

Saúde, trabalho e adoecimento: o trabalho como mediador das representações sociais de agricultores familiares

Health, work, and illness: work as the mediator of social representations of family farmers

Luiz Paulo Ribeiro¹, Fátima Lúcia Caldeira Brant², Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro³

DOI: 10.5935/2238-3182.20150113

RESUMO

Introdução: visualizar o mundo rural como o plantar, colher e sobreviver organiza e simplifica o trabalho rural e o modo de vida das comunidades rurais em lógica que isola e desvaloriza saberes e formas de agir. **Objetivo:** analisar as representações sociais sobre a saúde e o adoecimento para trabalhadores rurais participantes de uma associação de agricultores familiares do município de Santo Antônio do Monte-MG. **Metodologia:** foram adotados para coleta de dados as entrevistas semiestruturadas, grupos focais e anotações de diário de campo. E para análise de dados, a análise de conteúdo por categorias por meio do AtlasTi 7.0. **Resultados:** os principais resultados revelaram estreita relação entre as representações sociais e a disponibilidade de artifícios públicos e sociais na concepção das percepções dos estados de saúde e adoecimento, assim como de rede complementar de saberes como forma substitutiva à saúde pública, e extensa preocupação dos agricultores com a saúde mental. **Conclusões:** a necessidade de analisar e acompanhar a saúde mental e o trabalho dos agricultores familiares nasce de nova perspectiva de visualizar o rural não só como bucólico, mas também atravessado pelas demandas ocasionadas pelo desamparo social, econômico e político, além da necessidade de o rever como *locus* de atuação e investimento do SUS, inclusive da política pública de saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Trabalhadores Rurais; Agricultura; Saúde Pública; Doenças Profissionais.

ABSTRACT

Introduction: the view of the rural world as planting, harvesting, and surviving organizes and simplifies the rural labor and the livelihoods of rural communities in a logic that insulates and devalues knowledge and conducts. **Objective:** to analyze the social representations of health and illness in rural workers participating in an association of farmers in the municipality of Santo Antonio do Monte-MG. **Methodology:** semi-structured interviews, focus groups, and field diary notes were adopted for data collection. The data analysis used content analysis categories through AtlasTi 7.0. **Results:** the main results revealed a close relationship between social representations and availability of public and social devices in the conceptions of perceptions of health and illness as well as complementary knowledge networks in substitution of public health, and extensive concern of farmers with mental health. **Conclusions:** the need to analyze and monitor mental health and the work of family farmers stems from a new perspective of viewing the rural environment not only as bucolic but also composed by demands caused by social, economic, and political lack of support in addition to reviewing it

¹ Psicólogo. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Doutorando da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Professor Assistente III no Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Psicóloga. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de Contagem. Contagem, MG – Brasil.

³ Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte, MG – Brasil.

*O presente artigo trata de um dos produtos da dissertação de Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, de Luiz Paulo Ribeiro, no qual os demais autores foram colaboradores. A menção à dissertação se faz necessária tendo em vista que desde a sua entrega ela segue em sigilo, sendo que não foi autorizada a publicação no *site* de teses e dissertações da UFMG.

Recebido em: 19/09/2014
Aprovado em: 16/10/2015

Instituição:
Faculdade de Nova Serrana
Nova Serrana, MG – Brasil

Autor correspondente:
Luiz Paulo Ribeiro
E-mail: luizribeiro@live.com

as the acting locus and SUS investment, including the worker's health public policy.

Key words: Rural Workers; Agriculture; Public Health; Occupational Diseases.

INTRODUÇÃO

Este artigo está na interface entre o trabalho rural, as condições de vida e as concepções de saúde e doença de agricultores familiares do município de Santo Antônio do Monte, localizado no centro-oeste de Minas Gerais, Brasil, a partir da análise das representações sociais desses sujeitos.

A busca pelos significados de saúde e doença entre as pessoas, famílias, culturas e classes sociais possibilita abordagem da diversidade de saberes e necessidades das populações e indivíduos, que por sua vez garante os princípios da saúde pública brasileira – integralidade, regionalidade e territorialidade – e, por conseguinte, a formulação de políticas que atendam as mais distantes populações.¹

Parte-se do pressuposto de que a saúde e o ambiente são elementos interdependentes e que incidem comumente um sobre o outro,² contribuindo, a seu modo, com a topofilia. No entanto, existem ainda os condicionantes da saúde que perpassam as ordens socioculturais e político-econômicas e que estruturam formas, valores, crenças, hábitos e indicadores da própria saúde e acabam por sobredeterminar as relações com o ambiente, a sustentabilidade e os espaços de produção da vida.

Nesse âmbito, estudar as representações sociais permite evidenciar as transformações nas formas como as sociedades e comunidades estruturam saberes e sentidos, no caminho de aceitar e/ou releger ações, afazeres e repassar a história comum. A partir dos processos de objetivação e ancoragem, o que é inicialmente estranho ganha nova perspectiva e se decompõe em algo palatável e aceito pelos iguais – torna-se familiar.³ Além disso, “ao utilizar das representações sociais estimula a construção de um conhecimento fruto da interação social, denotando a importância de atrelar esta teoria nas pesquisas em saúde com o propósito de conhecer as multifacetadas compreendidas no homem em sociedade”.⁴

Assim, o objetivo deste artigo está posto na análise da mediação das representações sociais sobre saúde e adoecimento pelo trabalho, buscando alternativas para os atores e agentes das políticas públicas e mais alcance e entendimento da população rural

estudada, em específico os trabalhadores rurais envolvidos com a agricultura familiar.

MÉTODOS

O município de Santo Antônio do Monte-MG em 2010 possuía 25.975 e 3.782 pessoas, 85,4% e 14,6%, residentes em áreas urbana e rural, respectivamente.⁵ Além da área urbana, o município conta com 36 comunidades rurais. De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, de toda a população residente no município, urbana e rural, 98,84% estavam cadastrados e referenciados em serviços de atenção básica, entre postos e unidades de saúde na cidade e zona rural.⁶

A principal atividade econômica é a produção de fogos de artifício, que garante emprego e renda para expressivo contingente de trabalhadores. Paralelo a essa produção industrial, há importante setor agropecuário e de comércio, principalmente de representantes de vendas (vulgo rifeiros), que contribuem de forma eficaz para o desenvolvimento municipal.

Por sua vez, a Associação de Produtores Rurais e Familiares de Santo Antônio do Monte (ASPROSAM) foi criada em 2006, contando inicialmente com 15 famílias de produtores rurais. O objetivo era participar de projetos ligados à agricultura familiar, de fortalecimento, embasados pela recente Lei nº 11.326/2006, como o Projeto Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA).⁷

O primeiro projeto junto à Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) aconteceu em 2007, com 24 famílias cadastradas. Nota-se que a cada ano houve significativo aumento de novas famílias participantes, finalizando o ano de 2012 com 75 famílias cadastradas na ASPROSAM. Destas, 205 eram envolvidas diretamente entre produtores (vinculados), cônjuges e filhos.

A principal relação dos envolvidos na pesquisa com os serviços públicos de saúde se faz a partir das visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS) às propriedades rurais, sendo comum a ida até as unidades de saúde localizadas nas comunidades próximas das propriedades, nas quais o médico da família está disponível uma vez a cada sete dias. É comum a antecipação de marcação de consultas intermediadas pelas ACS.

Sobre o processo de produção rural enquadraram-se tais agricultores em níveis de pouca mecanização ou, ainda, mecanização quase inexistente, apenas relacionada à irrigação de hortaliças, muitas das ve-

zes usando o método de irrigação por gravidade sem a utilização de bombas e demais utensílios. As máquinas, como tratores e veículos de transporte, são usadas para auxiliar na entrega dos produtos às escolas e unidades vinculadas aos programas governamentais, assim como para o deslocamento até a feira semanal. A força de trabalho é composta de 97% por mão de obra familiar, originalmente pelo inscrito na associação, sua esposa/cônjuge e filhos.

Observando a vinculação da agricultura familiar na região estudada, foram selecionados somente os agricultores da família-proprietária e/ou arrendatária da propriedade vinculada à associação. As particularidades socioeconômicas foram construídas a partir de informações da Declaração de Aptidão do PRONAF (DAP), documento necessário para a inclusão na associação referida e, por essa razão, esses fatores não foram caracterizados adequadamente para empregados. Na medida em que estes representavam apenas 3% da força de trabalho dos estabelecimentos, foram os mesmos excluídos da análise.

Na tentativa de aproximar-se da dinâmica das representações sociais dos agricultores familiares, desenvolveu-se o estudo por meio da abordagem de triangulação de métodos,⁸ na qual foram complementares os dados das entrevistas semiestruturadas, grupos focais e diário de campo com anotações das visitas às propriedades dos indivíduos selecionados para a pesquisa. Esta última ocorreu de forma indireta e não prevista no projeto original de pesquisa, mas pela riqueza das informações ousou-se fazer uso como complemento.

Dessa forma, a coleta de dados dividiu-se em dois momentos, o primeiro composto de entrevistas diretas e semiestruturadas, com os agricultores familiares vinculados à associação. Nesse momento foram entrevistados 10 indivíduos, dos quais homens e mulheres tiveram a mesma proporção.⁹

A segunda etapa da pesquisa foi constituída por quatro grupos focais com 40 participantes divididos igualmente em cada grupo.¹⁰⁻¹² Assim, o desenho qualitativo permitiu o contato com 50 famílias das 75 inscritas na associação.

Na etapa da pesquisa, exploraram-se as concepções sobre saúde e adoecimento dos trabalhadores rurais, vinculando as construções sociais, individuais, políticas e institucionais à história de vida e trabalho de tais indivíduos, tendo como elemento mediador e estruturante o ambiente rural.

O trabalho de campo aconteceu em 12 semanas, no verão de 2012, momento em que houve a possibili-

dade de inserção nos estabelecimentos pesquisados, por ser período de chuvas. O tempo médio das entrevistas foi de 90 minutos e dos grupos focais de 120 minutos, totalizando 1.380 minutos de gravação.

Devido à profundidade das entrevistas e ao reforço contínuo dos conteúdos, o controle de qualidade do estudo evidenciou que houve perda de qualidade sonora e variáveis tangenciais, que perfizeram a necessidade da exclusão de uma das entrevistas. Por sua vez, não houve a tentativa de reentrevista, tendo em vista o pré-conhecimento do indivíduo das questões a serem abordadas.

As gravações das entrevistas e dos grupos focais – *corpus* de análise – foram transcritas e conferidas a fim de garantir a qualidade dos seus registros. A análise de dados estruturou-se a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin¹³, por intermédio da categorização temática na qual os elementos textuais foram agrupados com base em temas, perfazendo a investigação sobre o que cada um dos termos possuía em relação aos demais e quais correlações poderiam ser feitas a partir desses índices, possibilitando as inferências da pesquisa.

Bardin¹³ ressalta que essa análise de conteúdo cunhada de forma qualitativa apresenta riscos, uma vez que, ao não enfatizar a contabilização das palavras em todo o *corpus* pode deixar de lado assuntos adjacentes e/ou complementares ao tema proposto, porém, a fim de minimizar tal problema, foi proposta a seguinte sequência de análise: a) leitura flutuante; b) avaliação da expressividade do conteúdo; c) análise das frequências – apenas complementar; d) releitura flutuante; e) reafirmação das categorias; f) análise das frases selecionadas; g) revalidação das frases. Para tais procedimentos, fez-se o uso *software* AtlasTI® versão 7.0, para a análise de dados qualitativos.^{9,14,15}

As categorias de análise (*families*) foram construídas a partir do direcionamento da pesquisa e dos recorrentes termos, conceitos e construções notados nas falas da população pesquisada (*codes*). Estas foram organizadas a partir das seguintes denominações: (a) ruralidades, (b) saúde e adoecimento e, (c) trabalho.

Por fim, buscando desenhar a análise dos dados que atendessem aos pressupostos teórico-metodológicos tanto das representações sociais quanto do interacionismo simbólico, optou-se por utilizar como ferramentas analíticas a apresentação das grades de análise e de sentenças retiradas das entrevistas e dos grupos focais.

Considerando as relações éticas da pesquisa, esta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesqui-

sa da instituição à qual estava vinculada e também cadastrada na Plataforma Brasil sob o número: 03370212.1.0000.5149. Todos os participantes receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Doravante, a fim de resguardar e não identificar os entrevistados e participantes dos grupos focais, quando referenciados, estes foram substituídos por números, sendo também identificada a sua principal atividade na agricultura familiar, como, por exemplo, “Artesão 01”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Assim como em Riquinho e Gerhardt, “parte-se do pressuposto de que dar voz a essas pessoas permite a aproximação de suas necessidades de saúde, por meio da compreensão das percepções dos processos vividos”.¹ A fim de contribuir com o entendimento da análise feita, esta foi dividida em dois tópicos: a saúde e o adoecimento e o trabalho rural.

A opção pela junção entre saúde e adoecimento se fez necessária pela estreita correlação entre os seus elementos, não permitindo que: “cada elemento não pode existir em mais de uma divisão”.¹³ Pela dificuldade em delimitar categorias muito próximas, houve a opção pela aglomeração de “subcategorias”: saúde, adoecimento, saúde mental, SUS e remédios.

Por sua vez, a categoria trabalho vinculada ao contexto rural ficou estruturada a partir de duas vertentes, a da atividade símbolo do próprio trabalho e suas repercussões para a vida e socialização dos indivíduos pesquisados e a da ação das tarefas cotidianas enunciadas, ou seja, como, gramaticalmente, verbos.

Os comportamentos relacionados à saúde e ao adoecimento despertam, sem precedentes, olhares, inquietações, frustrações e interpelações humanas, seja pela condição de desamparo ao qual o homem está submetido, seja pela constante busca pelo prolongamento da vida. Nesse sentido, a preocupação com os estados de saúde e adoecimento tem no seu cerne a própria história da humanidade desde os homens das cavernas até os dias atuais.¹⁶

A experiência de estar doente se coloca como situação polêmica para o vivente e desvela, interiormente e socialmente, um *furor senandi* – a busca pela cura – que, por si só, fez nascer a Medicina como ciência que busca a cura e, conseqüentemente, a díade médico-paciente. Tal par “*raras vezes foi um par harmonioso,*

em que cada um dos parceiros pudesse se dizer plenamente satisfeito com o comportamento do outro”.¹⁷

Cabe também na discussão a distinção feita por Kleinman¹⁸ entre a doença e a enfermidade. A primeira refere-se ao estado patológico e biomédico de normalidade, tendo como base a funcionalidade dos órgãos e do organismo; a segunda refere-se à experiência individual do sujeito frente à doença, incidindo sobre si mesmo sofrimentos físicos, psíquicos e, para além destes, sociais.

O papel do médico – ou, mais atualmente, do profissional de saúde – na concepção da saúde e da doença é tratada por Canguilhem¹⁷, Jodelet¹⁹, Boltanski²⁰ e Foucault²¹ como um viés delimitador no qual o conhecimento biomédico inscrevia na vida do paciente todo o enquadramento patológico. O corpo paramentado por artifícios biomédicos era apenas objeto de estudo e intervenção, algo que suscitou a necessidade de mudança de paradigma tanto no quadro social da doença quanto na clínica médica.

Institucionalmente, frequentes tentativas da OMS perfizeram o caminho da definição do que seria o estado de saúde, evoluindo de uma aceção da saúde como ausência de doença e incapacidade, sendo substituída em 1978 pelo “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Relega-se aos aspectos culturais tal mudança de posicionamento da OMS, o qual em 1986, em Ottawa, também incidu na promoção da saúde como novo direcionamento para a atuação dos Estados.¹⁹

O conceito transversal e multicêntrico da saúde promove respeito por todas as pessoas responsáveis e que trabalham nos serviços de saúde, e constrói as políticas públicas que favorecem a corresponsabilidade da gestão dos fatores que melhoram as condições de vida da população urbana e rural.¹⁴

Algoz e defensora desse estudo, a teoria das representações sociais (RS), imbuída nos campos da saúde, busca “[...] na construção das representações populares da doença [trazer] o desconhecido ao conhecido, injetando sentido nos termos emprestados ao discurso médico”.²⁰

Para Jodelet,¹⁹ a história da preocupação dos teóricos das representações sociais para com a saúde e o adoecimento surgiu com Serge Moscovici e Claudine Herzlich, tanto ao estudar a psicanálise quanto – nesse caso o segundo referenciado – ao estudar propriamente as representações sociais da saúde e a doença no ano de 1969. Desde então, tal teoria teve estreita

correlação com o tema deste estudo por, tentar aproximar-se das RS da saúde mental e do estigma.²²

Desde então, Jodelet,¹⁹ com vistas às pesquisas desenvolvidas neste campo, traçou uma síntese das representações sobre a saúde/doença encontradas. Nestas a saúde é tida como um produto, valor de referência, equilíbrio e capacidade de fazer as coisas, sendo que o emparelhamento da saúde com as instituições de saúde foi quase inexistente. A autora ressalta que há a necessidade de analisar os diversos contextos comunitários e sociais, uma vez que as inserções histórico-culturais e o grupo de atores envolvidos dão sentido e direção às práticas particulares e institucionais e determinam as representações sociais.

Outro aspecto ressaltado por Jodelet é o cuidado que se deve ter ao fazer pesquisas em saúde e doença de não se revelar, ao sair da díade médico-paciente do modelo biomédico, outro modelo superficial no qual se apresente apenas um aspecto das questões relacionadas à saúde e à doença. A proposta feita é uma abordagem multidimensional que consiga e contribua para a melhoria dos serviços “[...] *no sentido de prevenir ou facilitar na assimilação do conhecimento acadêmico ou escolhas de direção e comportamentos de saúde [...]*”.¹⁹

Assim como em Chammé, “a compreensão dos fatores que determinam ou caracterizam o discutível estado de saúde encaminha o problema na direção das condições a que o corpo do sujeito está submetido, principalmente as dos distintos níveis da qualidade de vida que o sustêm”.²³

As representações sociais sobre a saúde e o adoecimento para os agricultores familiares perpassam a reconstrução da vivência dos mesmos, assim como dos organismos, instituições, políticas públicas, artifícios e ferramentas acessíveis no cotidiano. O diagrama 01 apresenta a grade de análise sobre os principais tópicos/famílias de análise correlacionados a saúde e ao adoecimento. O tópico está estruturado em intensas correlações entre saúde, adoecimento, trabalho, SUS, saúde mental e remédios.

Pela grade, nota-se o aparecimento da saúde mental no formato de estágios emocionais, como conforto, raiva, indignação, tranquilidade, etc., assim como de denominações para os estágios patológicos como a loucura. Por outro lado, também correlacionados à saúde mental e à manutenção da saúde em contraponto à doença, aparecem os medicamentos, principalmente os psicotrópicos – benzodiazepínicos e antidepressivos – e anti-histamínicos encontrados com fácil acesso pelas populações ru-

rais, apesar do comércio ser regulado por meio de receituário diferenciado.

Junto aos medicamentos surgem a preocupação com o vício e a procura por alternativas frente ao mesmo, por vezes relegadas à Medicina alternativa, com o uso de chás tradicionais e propostas menos invasivas e mais sociabilizadoras, que à sua forma aproximam o sujeito do controle do próprio corpo, apesar de apresentar um risco de não cura e/ou agravos ao sujeito.

A saber, Araújo *et al.*²⁴ enfatizam que o adoecimento psíquico do trabalhador rural pode estar correlacionado tanto ao uso de agrotóxicos, quanto às condições socioeconômicas precárias, riscos e acidentes constantes, à lógica do mercado, à precarização do trabalho e à exclusão social. Por sua vez, Faria *et al.*²⁵, em estudo transversal sobre a saúde mental de agricultores, indicaram que quanto menos escolarização e mecanização na propriedade, mais alto o índice de morbidade psiquiátrica menor (MPM). No estudo, nenhum tipo de produção animal mostrou-se associado à MPM, sendo que o trabalho intensivo está ligado a grande desgaste físico na realização das tarefas – precarização do trabalho. Já para Rozemberg,²⁶ o evento desencadeador de problemas mentais está no excesso de trabalho ao qual o trabalhador rural está submetido.

“Esse calmante eu não aconselho pra ninguém. [...] esse e muitos outros que existem. Ele faz bem na hora, mas depois traz complicações muito grandes. Eu tive e ainda tenho sequelas, pois tomei isso [benzodiazepínico] por muitos anos. E quando eu parei, arrumei problema até no coração” (Entrevista: Agricultor 05).

Nesse âmbito, apreende-se que a representação de saúde vinculada à saúde mental revela a estreita relação entre a percepção de saúde e a autonomia do sujeito, sem preconceitos, algo que vai para além do físico e alcança a espiritualidade e a condição de ser-no-mundo:

“A primeira coisa, na saúde, é a pessoa ter uma mentalidade boa, é uma questão de espírito. A saúde entra por aí. Ter saúde é a pessoa estar livre das enfermidades, não ter que viver sempre nos postos de saúde, sempre dependente, carente de médico e de medicamentos, principalmente quando é ‘rotulado’, pois oferece até certo risco pra pessoa” (Entrevista: Agricultor 05).

Por outro lado, também vinculada à RS de Saúde e Adoecimento, há o aparecimento do SUS (Sistema Único de Saúde) tangenciado tanto pelos profissionais:

médico, psicólogo, farmacêutico e do agente comunitário de saúde (ACS), como das instituições de saúde: farmacinha (aqui os pesquisados se referiram à farmácia municipal que subsidia gratuitamente uma extensa lista de medicamentos, principalmente os psicotrópicos, diuréticos, neurológicos e para cardiopatas).

Os estados de adoecimento, por sua vez, aparecem vinculados com perspectivas de ausência de vida como nos relatos de morte e falecimento, como também a estados ditos mais graves, como o aparecimento de cânceres e outras doenças que afetam o coração, o pulmão e a coluna.

“Doença é quando a pessoa tem um problema do coração” (Grupo Focal 3, Agricultor 25).

Por sua vez, a saúde está vinculada à alimentação saudável, por vezes relegada a alimentos naturais retirados do campo em detrimento de industrializados. Nesse sentido, vigora a dicotomia analisada por Menasche,²⁷ na qual os produtos urbanos são tidos como tóxicos e estranhos e os rurais puros, familiares e saudáveis. Nesse aspecto, fica instaurada uma predileção pelos alimentos do campo.

“A vantagem da zona rural é essa, não é? Tem muitos alimentos saudáveis. Trabalha pesado, mas, continua mantendo a sua saúde por causa dos alimentos que se come” (Grupo Focal 03, Agricultor 29).

“Então, desde que alimentemos bem, duramos bem, teremos mais força, mais resistência para vencer as dificuldades do dia a dia, dos resfriados, das gripes e daí por diante. Então, em primeiro lugar é a boa alimentação com frutas. Não sabemos, geralmente, variar, não é? Mas acho que passa por aí. Comer boas frutas e outras coisas que colhemos aqui” (Grupo Focal 04, Agricultora 34).

“Pra nós que mexemos com verduras, as nossas verduras são bem mais saudáveis; 99%, pelo menos das que eu coleto, e acredito que as dos colegas aqui também sejam. Porque essas verduras que vêm do Ceasa [...] elas são cheias de agrotóxicos. Nós não usamos agrotóxicos nenhum, nossa verdura é pura. Então nós comemos uma coisa saudável, que não tem remédio, não tem agrotóxico nenhum, que tem sabor”. [...] (Grupo Focal 04, Agricultor 37).

Assim como em Canguilhem^{16,17}, a saúde e a doença são experienciadas e faladas a partir da vivência de cada um, equalizando quadros de normalidade e doença, por vezes se esquecendo do discurso biomédico e fazendo valer discursos sociais. Na pesquisa, a saúde física e mental é relegada a bons hábitos, porém com estatuto de algo habitual, comum. Enquanto isso, nota-se, por assim dizer, que a doença aparece como algo intruso, que rompe a sequência do cotidiano e desampara, desanima e tira o sujeito do trabalho.

Embora os achados da pesquisa indiquem a correlação entre o trabalho e as propriocepções do estado da saúde, outras pesquisas, como as de Pignatti e Castro² e Riquinho e Gerhardt¹ e outros já citados anteriormente no *corpus* deste trabalho, salientaram essa estreita relação no discurso dos entrevistados em diferentes populações e culturas.

Por sua vez, o tema trabalho aparece como mediador e ferramenta de análise para a saúde e o adoecimento, partindo do desígnio que o trabalho dignifica e deve dignificar o homem que possui saúde, sendo o estado de adoecimento o causador da ausência do trabalho.

“Trabalho pra mim é vida. É saúde e vida. Eu sei que se eu parar, sei que dentro de seis meses eu morro. Eu me sinto bem de trabalhar. Eu sinto satisfação em trabalhar. Enquanto eu estou trabalhando eu estou me distraindo. Porque eu fui criado neste ritmo de trabalho, desde quando eu nasci. Se eu ficar um ou dois dias parado eu adoço. Aí vem a contrariedade e eu não como, fico nervoso, num estado de nervo que ninguém tolera meu nervosismo. Eu estando trabalhando eu estou distraindo, estou fazendo o que eu gosto, estou me sentindo bem [...]” (Entrevista: Agricultor e Pecuarista 2).

Gaulejac²⁸ resgata que se pode hipotetizar que o aceite do pacto civilizacional – renúncia às pulsões – faz com que os sujeitos se imponham justificativas aceitáveis para o seu sofrimento, ou seja, é comum que boa parte dos indivíduos acredite que o trabalho duro de hoje pode ser recompensado por uma consciência satisfeita, na qual a cumplicidade e o “dever cumprido”, apesar do adoecimento, dignificam.

“[...] Pra mim, foi saúde. Às vezes, quando eu estou doente, tenho alguma indisposição para trabalhar, algum dia que eu não estou muito boa e fico deitada. Tem que ter boa saúde. [...] E

eu gosto de roça. Morei muito tempo em Lagoa, na cidade. Eu fiquei em depressão, aí vim morar com a minha irmã na roça. Eu gosto de mexer com horta, toda vida eu gostei, inclusive meu pai falava que eu era a única que puxou a ele. Mesmo quando eu não tinha onde entregar eu plantava, dava um pouco pra minha família. Eu gosto de mexer. [...]” (Grupo Focal 04, Agricultora 33).

“Então a saúde é a gente ter força pra trabalhar, ter vontade, ter condições, dormir bem” (Entrevista: Apicultor 9).

“As representações indicam que o trabalho insere o sujeito no social, ao passo que ficar sem trabalhar indica a morte do sujeito, uma perda de valores e de significados, ambos mediados pelas relações de produção. Por outro lado, o sofrimento decorrente do trabalho rural parece ser inevitável: a peleja, o ardor e o sofrimento marcam a explicação do cotidiano de trabalho e emprestam sentido à ação para, e com, a terra, ao trabalho excessivo, porém não desprivilegiam o trabalho rural, acabam por o dignificar.

Foi muito bom e nos beneficiou muito porque o trabalho é ardoroso. Eu trabalho desde os 12 anos no pesado. Perdi minha saúde no trabalho. Trabalhei em carvoeira, enfrentava forno quente de 45 graus” (Grupo Focal 03, Agricultor 25, grifo do autor)

“Eu me sinto bem trabalhando. EU não sei viver sem trabalhar. Se quiser me ver bem, com saúde é só me ver trabalhando para cuidar da minha obrigação e da minha família. Se eu parar, eu adoço. Eu gosto de trabalhar, sinto-me em trabalhar. O mais importante para qualquer pessoa é trabalhar. É uma honra para qualquer pessoa trabalhar, pois quando se está trabalhando não tem tempo de pensar coisa errada, só pensa coisa positiva e esquece as negativas. Se todo mundo pensasse dessa forma não existiria tanto vandalismo no mundo. Tira a gente do mau caminho. É cansativo, mas é ‘futuroso’, traz futuro pra gente. Todo mundo que trabalha, adquire o que deseja na vida” (Grupo Focal 04, Agricultor 40, grifos do autor).

O corpo, ou os sofrimentos no corpo, é diferencial entre os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos. O corpo padece enquanto a cabeça “fica mais tranquila” além do prazer que se sente por exercer atividades rurais como o plantar e o colher.

“A diferença que tem entre o trabalho da roça e o da cidade, é que o da cidade cansa mais

a cabeça e o da roça cansa mais o corpo. A cabeça fica mais tranquila. Eu já sinto mais prazer de estar na roça por conta disso, porque eu sou agitada, muito nervosa, não consigo mexer com gente. Na roça eu sinto prazer de mexer com a planta, mesmo se ela me contrariar em alguma coisa [...]” (Grupo Focal 04, Agricultora 32).

Como vertente da análise do trabalho e como produtor de saúde e adoecimento, aparece a subcategoria relacionada aos acidentes de trabalho, tratando tanto os machucados como habituais à vida sofrida do trabalhador rural quanto algo que incide numa preocupação por representar uma forma de adoecimento.

“Uma pessoa machucada está doente, pois ela não tem como trabalhar machucada” (Entrevista: Agricultora 4).

“Não tenho machucado. Isso aqui é arranhado de andar de cavalo no meio do cerrado. Vai passando nuns galhos de palha, vai arranhando, vai arrancando pedaço [...]” (Entrevista: Agricultor e Pecuarista 2).

“Agora no meu caso: coluna, eu sou pessimista de coluna. Mas a minha profissão que acabou com a minha coluna. O trator passou em cima de mim direto e eu fiquei quase quatro meses no hospital e cinco meses andando de cadeira de rodas e de muleta. E dou louvor a Deus porque estou em pé, sadio, correndo pra baixo e pra cima. Graças a Deus” (Entrevista: Agricultor e Pecuarista 3).

A correlação dos agrotóxicos no âmbito do adoecimento não pode ser notada, apesar de ser correlacionada em outros estudos como um dos principais agentes de adoecimento do trabalhador rural. Talvez devido à proposta da feira semanal e à proximidade do consumidor final, o que descarta a necessidade de químicos para prolongar a vida útil dos alimentos. Porém, os mesmos têm fácil acesso a químicos para controle de formigas, carrapatos, ratos e outros animais.

Para além dos enunciados aqui expostos – machucados, cortes, etc., acrescenta-se a categoria de picadas, desde as de pequenos insetos, como abelhas e marimbondos, até animais peçonhentos, como aranhas, escorpiões e cobras.

Tendo em vista a legislação em saúde do trabalhador, Portaria MS nº 777, 28 de abril de 2004²⁹, há de se perguntar se tais acidentes de trabalho estão

sendo notificados conforme prescreve a portaria e/ou se estes estão apenas no *hall* da história popular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plantar, o colher e o sobreviver da terra circunscrevem o trabalhador rural na sociedade trabalhadora e possibilita que ele, a partir da agricultura familiar, seja encarado como ser produtivo e, portanto, útil. A atribuição de valor subjetivo pela sociedade de consumidores evita, à sua forma, a evidencição dos processos de ninguenidade.

O indivíduo como agente, objeto e promotor da saúde, percebe seu corpo e é percebido através das lentes das relações, sejam elas humanas, interpessoais, proprioceptivas e profissionais, que acabam por nomear e significar o próprio conceito de saúde e, deveras, o conceito de adoecimento. A busca pelo acompanhamento qualitativo do conceito de saúde pode agregar valor e ressignificar os modos de fazer saúde, especialmente aqueles voltados para as populações fora dos grandes centros e perímetros urbanos.

O trabalho como mediador e fomentador da saúde e do adoecimento para os trabalhadores rurais engendra saberes e, na sutilidade de seu papel sócio-histórico, permite que tais saberes sejam repassados e que o sofrimento mental, físico e social advindo do campo seja ressignificado, justificando-o e dignificando-o.

Conseqüentemente, os resultados desta pesquisa enfatizaram que a promoção da saúde voltada para a população do campo e os trabalhadores rurais devem perpassar pelo entendimento do cotidiano, a fim de reconhecer a formação de categorias que auxiliam tanto na atuação quanto na referenciação de práticas e saberes. Os achados de pesquisa demonstram, cada um a seu modo, a relevância da aproximação às representações sociais a fim de conseguir alcançar a saúde na sua totalidade, não somente na generalização, mas também nas particularidades de cada sujeito e cada comunidade.

Por outro lado, a reafirmação da visão canguilhemiana no que diz respeito às representações sociais dos processos de saúde e adoecimento, quando alcança a percepção destes como algo naturalizado no cotidiano o que resgata a necessidade de escuta e acompanhamento de tais representações. Tendo em vista a concepção cíclica dos processos de saúde e adoecimento, adota-se a postura da receptividade ou, ainda, de respeito e escuta ativa dos significados

desses processos para cada indivíduo, com vistas ao seu cotidiano, sua vivência social e sua subjetividade.

Cabe ressaltar que a condição humana de estar no mundo está vinculada ao sofrimento, no qual está integrado e reconhecido o trabalho, que faz desamparar e colocar o sujeito em questão, colocando-o na possibilidade de não conseguir resolver os problemas e fracassar. Porém, a condição de sofrimento não dá direcionamento unicamente ao adoecimento, mas mobiliza o sujeito – no trabalho – à melhoria e à solução das problemáticas engendradas no cotidiano, caracterizando-se como criativo.

Argumenta-se, então, se a saúde no trabalho e o adoecimento decorrentes do trabalho são fenômenos antagônicos ou contínuos e quais as possibilidades de se pensar o adoecimento decorrente do trabalho como possibilidade de pensar o próprio trabalho. Norteado ou normatizado pelos polos saúde e doença, o(s) corpo(s) do trabalhador rural tendem a ser fisgados pelo inevitável: a saciedade pelos medicamentos psicotrópicos que facilmente são encontrados e trocados com os vizinhos e amigos, já que conviver com a dor, a tristeza e o isolamento socioeconômico é insuportável.^{16,17,23}

Num sentido hermenêutico, acredita-se que a crença na saúde ocasionada pela boa alimentação, livre de agrotóxicos, seja uma (nova) representação social sobre o rural como merecedor de olhares pela promoção em saúde inerente à produção limpa de agrotóxicos e de demais químicos.

Apesar da constante evolução das políticas de saúde para alcançar toda a população brasileira, nota-se – na população estudada, na qual o trabalho é norteador da saúde e adoecimento – que o acesso ao centro de referência em saúde do trabalhador mais próximo fica a pelo menos 120 km de distância, o que restringe – mas não impossibilita – ações de atenção secundária e preventivas, assim como a vigilância em saúde do trabalhador.

De modo geral, há de ser investigado o aumento dos casos de violência nas áreas rurais, tanto como uma alteração do modo de vida e sociabilidade dessa população, quanto como a possibilidade de uma massificação da violência urbana: assaltos à mão armada, sequestros e tráfico de drogas rompem a matriz sócio-histórica das populações rurais.

Por outro lado, de forma latente, fica a necessidade de visualizar o mundo rural como participante das mudanças que se sucederam nas últimas décadas no mundo econômico, do trabalho e no quadro social,

verificando, como afirmam Ferreira³⁰ e Guimarães,³¹ que o modo de produção agrário foi invadido pelas formas agressivas do capitalismo, seja no tocante à racionalização dos meios de produção, ênfase na produtividade, precarização do trabalho, mecanização intensa e gestão autoritária similar ao taylorismo.

Por fim, vislumbra-se que a eficácia e eficiência dos processos políticos em saúde, assim como os atendimentos em saúde do trabalhador, necessitam de diálogo e da aproximação das práticas exitosas nos diferentes campos do país, promovendo a interação prático-teórica. Tal ação necessita ser revestida de um véu integrador, no qual a visão sistêmica e irrestrita seja o viés de análise e atuação, principalmente com os olhares também voltados para a população rural e periurbana.

REFERÊNCIAS

- Riquinho DL, Gerhardt TE. Doença e Incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. *Saúde Soc.* 2010; 19(2):320-32.
- Pignatti MG, Castro SPA fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-Grossense, (MT, Brasil). *Cien Saude Colet.* 2010; 15(1):3221-32.
- Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis (RJ):Vozes; 2003.
- Bittencourt IS, Alves-Vilela AB. Representações sociais: uma abordagem teórica em saúde. *Rev Bras Prom Saúde.* 2011; 24(1):80-85.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades: Santo Antônio do Monte. [Citado em 2014 ago 19]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- Sistema de Informação da Atenção Básica. Informações estatísticas: atenção básica em Santo Antônio do Monte/MG, zona urbana e rural, número de cadastrados. [Citado em 2014 ago 19]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfMG.def>
- Brasil. Lei nº 11.326 de 24 de julho de 2006. Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2006.
- Minayo MCS. Conceitos de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 19-51.
- Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm.* 2001; 35(2):115-21.
- Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psic Rev.* 2004; 10(15):124-36.
- Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
- Ferreira IRC, Vosgerau, DSAR; Moysés, SJ; Moysés, ST. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta Atlas TI. *Cien Saude Colet.* 2012; 17(12):3385-98.
- Gibbs GR. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Canguilhem G. O normal e o patológico. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
- Canguilhem G. Escritos sobre a medicina. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
- Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California; 1980.
- Jodelet D. Culture et pratiques de santé. *J Nouvelle Revue Psychosociologie.* 2006; 1(2):219-39.
- Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- Foucault M. Microfísica do poder. 25 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012.
- Angermeyer MC, Matschinger H. Social representations of mental illness among the public. In: Guimón J, Fischer W, Sartorius N. (Orgs.). The image of madness: the public facing mental illness and psychiatric treatment. Bessel: Karger; 1999. p.20-8.
- Chammé SJ. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Rev Saúde Soc.* 2002; 11(2):3-17.
- Araújo JNG, Pinheiro TMM, Greggio MR. Notas sobre o adoecimento mental em trabalhadores rurais. In.: Zanelli JC, Silva N, Tolfó SR. Processos psicossociais nas organizações e no trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011. p.49-60.
- Faria NMX, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre a saúde mental de agricultores na Serra gaúcha (Brasil). *Rev Saude Publica.* 1999; 33(4):391-400.
- Rozemberg B. O consumo de calmantes e o problema de nervos entre lavradores. *Rev Saude Publica.* 1994; 28:300-8.
- Menasche R. Campo e cidade, comida e imaginário: percepções do rural à mesa. *Rev Ruris.* 2010; 3(2):195-218.
- Gaulejac V. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. 3 ed. Aparecida(SP): Ideias e Letras; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 777/GM Em 28 de abril de 2004. [Citado em 2014 ago 19]. Disponível em: file:///C:/Users/pccc/Downloads/Portaria%20GM_MS%20n%C2%BA%20777,%20de%2028%20de%20abril%20de%202004.pdf
- Ferreira MC. Prefácio. In: Guimarães MC. Trabalho e dor na Agricultura: análise ergonômica do arranquio de feijão. Curitiba: Juruá; 2010. p.11-5.
- Guimarães MC. Custo humano do trabalho e estratégias de mediação entre trabalhadores rurais. In: Mendes AMM, Merlo ARC, Morrone CF, Facas EP. Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá; 2010. p.217-42.