respeitando-se as épocas de plantio de cada espécie. O uso do anti-helmíntico, por exemplo, ocorre somente nos períodos em que a lua esteja na fase minguante, pois as famílias acreditam que os parasitas intestinais, chamados de “vermes, bichas” encontram-se “por cima, mais fracos, menos alvoroçados”. (fragmento diário campo 16/05/2011)

As crenças, as superstições constituem-se em elementos simbólicos impregnados pelo misticismo, os quais desempenham uma função de amparo a essas famílias nas diferentes circunstâncias da vida. Os credos culturais envolvem preceitos, princípios e aspectos subjetivos, os quais se tornam responsáveis por estabelecer uma afinidade entre as crenças e o cuidado popular.

Os tratamentos em saúde e a tecnologia avançam consideravelmente a cada dia, porém a sociedade, de um modo geral, busca, ao mesmo tempo, recursos não convencionais para solucionar suas dificuldades, como as práticas mágico-religiosas, e recorrem ao pensamento imaginário, para proporcionar alívio às suas angústias e aflições, estabelecendo-se um paradoxo. Uma vez que atingem a vida do homem libertando-o de suas incertezas, tornando-o menos vulnerável às adversidades, as crenças se evidenciam vindo a resultar, na maioria das

vezes, em influências nos acontecimentos, na tomada de decisões que promovam repercussões sociais.¹⁸

O **alimento** também se encontra vinculado à manutenção do cuidado, visando à proteção, como na fala a seguir:

[...] uma alimentação do campo mesmo [...] não tem por que comprar tudo no mercado [...] todo esse trans [gênico]... afeta a saúde da gente. (SF02)

Para as famílias, consumir o próprio alimento consiste em ter, à sua mesa, um alimento mais saudável e economicamente correto. Produzir o próprio alimento garante a sobrevivência na terra e motiva a continuidade da luta.

As famílias assentadas produzem alimentos básicos como forma de autossustentação e destacam que a qualidade dos alimentos produzidos no assentamento é apropriada ao consumo, pois não se encontram contaminados por agrotóxicos, hormônios e outros produtos químicos utilizados pela agroindústria, traduzindo-se em um alimento sadio. Os alimentos disponibilizados nas cidades, para as famílias, não apresentam boa qualidade, não podendo confiar-se nos métodos de produção e nos prazos de validade.¹⁹

As diversas práticas de cuidados populares desenvolvidas pelas famílias assentadas demonstram as ações de proteção frente aos problemas encontrados no meio em que vivem. Conclui-se, então, que a cultura do cuidado popular torna-se uma ferramenta de sobrevivência das famílias no contexto que as rodeia, por meio de tradições e costumes.

Proteção: o cuidado profissional na perspectiva das famílias assentadas

O cuidado profissional, como proteção, também é lembrado pelas famílias na abordagem referente à falta da saúde. Esse construto encontra-se vinculado ao **acesso ao sistema profissional de saúde**, na forma de consultas médicas, medicações, hospital, ambulância e agente comunitário em saúde (ACS).

As famílias assentadas buscam a proteção ao acessar o cuidado de saúde por meio de consultas especializadas, na expectativa de solucionar um agravo em saúde considerado inesperado ou agudo, evidenciado nas falas que se seguem:

[...] se dá um problema, a primeira coisa que tu faz é ir no médico e cuidar ao máximo possível, seguir as orientações que o médico mandar [...] (SF04)

[...] quando se atacou [refere o nome pessoa e o problema], eu levei no hospital, uma terça-feira, o médico consultou e deu remedinho para dor e mandou embora. Na quarta de noite [...] não aguentou de novo a dor, voltamos ao hospital, fez remédio na veia, mandou de volta para casa [...]. O postinho não estava funcionando [...] era feriado naquela semana [...] se vai consultar lá no postinho é paracetamol e outras coisinhas [...] (SF03)

O **acesso ao médico** e o seu conhecimento são preconizados pelas famílias por este apresentar uma resposta rápida às suas dificuldades em saúde, porém, nem sempre eficaz para o problema. A busca por esses cuidados e saberes não significa desinformação acerca dos agravos, excetuando-se as emergências, contudo, pode traduzir-se em valorizar em demasia o conhecimento biomédico em detrimento do conhecimento popular e familiar.²⁰

A saúde e o cuidado centrados apenas no modelo hegemônico (biomédico) prevalecem junto às famílias e comunidades nas quais os serviços de saúde não se encontram estruturados. A dificuldade em acessar serviços de saúde, por diversas razões, fortalece ainda mais a exclusão da população, e tais constatações servem para ponderar acerca das falhas envolvendo as políticas de saúde voltadas para a população do campo.²¹

Uma solução rápida aos problemas de saúde permite um retorno imediato ao trabalho, pois para as famílias assentadas poder trabalhar consiste em saúde e ausência de doença, fortalecendo-se, dessa forma, a percepção da saúde como um elemento permeado constantemente pela cultura e condição social. Todavia, para uma das famílias, o retorno às atividades, em caso de doença, pode ser gradual, pois subentendem que os demais integrantes da família responsabilizam-se pelas atividades.

Uma alternativa de proteção e cuidado desenvolvida pelas famílias, conforme depoimentos, para acessar o sistema de cuidado profissional, representado pelos hospitais, nos horários em que não há transporte coletivo (ônibus), é a utilização dos **serviços da ambulância**.

Se ficar doente a gente liga para ambulância [...] (SF01)

[...] eles [da secretaria de saúde e ambulância] vêm buscar [...] (SF02)

Ao perceberem que lhes falta saúde, e diante da dificuldade em chegar a rede básica dos serviços de saúde, as famílias acionam o serviço de urgência e emergência via plantão da ambulância municipal. Nesse caso, a acessibilidade se confunde com a possibilidade que as pessoas e famílias possuem para chegar aos serviços de saúde, para solucionar o seu problema,²² e o acesso consiste, apenas, em buscar e receber assistência à saúde, pois o ingresso à rede de serviços não se encontra democratizado.²³

A promoção à saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para adoção de políticas públicas seguras e saudáveis, no entanto, a saúde como um direito social representa um ideal que até o presente momento ainda vem sendo construído dentro do assentamento, deixando as famílias à margem das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A falta de discussão coletiva sobre a temática na comunidade justifica-se pelo fato de que a preocupação maior de todos envolve primeiramente a sobrevivência na terra aliado aos financiamentos e projetos agrícolas.

Ainda, quando solicitados a abordar o significado de saúde, evidenciou-se a ênfase ao **medicamento como cuidado**, no sentido da proteção, sendo este amplamente difundido junto às famílias. Na cultura medicalizada, os medicamentos, passam a adquirir lugar de destaque no cuidado ao serem associados com a cura e saúde, segundo falas descritas:

[...] falta remédio, toda a vez que eu fui [não tinha a medicação] (SF02)

[...] essa questão da saúde a partir do dia que nós viemos para cá [cita nome da cidade] [...] o governo atual já devia entender e fazer o pedido para mais tantas pessoas de medicação [...] o medicamento basicamente a gente vai buscar e não tem [...] medicamento é questão de

saúde [...] tomar o remédio na hora certa, a gente põe o telefone para despertar e não atrasar o remédio [...] (SF04)

A escassez ou ausência de medicamentos nas farmácias municipais são motivos de diversas reclamações por parte das famílias, devido às particularidades sociais e econômicas a que estão expostas.

A medicalização encontra-se, na contemporaneidade, legitimada e oficializada como método adequado e eficaz de cuidado e tratamento em saúde, convertendo o adoecer em problemas da “máquina humana”, sendo a intervenção químico-cirúrgica a alternativa que fornece resolutividade.²⁴

A crença no produto farmacêutico como âncora pelas famílias assentadas apresenta estreita ligação com o entendimento que as famílias possuem sobre os medicamentos, retroalimentado pela desproteção por parte do poder público, representada pela ausência de uma política pública em saúde que forneça uma resposta aos seus anseios, medos e concepções culturais sobre a saúde e doença. Esse achado confirma-se com a fala abaixo:

[...] quando [identifica sujeito] ficou doente tive que esperar mais de uma semana para conseguir levar na doutora [...] que já tinha atendido por primeiro [...] então a única coisa é infelizmente comprar remédio [...] (SF03)

A prática e o uso indiscriminado de diversos medicamentos sem apresentar uma resolutividade dos problemas em saúde tornam-se motivo de preocupação dos órgãos competentes e fiscalizadores, gerando diversos debates. Estudos têm demonstrado que o resultado das práticas abusivas consiste em prescrições desnecessárias em especial de antibióticos e medicamentos injetáveis, tratamentos ineficazes e inseguros, exacerbação da doença, aumento de reações adversas, desconforto ao paciente, danos, aumento da resistência microbiana, falta de acesso, perda da confiança do usuário no sistema de saúde.²⁵

As famílias consideram que uma forma de garantir o cuidado em saúde como proteção é o trabalho do **Agente Comunitário de Saúde**, que desenvolve as suas ações na comunidade há dois anos, destacado nas falas registradas abaixo:

Aqui a única pessoa que a gente pode contar é com [refere nome], a nossa agente comunitária [...] ela dá sempre um jeitinho [...] mas diz que é difícil [...] (SF01)

[...] levamos mais de um ano para conseguir ACS [...] (SF03)

Nós temos agente de saúde [...] ajuda, assim, se precisar marcar uma consulta, um exame, tipo uma intermediária, vem na tua casa, uma vez por mês traz anticoncepcional [...] (SF04)

O trabalho do ACS é visto como o vínculo com o sistema de saúde vigente, sendo que o seu papel é reconhecido pelas famílias pelo “jeitinho” em ajudar, mediante marcação consultas, exames.

O profissional ACS deve ser um educador de saúde, pois, entre as suas atribuições, ele organiza o acesso à saúde, capta as necessidades, identifica prioridades e detecta os casos de risco, procurando, de certa forma, oferecer ao usuário e à comunidade uma atenção para a saúde. Dessa forma, se o papel deste vier a ser cumprido corretamente, favorece-se a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas ilícitas, acidentes, dentre muitas outras.²⁶

É possível verificar que o cuidado profissional encontra-se vinculado aos saberes biomédicos, ao agente de saúde, à medicação, aos nosocômios, sem contudo mencionar a enfermagem de um modo geral e/ou o enfermeiro, evidenciando uma lacuna que necessita ser revista e analisada. Conclui-se, então, que o cuidado profissional em saúde emerge frente às ações de apoio, de assistência para melhorar o bem-estar das famílias e protegê-las das dificuldades ante as intercorrências que compõem o viver rural.

Considerações finais

A partir da realização do presente estudo, permite-se identificar que o cuidado desenvolvido pelas famílias assentadas encontra-se embasado em diversos conhecimentos, permeados pela experiência de vida, pelas crenças e valores, os quais perpassam a cultura do cuidado popular e o cuidado profissional.

Na cultura estudada, evidencia-se a que saúde encontra-se como sinônimo de trabalho, de produção e de manter-se no lote de terra conquistado, tornando-o produtivo, o que demanda por parte das famílias assentadas, no seu dia a dia, ações de cuidado específicas e concretas, visando proteção.

Dessa forma, os sistemas de cuidado popular e profissional necessitam andar associados, pois a aproximação dos saberes permite conhecer os significados de expressões, padrões, funções e estruturas do cuidado e do cuidar, possibilitando ofertar um cuidado unificador e singular às famílias.

O profissional enfermeiro necessita preparar-se para desenvolver um cuidado congruente às famílias, embasado nos conhecimentos culturais que guiam as ações nos diferentes contextos sociais, devido ao seu amplo conhecimento técnico, científico e de respeito à diversidade cultural. Entretanto, esse profissional não foi identificado pelas famílias assentadas como componente integrante do processo de proteção das mesmas. Dessa forma, torna-se de vital importância compreender e suprir a ausência desse profissional.

Referências

1. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.432p.
2. _____; Mcfarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett. Sudbury MA. 2006. p.43-82.
3. Marcon SS, Elsen I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. Rev fam saúde desenv. 1999; 1 (1/2).
4. Budó MLD. A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira. Florianópolis: UFSC/PEN; 2002.
5. Schwartz E. Família, ruralidade e saúde. Rev Cienc Cuid Saúde. 2003; 2 Supl.:38-41.
6. Bergamasso SM, Norder LAC. O que são assentamentos rurais? 2. ed. São Paulo: Brasiliense; 1998.
7. Schwartz E, Lange C, Meincke SMK. A enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. Rev Fam Saúde Desenv [periódico na internet]. 2001 jan./jun [acesso em 20 fevereiro 2011]; 3(1): 48-53. Disponível em: <http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4946/3761>.
8. VÍctora CG, Knauth DR, Hassen. MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000. 136p.
9. Pires PA. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução: Nasser AC. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC; 2008. 406p.
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. 2 ed. ampliada. Brasília, Ministério da Saúde; 2003. 64p.
12. Souza, ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. Texto e Contexto Enferm. 2005 Abr-Jun; 14(2): 226-70.
13. Fehlberg MF, Santos IS, Tomasi E. Acidentes de trabalho na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo transversal de base populacional. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 nov/dez [acesso em 19 julho 2011]; 17(6): 1375-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n6/6963.pdf>.
14. Peres F, Rozemberg B, Lucca SR. Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. Cad Saúde

- Pública [periódico na internet]. 2005 nov/dez [acesso em 12 setembro 2011]; 21(6): 1836-44. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n6/23.pdf> Acesso setembro de 2011.
15. Almeida RACS, Veiga MM. Processo de trabalho rural e EPIs: discussão sobre termorregulação corporal. P&D em Engenharia de Produção [periódico na internet]. 2010 [acesso em 12 setembro 2011]; 8(2): 29-39. Disponível em: <http://www.revista-ped.unifei.edu.br>.
16. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. Rev Latino-Am Enferm [periódico na internet]. 2001 jan [acesso em 13 setembro 2011]; 9(1): 109-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11538.pdf>.
17. Badke M, Budó MLD, Silva FM, Ressel LB. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. Esc Anna Nery (impr.). 2011 jan/mar; 15(1): 132-139.
18. Barbosa MA, Melo MB, Júnior RSS, Brasil VV, Martins CA, Bezerra ALQ. Saber popular: sua existência no meio universitário. Rev bras enferm [periódico na internet]. 2004 nov/dez [acesso em 15 setembro 2011]; 57 (6): 715-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a17.pdf>.
19. Scopinho RA. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15 (Supl.1): 1575-84.
20. Monticelli M. Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
21. Carneiro FF, Sá WR, Búrigo AC, Viana FC, Bertolini VA, Tambellini AT et al. Trabalho rural e condições de saúde das famílias do MST e dos bóias-frias: o caso de Unaí-MG. Tempus. Actas em Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2009 [acesso em 16 setembro 2011]; 4(4): 38-52. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/743/765.pdf>.
22. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias [arquivo na internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 13 julho 2010]. 726 p. Disponível em: <http://www.cipedia.com.br/web/filedetails.aspx?idfile=145509>.
23. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário. Projeto Gerus. [arquivo na internet]. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-americana de Saúde; 1997. p. 114-20. [acesso em 15 abril 2011]. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06UIT1.pdf.
24. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública 2008;42(5):914-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/7115.pdf>.
25. Organização Pan-Americana da Saúde. Oficial de trabalho uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional. [arquivo na internet]. Brasil. Ministério da Saúde; Agência

Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007. [acesso em 10 setembro 2011]. Disponível em:
http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/USO_RACIONAL_DE_MEDICAMENTOS_NA_PERSPECTIVA_MULTIPROFISSIONAL

26. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1886/GM; 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Programa Saúde da Família. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 1997.

DISCUSSÕES

A presente pesquisa buscou compreender o cuidado em saúde nas famílias de um assentamento rural. Os resultados apresentados na perspectiva das famílias demonstram que o cuidado sempre permeou a vida e a história dessas famílias, porém, após tornarem-se assentadas, o cuidado assume nova dimensão, vinculando-se aos construtos compromisso e proteção, numa busca para melhorarem de vida, manterem a saúde e poderem trabalhar.

Ao realizar uma análise da história de vida das famílias assentadas, é possível verificar que o cuidado adquiriu novos significados com a aproximação ao Movimento Sem Terra e posteriormente com o acesso ao seu lote de terra. Tal fato decorre, pois o movimento permite às famílias visualizar a terra como uma oportunidade de melhorar a sua condição humana, tendo em vista as dificuldades enfrentadas para garantir qualidade de vida e a sobrevivência diária no meio em que viviam anteriormente.

Essa nova perspectiva do cuidado torna-se possível, pois o assentamento transforma-se em uma política pública que permite às famílias exercer cidadania, acessar a terra e os benefícios diretos e indiretos que com ela advêm, como moradia, alimentação, saúde, educação, reconhecimento social e a sobrevivência (BERGAMASSO; NORDER, 1998; CELOS, 2007).

Dessa forma, para as famílias o assentamento, o acesso à terra e nela trabalhar convertem-se em saúde, devido à possibilidade da inclusão social, um reencontro com a autonomia, a liberdade, a garantia de subsistência, a possibilidade de ter uma casa, um refúgio, uma segurança, aliados a um pouco de conforto e qualidade de vida. Esses elementos se transformaram em pressupostos que guiam o cuidado cultural das famílias, configurando a saúde como um bem-estar culturalmente definido.

Conforme Leininger, o cuidado humano encontra-se permeado por fatores socioculturais, os quais envolvem linguagem, ações, elementos do contexto ambiental, e aspectos como valores, crenças, visão de mundo e estrutura social. Da mesma forma, a referida autora afirma que o cuidado passa a ser universal, ao ser demonstrado e padronizado por expressões, ações, estilos de vida e significados embasados na visão de mundo, no contexto ambiental, na etno-história, na estrutura social que acompanham as diversas culturas. (LEININGER, 1991; LEININGER; MACFARLAND, 2006).

Na população rural, o cuidado assume uma magnitude que vai além das relações

peçoais intrafamiliares, pois envolve o mundo da família, ou seja, tudo aquilo que lhe faz sentido (GIRARDON-PERLINI, 2009). Transportando essa afirmação para o mundo das famílias assentadas, e reconhecendo o que seja saúde para elas, identifica-se o cuidado como compromisso e o cuidado como proteção como os pilares da prática do cuidado cultural.

O cuidado, ao ser identificado como um compromisso de todos para melhorar de vida, demonstra que as famílias assentadas concebem o lote de terra e o território no qual se encontram inseridas como a oportunidade de redefinir a história de suas vidas, apesar das dificuldades e preconceitos existentes. Na vigência das dificuldades, as famílias rurais buscam se organizar, seja por meio de ações coletivas ou individuais, objetivando traçar estratégias que possibilitem melhorias (SCOPINHO, 2010).

O cuidado encontra-se, também, relacionado ao construto proteção, o qual abarca os cuidados populares ou genéricos e os cuidados profissionais. Essas práticas de cuidado permitem visualizar as dimensões do cuidado praticadas pelas famílias assentadas dentro do contexto ambiental em que se encontram, permitindo, desse modo, contribuir para a sua sobrevivência, mesmo que estes cuidados estejam permeados por limitações.

É possível verificar, com a identificação das práticas do cuidado, que as famílias assentadas utilizam de forma limitada os recursos naturais, possivelmente, devido à preocupação maior encontrar-se relacionada aos aspectos referentes a financiamentos agrícolas, manutenção da produtividade do lote de terra, bem como poder encontrar-se relacionada à urbanização da área rural.

O processo de urbanização rural diz respeito à incorporação de hábitos decorrentes do meio urbano sob o ponto de vista social e econômico. Refere-se às ações e transformações que as comunidades rurais, lentamente e continuamente, vêm sofrendo, as quais envolvem os costumes e estilos de vida (ZILLMER et al, 2009)

Para Leininger (1985, 1991), as diferenças e semelhanças do cuidado cultural precisam ser identificadas e compreendidas, permitindo aos enfermeiros atuações profissionais eficientes com pessoas de diferentes culturas. Logo, ao conhecer as famílias assentadas e seus respectivos modos de pensar, identificar, perceber e praticar o cuidado, a enfermagem aproxima-se de um cuidado em saúde baseado na compreensão dos fatores socioculturais presentes em suas vidas.

Os significados do cuidado, de mundo, e de vida das famílias vinculam-se à necessidade de atender e satisfazer as suas necessidades cotidianas, bem como são responsáveis por orientarem o seu modo de vida. Entretanto, o contínuo empobrecimento das políticas públicas de saúde imputa às famílias assentadas ficarem à mercê da exploração,

instituindo-se vulnerabilidades, e a enfermagem, nesse contexto, deve compreender essas famílias como um todo, conhecer a realidade social e cultural que, associada à sua capacidade e sensibilidade, pode permitir um cuidado flexível, que corresponda às reais necessidades das famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a minha caminhada para compreender o cuidado em saúde nas famílias de um assentamento rural na região noroeste do Rio Grande do Sul, muitos foram os conhecimentos adquiridos, muitas foram as divagações e discussões com colegas, amigos enfermeiros, sobre a importância de considerar-se a cultura para ofertar um cuidado integral às famílias, em especial as famílias rurais que, de certo modo, são pouco lembradas pelas políticas públicas em saúde.

O tema da reforma agrária continua incipiente e as famílias que compõem os assentamentos encontram-se social e culturalmente desassistidas, em especial na área da saúde. Os assentamentos constituem-se em comunidades rurais permeadas por questões presentes no senso comum dominante na sociedade que, de modo geral, se apresentam sob a forma de estigmas e preconceitos decorrentes da falta de informações sobre esse universo. Adentrar neste espaço pouco conhecido e não muito bem apresentado pela mídia exige despir-se de pré-concepções, julgamentos, e estar aberto ao “novo”.

Ao investigar o cuidado em saúde nas famílias de assentamento rural, por meio da etnoenfermagem, buscou-se realizar aproximações culturais entre a enfermagem e essas famílias. Para concretizar a aproximação, necessitou-se primeiramente conhecer quem eram elas, e os seus integrantes, e quais os vínculos e a natureza dos mesmos. Para permitir essa compreensão do todo, com as suas histórias de vida, visão de mundo, relações sociais, foram construídos o genograma e o ecomapa de cada família.

De posse do genograma, foi possível identificar a sua estrutura interna e conhecer diversos aspectos como, por exemplo, quem realmente era considerado como membro da família, qual a procedência das famílias, quais eventos eram considerados graves, como óbitos, doenças, e identificaram-se também os atributos familiares. Enfim, foi possível realizar uma leitura da dinâmica familiar. Ao construir o desenho de cada família, reconstruiu-se a sua trajetória, evidenciando a sua mobilidade territorial, sempre em busca de melhores condições de vida, de bem-estar. Essa mobilidade, ao ser analisada pela enfermagem sob o olhar antropológico, traduz-se em um cuidado cultural.

O diagrama dos vínculos, chamado de ecomapa, permitiu visualizar as estruturas externas das famílias rurais assentadas, bem como forneceu informações sobre as redes de contatos sociais ou de apoio social que auxiliam o sistema familiar. A natureza dos vínculos

negativos identificados, como, por exemplo, com a Secretaria Municipal de Saúde, prefeitura municipal, igreja e escola, demonstram que algumas famílias apresentavam riscos em saúde, assim como enfrentavam dificuldades e padeciam da ausência de políticas públicas mais efetivas. Por outro lado, foram encontrados vínculos fortes a moderados, os quais evidenciaram a existência de um sistema de apoio que era acionado perante as dificuldades, como exemplos vizinhos, relações de compadrio, assistência técnica, dentre outros. Por fim, também foi constatada a existência de vínculos individuais que se configuram em relações pessoais e significativas para alguns integrantes do sistema familiar, e não para o todo, como grupos dominicais de jovens e de lazer.

A partir desses conhecimentos iniciais, juntamente com o aporte dos referenciais teóricos da enfermagem, foi possível compreender que a família se constitui, para os assentados, em uma congregação de pessoas com objetivos em comum. A convivência diária permitiu adentrar um pouco mais no universo peculiar das famílias assentadas, sendo que, aos poucos, os construtos foram se delineando, transformando o fenômeno do cuidado em um cuidado para melhorar de vida, identificado como um compromisso de todos, e um cuidado como proteção.

O compromisso de todos como uma forma de cuidado está representado pelo coletivo, supra-sistema comunidade, organizado, ou seja, as famílias unidas para a reivindicação de melhorias junto ao assentamento, beneficiando a comunidade como um todo. Por outro lado, o compromisso de todos também foi encontrado sob a perspectiva individual, visando melhorias, envolvendo individualmente todos os integrantes de cada sistema familiar, e referindo-se especificamente à casa e aos arredores que compreendem o lote de terra.

Outro significado para o cuidado envolve a proteção, identificada pelo cuidado popular e pelo cuidado profissional, estando impressa nas práticas de cuidado desenvolvidas no dia a dia. As ações identificadas como cuidados populares ou genéricos assim como os cuidados profissionais estão relacionados ao trabalho, ou seja, as práticas de cuidado visam ter e manter a saúde, o que, por sua vez, encontra-se vinculado ao trabalho. A proteção, contudo, não impede incidentes, pois estes são “desígnios da vida”.

É possível concluir que a compreensão do cuidado cultural perpassa obrigatoriamente pelo reconhecimento das famílias e dos seus vínculos, os quais são influenciados por aspectos socioculturais, sua visão de mundo, suas histórias. A partir desse reconhecimento, subentende-se que a cultura modela o cuidado na vida dessas famílias assentadas, que se transforma em um processo contínuo e dinâmico por meio da adoção de medidas que elas consideram importantes, guiadas pela situação social em que se encontram. Buscar conhecer

essa realidade permite um cuidado aproximado aos saberes e práticas desempenhados em suas comunidades, resultando na compreensão dos sujeitos.

O presente trabalho reflete um pouco de tudo o que constitui a trajetória, percepções, práticas de cuidado e aspectos socioculturais presentes no dia a dia das famílias assentadas, buscando olhá-las de forma ampliada. Dessa forma, constata-se que as famílias rurais assentadas apresentam uma estrutura e uma dinâmica peculiares, associadas às práticas de cuidado em saúde direcionadas a suprir ou manter as suas condições sociais e sua visão de mundo, seus hábitos, crenças e costumes.

A enfermagem, em especial o enfermeiro, ao atuar nesse contexto, necessita incorporar em sua prática de cuidado o cuidado desenvolvido pelas famílias, buscando uma convergência de saberes e uma compreensão da comunidade. Ao chegar ao final desta reflexão acerca da temática dos assentamentos rurais e seus integrantes, confirma-se a importância de o enfermeiro imergir no universo e na história de vida de cada família para direcionar a prática do cuidado de enfermagem, num confronto dessa prática com as carências da população que permita mudar, transformar a realidade.

REFERÊNCIAS

BEDUSCHI, L. C. A formação dos assentamentos rurais no Brasil. **Estudos Sociedade e Agricultura**, n. 13, p. 151-3, out. 1999. Disponível em: <<http://www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/brasil/cpda/estudos/treze/bedusc13.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

BERGAMASSO, S. M. A realidade dos assentamentos rurais por detrás dos números. **Estudos Avançados**, n 11 (31), 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v11n31/v11n31a03.pdf>> Acesso em 19 fev 2010.

_____; NORDER, L. A. C. **O que são assentamentos rurais?** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999, p. 30-68.

BUDÓ, M. L. D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Florianópolis, UFSC/PEN, 2002.

_____. **Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos**. 1994. 222p. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. 2 ed. ampliada. Brasília, Ministério da Saúde, 2003. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 144 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Assessoria de Comunicação Social do Incra/RS. **NOTÍCIAS da TERRA**. Porto Alegre, ano 7, n. 10, jan. 2011.

_____. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária: **INCRA**. Disponível em: <

<http://www.incra.gov.br/portal/>>. Acesso em: 12 de jan. 2009.

CELOS, J. F. **O direito enquanto práxis contra hegemônica e a luta pela terra na perspectiva dos movimentos sociais populares**. 2007. 206f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP. Franca : UNESP, 2007. Disponível em:
<<http://www.franca.unesp.br/posdireito/Dissertacao%20Mestrado%20Jeferson%20Fernando%20Celos.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2011.

CENTA, M. de L.; ELSESEN, I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. **Rev Fam Saúde Desenv**. Curitiba, v.1, n.1/2, jan/dez.1999. 106 p.

COLLIERE, M. F. **Promouvoir la vie**. Paris: Intereditions, 1982. Tradução de Maria Leonor Braga Abecasis. 1989. p.26-50.

ELSESEN, I. A família como objeto de estudo. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.2, supl. 2003. p.13-15.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. A importância da família. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org). **Família brasileira, a base de tudo**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF UNICEF, 2002.

FIGUEIREDO, M. H. de J. S.; MARTINS, M. M. F. da S. Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 9, n. 3, p. 552-9, jul/set. 2010. Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12559/6651>>. Acesso em: 9 jan. 2011.

FONSECA, C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: ALTHOFF, C. R.; ELSESEN, I.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa Livro, 2004. p. 55-68.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan S.A. 1989. p.13-41.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. **Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer**. 2009. 217f. Tese (Doutorado)- Escola de

Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

KLEINMAN, A. Orientations 2: Culture, Health Care Systems and Clinical Reality. In: KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. London, England: University of California Press, 1980. p. 24-70.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 18, n. 3, 09 telas, mai/jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf>. Acesso em: 15 set. 2010.

LEININGER, M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: 1º SIBRATEN, UFSC, mai. 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: 1º SIBRATEN, 1985. p. 255-288.

_____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991. 432 p.

_____; McFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. Second Edition. Jones and Bartlett. SUDBURY, M. A. 2006, p.43-82.

LÉVI-STRAUSS, C. A Família. In: SHAPIRO, H. L. (Org.). **Homem e cultura e sociedade**. Brasil-Portugal: Editora Fundo de Cultura, 1966. p. 309-32.

MARCON, S. S.; ELSÉN, I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. **Rev fam saúde desenv**, Curitiba, v.1, n. 1/2, jan/dez.1999. 106 p.

MARTINEZ, P. **Reforma agrária: questão de terra ou de gente?** v. 13. São Paulo: Moderna, 1987. 72 p.

MEDEIROS, L. S. de. **A luta por terra no Brasil e o movimento dos trabalhadores rurais sem terra**, 2009. Disponível em: <<http://www.geopr1.planalto.gov.br/saei/images/publicacoes/CGEEVF.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. 406 p.

MICHEL, T. et al. As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na Teoria de Leininger. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 131-7, jan/mar. 2010. Disponível em: <<http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17184>>. Acesso em: 5

nov. 2010.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.79-82, 2002.

PIRES, P. A. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ROSA, L. M. da et al. Família, cultura e práticas de saúde: um estudo bibliométrico. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 2009 out/dez; 17(4): 516-20. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a11.pdf/>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

SILVA, L. H. **Os assentamentos rurais**. Disponível em: <<http://www.dge.uem.br/geonotas/vol5-4/luciana.shtml>>. Acesso em: 22 fev. 2009.

SILVA, L. O. **Terras devolutas e latifúndio - Efeitos da Lei de 1850**. Campinas: Ed. UNICAMP, 1996.

SILVEIRA, S. M. P. O sujeito sem terra. **Em Tese. Revista Eletrônica dos Pós Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 5, n.1, p.49-73, ago/dez. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/13445/12342>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

SCHWARTZ, E. Família, ruralidade e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.2, supl, 2003. P. 38-41.

_____; LANGE, C.; MEINCKE, S.M. K. A enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. **Rev Fam Saúde Desenv**, Curitiba, v.3, n.1, p.48-53, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4946/3761>>. Acesso em 20 fev. 2011.

_____. et al. Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8 (suplem.), p. 117-124, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9727/5540>>. Acesso em: 18 jul. 2010.

SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1575-1584, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/069.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

TORRALBA, R. F. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009. 181 p.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN. M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 136 p.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. Tradução de Silvia Spada. São Paulo: Roca, 4. ed., 2009, p. 47-80.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p. 19-37.

WOORTMANN, E. F. **Herdeiros, parentes e compadres**. São Paulo, Brasília: HUCITEC, 1995.

ZILLMER, J. G. V. et al. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 3, n. 3, p. 319-24, jul/set. 2009. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/index/search/titles?searchPage=9>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p 63)

O(s) ambiente(s) (interno e externo):

Conteúdo e localização dos itens no espaço
Relação entre o ambiente interno e externo
Relação das pessoas com espaço
Distância/proximidade entre pessoas de um grupo num determinado espaço
Distância com relação ao observado
Modificações na espacialidade ao longo do período de observação

O(s) comportamento(s) das pessoas no grupo:

Postura corporal
As normas de conduta explícitas e implícitas
Toques
Contato visual

A(s) linguagem(s):

Verbal e não verbal
Tom de voz
Vocabulário êmico¹⁹

O(s) relacionamento(s)

As pessoas observadas entre si
As pessoas observadas com o observador
O comportamento/participação do próprio observador nos eventos observados
Como as ações dos informantes se relacionam com o que eles dizem que fazem

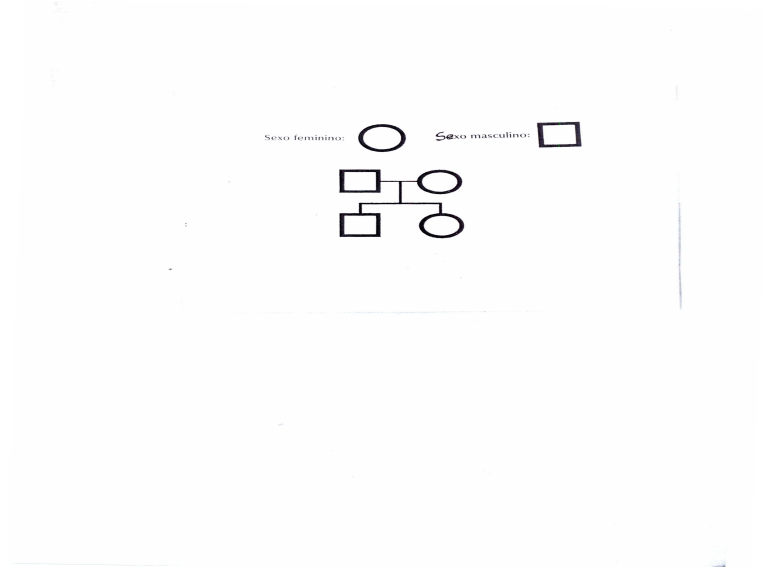
O(s) tempo(s) em que ocorrem os processos observados

Ciclo curto ou ciclo longo
Sequência dos eventos
Diferentes momentos do objeto investigado

¹⁹ Vocabulário êmico: é o conhecimento do próprio indivíduo pertencente a uma cultura determinada, expresso na lógica interna do seu sistema de conhecimento (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 37).

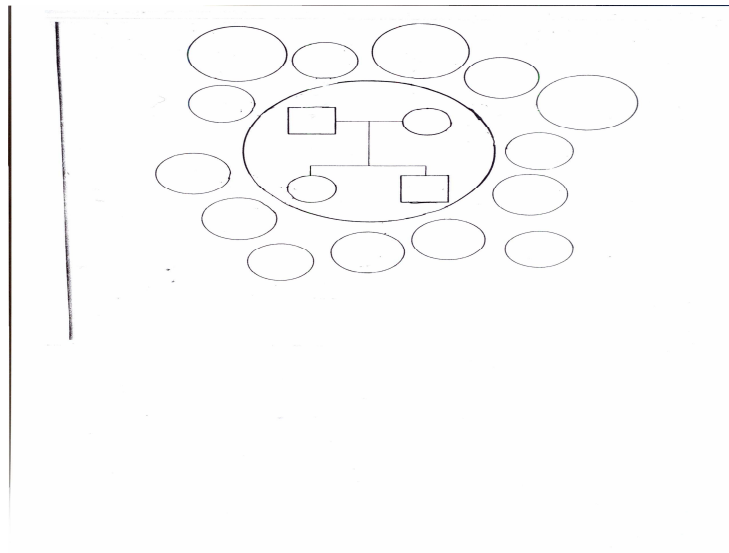
ANEXO B

MODELO DE GENOGRAMA



ANEXO C

MODELO DE ECOMAPA



ANEXO D

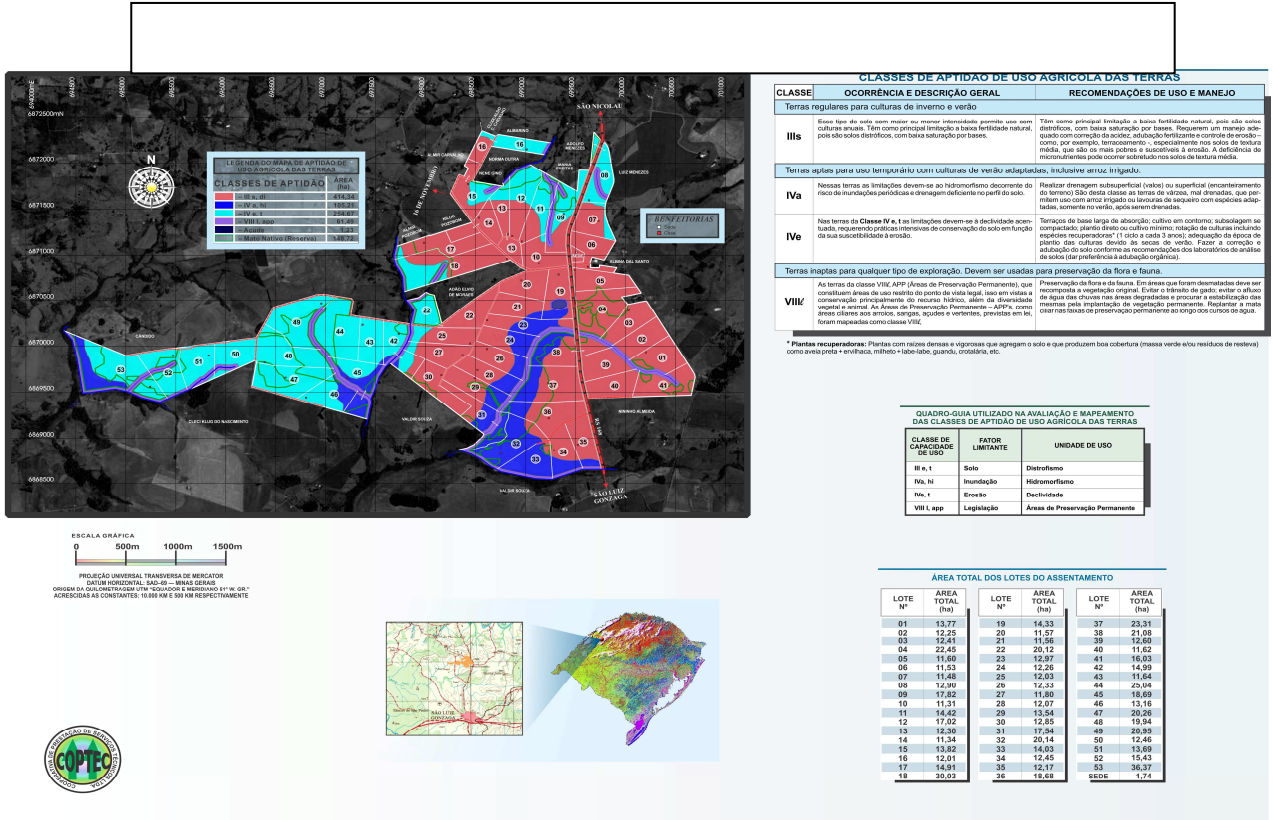
SÍMBOLOS UTILIZADOS NOS DIAGRAMAS DE VÍNCULOS



- Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos.



ANEXO E

MAPA DE APTIDÃO DE USO AGRÍCOLA DAS TERRAS



ANEXO F

CARTA DE APROVAÇÃO

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p>
---	--

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural
Número do processo: 23081.019438/2010-94
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0356.0.243.000-10
Pesquisador Responsável: Maria de Lourdes Denardin Budó

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Dezembro/2011- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 11/01/2011

Santa Maria, 14 de Janeiro de 2011.



Félix A. Antunes Soares
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
 Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados de identificação

Identificação da
família _____

Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____

Situação civil: _____

Instrução/escolaridade: _____

Profissão que já exerceu e atividade/ocupação que exerce no momento:

Número de pessoas no domicílio: _____

Renda familiar aproximada: _____

Número de pessoas que moram nessa família _____

1) Questões relacionadas ao cuidado com ambiente

Como você cuida de sua casa?

Como você cuida dos arredores? (pátio, horta, jardim, animais, plantações)

2) Questões relacionadas com as famílias

O que você entende por falta de saúde?

O que você faz na falta de saúde?

Tem alguém que ajuda você no cuidado em saúde? Quem?

Que cuidado você faz para manter a saúde e nos casos de doença em sua família?

Relate uma situação em que alguma pessoa de sua família adoeceu.

O que foi feito nesta situação? (qual o recurso procurado, quem, como?)

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: CUIDADO EM SAÚDE NAS FAMÍLIAS EM ASSENTAMENTO RURAL

Pesquisadora: Mda Enf^a Simone Wunsch

Contato: (55) 96342969; email: simone.wunsch@gmail.com

Professor Orientador: Prof^a Enf^a Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó

Contato: (55) 3220-8029; email: lourdesdenardin@gmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Departamento da Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf

Local da Pesquisa: Assentamento Rural 28 de maio

Prezado(a) Senhor(a):

Você está convidado(a) a participar desta pesquisa, de forma totalmente **voluntária**.

Antes de concordar a participar desta pesquisa e responder a esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Os pesquisadores deverão responder suas dúvidas antes que você se decida a participar.

Você tem direito de **desistir** de participar da pesquisa **em qualquer momento**, sem nenhuma penalidade e sem perder benefícios aos quais tem direito.

Objetivo do estudo: Compreender o cuidado em saúde nas famílias de um assentamento rural.

Procedimentos: A sua participação nesta pesquisa irá consistir em uma forma de convívio entre você, outras pessoas que façam parte da sua vida e a pesquisadora. Durante esse convívio, ocorrerão conversas, encontros que irão sendo combinados durante a pesquisa. Serão feitas perguntas relacionadas ao cuidado em saúde. As perguntas e suas respostas, bem como as conversas serão gravadas, com sua autorização, e logo após transcritas, ficando sob a guarda e responsabilidade da Prof^a Pesquisadora Maria de Lourdes Denardin Budó por cinco anos (até julho de 2016), na sala 1305A do prédio 26 da UFSM, quando serão (desgravadas) destruídas. Além disso, será realizada a observação do seu dia a dia junto à sua casa, ou seja, a pesquisadora irá observar seus hábitos de vida e de seus familiares durante o tempo em que estiver na sua casa. E por fim será realizado, em conjunto, com a pesquisadora e o informante, o desenho da árvore da família e das redes de relacionamento, chamados de genograma e eomapa.

Benefícios: Como benefício, acredita-se que o convívio, assim como a escuta e o diálogo serão momentos de troca de experiência bastante produtivos, pois será evidenciada a realidade do cuidado em saúde nas famílias do assentamento rural, permitindo a construção do conhecimento da enfermagem.

Riscos: Não haverá dano físico ou moral aos participantes e seus familiares. Os possíveis riscos que a pesquisa poderá representar aos participantes e seus familiares referem-se ao constrangimento em relação à presença da pesquisadora no domicílio, assim como ao cansaço no decorrer da entrevista.

Privacidade: Será assegurada privacidade das informações fornecidas por você. O seu nome **NÃO** será divulgado e você **NÃO** será identificado(a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi exposto anteriormente, eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

São Luiz Gonzaga, ____ de _____ de _____

Profª Drª Maria de Lourdes Denardin Budó (orientadora)

Simone Wunsch (pesquisadora)

Nº identidade

Assinatura sujeito da pesquisa

Nº identidade

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 2º andar – Sala Comitê de Ética. Cidade Universitária – Bairro Camobi CEP: 97105-900 – Santa Maria/RS

Tel.: (55)3220-9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE C

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da Pesquisa: CUIDADO EM SAÚDE NAS FAMÍLIAS EM ASSENTAMENTO RURAL

Pesquisadora: Mda. Enf^a. Simone Wünsch

Contato: (55) 96342969; email: simone.wunsch@gmail.com

Professora Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó

Contato: (55) 3220-8029; email: lourdesdenardin@gmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Departamento da Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf

Local da Pesquisa: Assentamento Rural 28 de Maio.

Os pesquisadores do presente projeto de pesquisa se comprometem a preservar a privacidade das famílias e dos sujeitos que as compõem, cujos dados serão coletados por meio da etnografia, na enfermagem chamada de etnoenfermagem, que consiste em observações, entrevistas e a utilização e diário de campo (bloco de notas). Também será construída uma árvore da família e de suas redes de relacionamento, chamadas de genograma e ecomapa. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas gravadas, à disposição das famílias entrevistadas, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora, Prof^a Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó, na sala 1305A do prédio 26 da UFSM, pelo prazo de cinco (5) anos, aproximadamente até julho de 2016. Após esse período, serão desgravadas.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../..... com o número do CAAE

Simone Wünsch
Pesquisadora

Maria de Lourdes Denardin Budó
Orientadora

Data: ____/____/____

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 2º andar – Sala Comitê de Ética. Cidade Universitária – Bairro Camobi CEP: 97105-900 – Santa Maria/RS

Tel.: (55)3220-9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br