

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS RURAIS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EXTENSÃO RURAL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PROCESSO
SAÚDE-DOENÇA DE TRABALHADORES RURAIS –
VIA METODOLOGIA Q – NO DISTRITO DE ARROIO
DO SÓ, MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Carolina Codevila Tonini

Santa Maria, RS, Brasil

2006

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-
DOENÇA DE TRABALHADORES RURAIS – VIA
METODOLOGIA Q – NO DISTRITO DE ARROIO DO SÓ,
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS.**

por

Carolina Codevila Tonini

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Extensão Rural, da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Extensão Rural

Orientador: Professor Dr. Pedro de Hegedüs
Coorientador: Professor Dr. Hugo Vela

Santa Maria, RS, Brasil

2006

Tonini, Carolina Codevila, 1980-

T665r

Representações sociais do processo saúde-doença de trabalhadores rurais – via metodologia Q – no distrito de Arroio do Só, município de Santa Maria, RS / por Carolina Codevila Tonini; orientador Pedro de Hegedüs, co-orientador Hugo Vela. – Santa Maria, 2006.

130 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Rurais, Curso de Pós-Graduação em Extensão Rural, RS, 2006.

1. Extensão rural 2. Trabalhadores rurais 3. Representações sociais 4. Saúde-doença I. Hegedüs, Pedro de, orient. II. Gonzalez Vela, Hugo Aníbal, co-orient.

CDU: 63:316.334.55

Ficha catalográfica elaborada por
Luiz Marchiotti Fernandes – CRB 10/1160
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Rurais/UFSM

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Rurais
Curso de Pós-Graduação em Extensão Rural**

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

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE
TRABALHADORES RURAIS – VIA METODOLOGIA Q – NO
DISTRITO DE ARROIO DO SÓ, MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS**

elaborada por
Carolina Codevila Tonini

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Extensão Rural

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr. Pedro de Hegedüs
(Presidente/Orientador)
Universidade da República – Uruguay

Dr. Hugo Aníbal Gonzalez Vela
(co-orientador)
Universidade Federal de Santa Maria – Brasil

Dr^a. Laura de Azevedo Guido
Universidade Federal de Santa Maria - Brasil

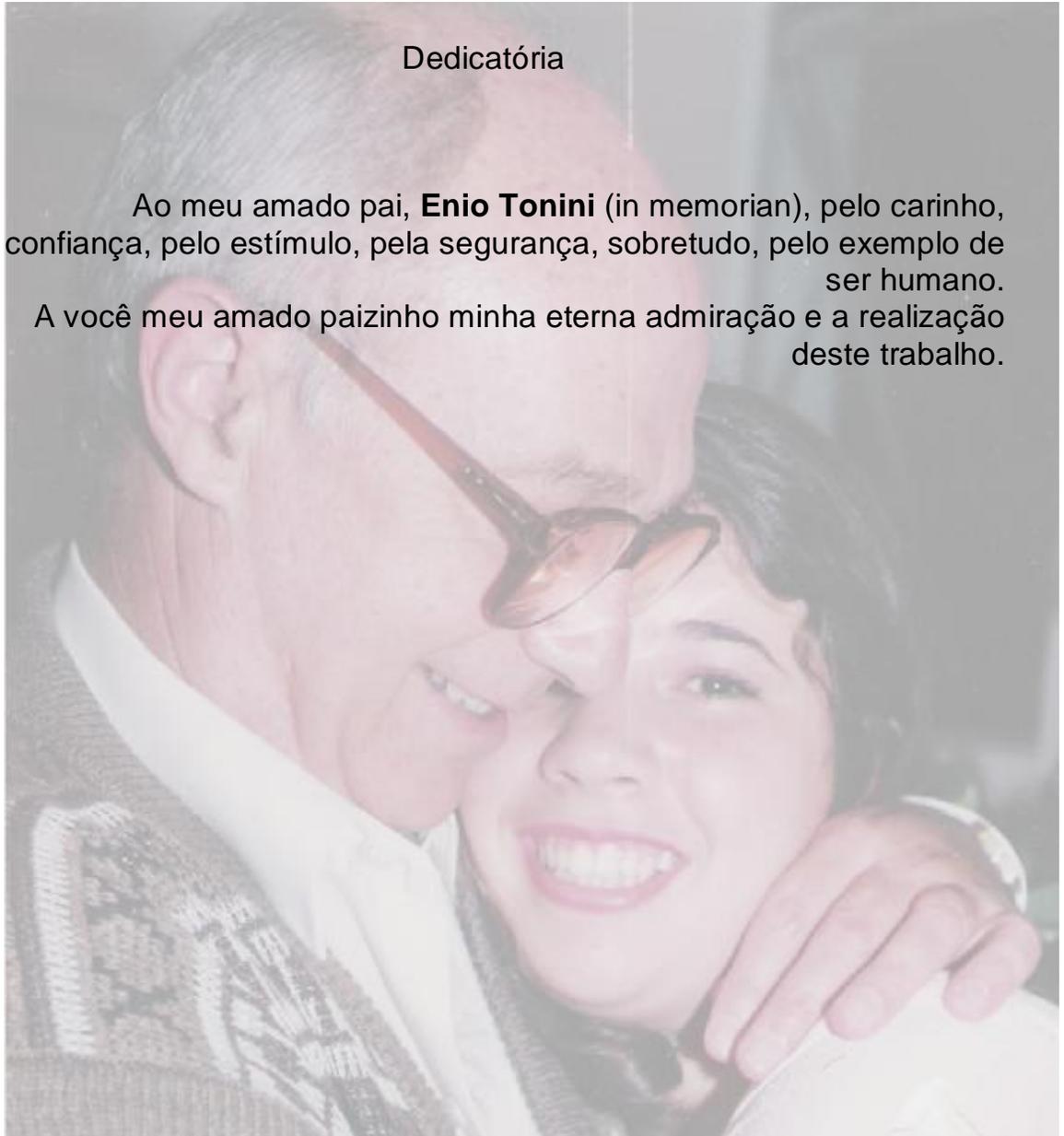
Santa Maria, 10 de abril de 2006

O valor das coisas,
não está no tempo em que elas duram.
Mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis...

Fernando Pessoa

Dedicatória

Ao meu amado pai, **Enio Tonini** (in memorian), pelo carinho, confiança, pelo estímulo, pela segurança, sobretudo, pelo exemplo de ser humano.
A você meu amado paizinho minha eterna admiração e a realização deste trabalho.



Agradecimentos

Agradeço a **Deus**, pela proteção, por iluminar o meu caminho e guiar os meus passos.

À minha querida mãe **Rejane**, pela paciência, pelo carinho, pelo cuidado dispensado à Isadora e, pelo exemplo de mulher competente e trabalhadora.

À minha princesa e amada filha **Isadora**, pelo amor e por compreender os momentos de ausência. Te amo profundamente.

Ao meu amado marido **Gilvan**, pelo amor, pelo respeito, pelo companheirismo, pela dedicação, pelo incentivo, por entender os momentos de ausência e o cansaço. És muito importante na minha vida, te amo.

Ao meu orientador, **Professor Doutor Pedro de Hegedüs**, pelo aprendizado, pela liberdade, pelo respeito, pelas críticas, pelas sugestões, pela competente orientação e, principalmente, pela amizade.

Ao meu coorientador **Professor Doutor Hugo Vela**, pela confiança, pela oportunidade de conviver, aprender, pelo exemplo e pela amizade.

À amiga e colega **Professora Doutora Laura de Azevedo Guido**, por ter acreditado em mim, pelo exemplo, pelo carinho, pela preocupação, pela amizade e convivência.

À **Professora Doutora Virgínia Gravina**, da Universidad de la Republica em Uruguay, pela valiosa contribuição na realização da análise estatística.

À amiga e colega **Professora Especialista Fernanda Sarturi**, pelo carinho, pela compreensão, pela amizade e pela especial ajuda nesta caminhada.

Aos meus sogros **Elizabeth e Eloir**, pelo apoio, incentivo e, principalmente, pelos cuidados dispensados à Isadora.

Aos meus, **avós Rui e Edith**, aos meus **irmãos e cunhados** pelo apoio e incentivo.

Aos **docentes do CPGExR**, especialmente, das disciplinas cursadas no mestrado, pela contribuição na aquisição de novos conhecimentos.

Ao senhor **João Vieiro**, secretário do CPGExR, pela atenção dispensada.

Aos **funcionários da subprefeitura** do distrito de Arroio do Só pela credibilidade, pela disposição e contribuição para a realização deste trabalho, em especial à **Maninha**.

Aos **trabalhadores rurais** do distrito de Arroio do Só que, aceitaram participar deste estudo. Agradeço pela contribuição, atenção, comprometimento, por permitirem que eu conhecesse sua maneira de viver e pela franca acolhida.

As professoras **Clara Colomé** e **Maria Celeste Landerdahl**, pelo impulso inicial e, especial atenção nesse importante passo de minha vida.

As professoras **Carmem Beck** e **Lúcia Ressel**, pelo apoio, pelo incentivo e liberação para cursar as disciplinas do mestrado.

As professoras do **Departamento de Enfermagem**, em especial **Janice de Moraes Bloes**, **Maria de Lourdes Denardim Budó**, **Rosa Maria Brancini Gonzales**, **Sadja Mostardeiro**, **Sharon Martins** e **Tânia Magnago**, pela atenção, apoio, carinho e incentivo.

Às minhas colegas **Clarissa Schwartz** e **Raquel Lunardi**, pelo convívio enriquecedor, pelo partilhar de experiências, pelo apoio e pela amizade.

À equipe da **UTI adulto do HUSM**, pela especial contribuição no meu crescimento profissional e principalmente pelo carinho e amizade.

A todas as pessoas, que de alguma forma contribuíram com a realização deste trabalho, **muito obrigada!**

Resumo
Dissertação de Mestrado
Curso de Pós-Graduação em Extensão Rural
Universidade Federal de Santa Maria

Representações Sociais do processo saúde-doença de trabalhadores rurais – via metodologia Q – no Distrito de Arroio do Só, Município de Santa Maria, RS.

Autora: Carolina Codevila Tonini
Orientador: Professor Doutor Pedro de Hegedüs
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 10 de abril de 2006

Este estudo foi desenvolvido para entender o processo saúde-doença de um grupo de trabalhadores rurais do distrito de Arroio do Só, em Santa Maria (RS, Brasil). A base conceitual do estudo é a Teoria das Representações Sociais. A referida teoria atribui valor às crenças, ao significado construído socialmente, à cultura e às normas que influenciam não só o pensamento, mas também o comportamento das pessoas. É importante considerar o contexto social, econômico, político e cultural da sociedade em que as pessoas vivem e trabalham e como esse contexto afeta as representações sociais dos indivíduos. A metodologia Q foi utilizada para suscitar (por técnicas qualitativas) e analisar (por técnicas quantitativas) as informações. A referida metodologia apresenta como objetivo revelar o mundo interior das pessoas, este considerado um sistema complexo composto de valores, crenças e pensamentos. Nesse sentido, Q é uma abordagem apropriada para estudar as representações sociais. A implementação da metodologia implica sete (7) passos que podem ser reduzidos a três (3) momentos importantes. No primeiro momento, dez (10) pessoas foram entrevistadas como informantes qualificados para desenvolver o conjunto de opiniões a ser classificado pela análise de conteúdo (Bardin, 1977). No segundo momento, trinta e quatro (34) trabalhadores rurais foram entrevistados e solicitados a classificar afirmativas de acordo com sua percepção acerca do processo saúde-doença. No terceiro momento, os dados foram analisados e interpretados por meio de um programa especial de software estatístico, denominado PCQ. Os resultados da análise de conteúdo mostram que as pessoas que moram ou trabalham na área rural, relacionam-se com o seu meio de uma maneira especial, que afeta integralmente suas vidas. Conseqüentemente, as representações sociais de saúde e doenças são influenciadas por tal interação. Três diferentes categorias surgiram: a) o processo saúde-doença resultante das condições e dos hábitos de vida; b) o processo saúde-doença resultante das características do trabalho; c) práticas de cuidado relacionadas à saúde e à doença. Uma matriz sobre essas três categorias foi elaborada para desenvolver as afirmativas. Os resultados da análise fatorial mostram três (3) fatores: a) saúde é a prevenção integral; b) sistema de saúde popular; c) relação trabalho-saúde. Estes fatores são relacionados às categorias provenientes da análise de conteúdo. Como há diferenças entre os contextos urbano e rural e as representações sociais são dinâmicas e heterogêneas, a política pública de saúde pública deveria considerá-las, quando os programas de desenvolvimento rural são planejados. Tal procedimento pode levar a desenvolver programas adequados às condições rurais, às suas necessidades e às suas demandas. É importante não copiar para o contexto rural o que é feito no contexto urbano.

Palavras-chave: saúde-doença, trabalhadores rurais, representações sociais.

ABSTRACT

Dissertation of Mastership
Post-graduation in Rural Extension
Federal University of Santa Maria

Social representations of health and sickness process of rural workers through Q methodology in Arroio do So District, Santa Maria Municipality, RS.

Author: Carolina Codevila Tonini
Advisor: Dr. Pedro de Hegedüs
Date and place: Santa Maria, April 10th, 2006.

A study was carried out to understand the process of health and sickness in a sample of rural workers located at the Santa Maria Municipality, district of Arroio do So (RS, Brazil). The conceptual background of the study is based upon the theory of social representation. This theory consists of the beliefs, values and norms that influence not only thoughts but also behavior of the people. Needless to say that it is important to take into account the social, economical, political and cultural context of society where people live and work. This context affects social representations of the people. Q-methodology was employed to generate (by qualitative techniques) and analyze (by quantitative techniques) the information. Q is aimed at revealing the inner world of the people, a complex system composed of values, beliefs, thoughts, and so on. In this sense Q is an appropriate approach to study social representations. The implementation of the methodology implies 7 stages that can be reduced to 3 important moments. In the moment one, 10 people were interviewed as qualified informants, to develop the set of statements to be sorted through content analysis (Bardin, 1977). In the second stage, 34 rural workers were interviewed and asked to rank-order opinion statements about why they perceive the health and sickness process. In stage three the data was analyzed and interpreted using a special statistical software program called PCQ. The results of analysis content show that people who live and or work in the country relate to their environment in a particular way that affects their lives totally. Consequently, social representations of health and sickness are influenced with this interaction. Three different categories emerged: a) the process of health and sickness depends of live conditions and habits, b) the process of health and sickness depends of work characteristics, and c) cultural practices related to health and sickness. A matrix was built upon these 3 categories in order to develop the statements. The results of factorial analysis show that 3 factors emerged. They were labeled: a) health and integral prevention, b) popular health system, and c) work-health relation. These factors are related to the categories coming from the content analysis. Taking into account that there are differences between the urban and rural contexts, and that social representations are dynamic and heterogeneous, public health politics should consider them when rural development programs are planned. This will lead nicely to develop programs well suited to the rural conditions, needs and demands. It is important to avoid copying to the rural context what is being done in the urban one.

Key-words: health-sickness, rural workers, social representation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação das etapas da análise de conteúdo com as etapas da metodologia Q.....	60
Tabela 2 – Distribuição da população de trabalhadores rurais da segunda etapa de Q – segundo sexo e faixa etária -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.	65
Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores rurais da segunda etapa de Q – segundo sexo e estado civil-, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.....	65
Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores rurais da segunda etapa de Q – segundo sexo e grau de escolaridade -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.....	66
Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores rurais da segunda etapa de Q – segundo a atividade de trabalho desenvolvida, relacionada ao gênero -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.....	66
Tabela 6 - Distribuição da frequência das categorias, segundo respostas dos trabalhadores rurais de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.....	68
Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores rurais da quinta etapa de Q, segundo sexo e faixa etária, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.....	69
Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores rurais – segundo sexo e grau de escolaridade -, Arroio do Só, Santa Maria, 2005.....	69
Tabela 9 – Distribuição dos trabalhadores rurais – segundo sexo e grau de escolaridade -, Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.....	70
Tabela 10 – Distribuição da frequência das propriedades rurais dos trabalhadores rurais, quinta etapa de Q, segundo tamanho em hectares; de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.....	71
Tabela 11 – Distribuição dos problemas de saúde dos entrevistados e de seus familiares narrados pelos entrevistados.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da matriz Q para o processo saúde-doença; Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.....	67
Quadro 2 – Distribuição das afirmativas Q, representativas do fator Saúde é a prevenção integral.	76
Quadro 3 – Distribuição das afirmativas Q, relacionadas ao fator Sistema de saúde popular.....	77
Quadro 4 – Distribuição das afirmativas Q, representativas do fator Relação trabalho-saúde.	78

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Grade de classificação Q	55
Gráfico 1 – Distribuição da média de escolaridade dos trabalhadores rurais – em anos, segundo faixa etária e sexo -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.	71
Gráfico 2 – Distribuição das atividades de trabalho, conforme o gênero, desenvolvidas pelos trabalhadores rurais, quinta etapa da metodologia Q, em Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.	73
Gráfico 3 – Distribuição da amostra de trabalhadores rurais, segundo relação com os fatores obtidos, em Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.	75

LISTA DE REDUÇÕES

CNS – Conferência Nacional de Saúde

EMATER – Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e extensão Rural

NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

OCDE – Organização de cooperação e de Desenvolvimento econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Localização geográfica da cidade de Santa Maria, RS.	122
Anexo B – Pauta da entrevista semi-estruturada	123
Anexo C - Afirmações obtidas a partir das entrevistas junto aos trabalhadores rurais, com a respectiva numeração utilizada nas tarjetas para a classificação Q.	124
Anexo D - Instrumento coleta de dados–questionário de caracterização sócio-econômica	126
Anexo E – Matriz Q	128
Anexo F- Termo de consentimento	130

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 OBJETIVOS	20
1.1 Objetivo Geral	20
1.2 Objetivos Específicos	20
2 PROMOVENDO UMA REFLEXÃO TEÓRICA: EM BUSCA DE SUSTENTAÇÃO PARA A ANÁLISE	21
2.1 O processo saúde-doença	21
2.2 O novo rural brasileiro e a política pública de saúde	35
2.3 A Teoria das Representações Sociais	42
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	50
3.1 Descrevendo a abordagem metodológica	50
3.1.1 Tipo de Estudo	50
3.1.2 Campo de Estudo.....	50
3.1.3 Os Informantes.....	51
3.1.4 Metodologia.....	52
3.1.5 Análise dos dados	58
3.1.5.1 Análise de Conteúdo	58
3.1.5.2 Análise Fatorial.....	60
3.1.6 Aspectos éticos da pesquisa	61
3.2 Objetivação e Ancoragem	62
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	64
4.1 Caracterização dos primeiros informantes	64
4.2 Resultados obtidos na análise de conteúdo	67
4.3 Caracterização dos segundos informantes	68
4.4 Resultados obtidos na análise fatorial.....	75
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
5.1 As categorias.....	87
5.1.1 Saúde-doença como resultante das condições e dos hábitos de vida	87
5.1.2 Saúde-doença como resultante do processo de trabalho	89
5.1.3 Práticas de cuidado em saúde e doença.....	92
5.2 Os fatores.....	95
5.2.1 Saúde é a prevenção integral.....	96

5.2.2 Sistema de saúde popular.....	98
5.2.3 Relação saúde-trabalho	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	107
CONCLUSÕES	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	121

INTRODUÇÃO

Os homens buscam significar e compreender as situações de seu cotidiano, para interpretar o mundo e nele se inserir, em seu processo de vida. Em decorrência disso, dois elementos ganham importância singular, a saúde e a doença, especialmente por estabelecerem relações estreitas com a organização social e, muitas vezes, até condicionarem a existência dos homens. Na compreensão e apropriação desses aspectos, as pessoas elaboram seus conceitos e representam o significado da saúde e da doença pela maneira como as vivenciam. Tal representação é diferente para cada sociedade, pois vai depender de sua história que decorre em um tempo e espaço determinados.

Compreender como os indivíduos vivenciam sua saúde e sua doença exige uma reflexão histórica que deve considerar o contexto social, cultural, político e econômico das sociedades. Assim, não é possível desconsiderar a Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici, mesmo com as dificuldades e limitações surgidas de adequá-la à compreensão desse fenômeno, pois ela atribui valor ao significado construído socialmente, à subjetividade, às diferenças culturais, à vida dos sujeitos e, ainda permite emergir o conhecimento popular, ampliar nossos conceitos e nos aproximar da realidade.

Para Moscovici (2003), a Teoria das Representações Sociais se apresenta como uma “rede” de idéias, metáforas e imagens, o que lhe confere um caráter dinâmico. As representações existem na sociedade, à medida que são necessárias e circulam e tomam diferentes formas na memória, na percepção dos indivíduos, ficando depois reconhecidas como autênticas.

Minayo (1996, p. 158) entende as representações sociais como “um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento [...] categorias de pensamento, de ação, e de sentimento”. Elas constituem a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a.

Como enfermeira, acreditamos ser importante destacar nossas percepções ao entrar em contato com um mundo novo, o da Extensão Rural, que se preocupa e investe, de maneira integral, no meio rural, em ações sociais, políticas e econômicas. Um mundo que busca reconhecer o conhecimento dos indivíduos, seus valores e seus hábitos. A novidade consiste no desafio de compreender esse universo que está tão próximo de nós, por meio de um olhar crítico – reflexivo que evidencie as reais demandas e necessidades da população rural, com uma nova postura, sem tentar reproduzir as ações designadas para o meio urbano.

Afirmar que existem diferenças entre o rural e o urbano de maneira alguma diminui ou ressalta as qualidades de um ou de outro, apenas evidencia a necessidade de interpretações adequadas às realidades ímpares que se apresentam. Dessa forma, enfocam-se as atividades desenvolvidas em um município do interior do Estado de Santa Catarina, caracterizado pela grande concentração de munícipes no meio rural e pela estrutura de produção agrícola familiar. Momento em que se apresentou a oportunidade de experienciar a falta de conhecimento dos gestores e dos profissionais de saúde referentes à realidade rural - questão que, efetivamente, dificulta o planejamento das ações em saúde e resulta na ineficiência da política pública de saúde para a população -, e incentivou, de maneira significativa, este importante passo de nossa vida, ou seja, este estudo.

O estado de saúde ou de doença diz respeito a todos os indivíduos, rurais ou urbanos, ricos ou pobres, independentemente de raça ou credo; no entanto, os diferentes grupos sociais constroem sobre a saúde e a doença representações diferenciadas, visto que as condições e os hábitos de vida deles caracterizam, de maneira distinta, suas idéias, seus anseios e suas maneiras de agir. Os conteúdos e os sentidos representados também variam dentro da mesma sociedade, da mesma cultura (MOSCOVICI, 2003).

Não é possível pensar as representações do processo saúde-doença como algo homogêneo e estanque; uma vez que elas envolvem aspectos sociais, crenças, atributos e significados. Esse fenômeno clínico e social, vivido culturalmente, exprime como a sociedade experimenta, cristaliza, simboliza e enfrenta a dor, a morte, a cura; enfim, seus medos (MINAYO, 1996). A já citada autora complementa que o processo saúde-doença importa não só por seus efeitos no corpo, mas também por suas repercussões no imaginário, ambos reais em suas conseqüências.

De acordo com Ferreira (2004), a palavra processo é definida como uma sucessão de estados de mudança. A mudança, usualmente, ocorre quando a sociedade atravessa uma crise intensa de seus preceitos essenciais. Quando se entende a saúde e a doença como processo, vincula-se a esses conceitos uma escala de valores, e admite-se como parte das condições de vida do ser humano, explicam Colla e Almeida (1999).

A partir dessa reflexão, salientamos que o homem que mora e/ou trabalha no campo, apresenta uma forma de se relacionar com a natureza. Em decorrência disso, transforma sua organização social e seu trabalho, o que dá diferente significado à alimentação, à família, a seus hábitos, a seus valores, e à sua cultura. Reconhecemos então, que a representação da saúde e da doença está imbricada com tais características; portanto, é preciso conhecer os conceitos a elas atribuídos.

Nessa perspectiva, Costabeber e Caporal (2003) acreditam que os saberes, os conhecimentos e os valores locais das populações rurais precisam ser analisados, compreendidos e contemplados como ponto de partida nos processos de desenvolvimento rural que, por sua vez, devem espelhar a “identidade cultural” das pessoas que vivem e trabalham em um dado agroecossistema.

Emergem das ponderações até então apresentadas, as questões norteadoras desta proposta de estudo. O que representa a saúde e a doença para os trabalhadores rurais? Quais são seus cuidados relacionados à saúde e à doença? Quais as relações que eles estabelecem entre o trabalho e o processo saúde–doença?

As considerações elaboradas destacam o seguinte objeto de estudo: compreender o processo saúde–doença a partir das representações de trabalhadores rurais do distrito de Arroio do Só, em Santa Maria, mediante a utilização da metodologia Q. Foi possível perceber desde a formação acadêmica até a atuação profissional, como vivemos distantes da realidade de tais trabalhadores; conseqüentemente, há a necessidade de aprender sobre eles, sobre seus hábitos, crenças, cultura, necessidades e demandas. Nessa perspectiva, é essencial aprofundar conhecimentos acerca da temática que abrange o espaço do trabalho rural, as percepções dos trabalhadores sobre a saúde e a doença e a relação desse processo com o trabalho rural.

As representações do processo saúde-doença constituem um objeto de estudo de caráter multidisciplinar, pois envolve aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais, relacionados com a noção tanto de corpo individual e social, quanto de interação com o ambiente. Como o objeto é amplo e complexo, necessita não só de ser analisado e compreendido em sua totalidade, já que demanda conhecimentos distintos e integrados, mas também de intervenções e posicionamentos sobre teoria, prática, organização e, conseqüentemente, da avaliação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o (a) enfermeiro (a) vem ocupando um papel relevante no cenário da política da saúde do trabalhador. Desde nossa atuação acadêmica, estamos nos apropriando de conhecimentos sobre a saúde dos trabalhadores; em decorrência disso, foi possível perceber que, entre as muitas metas da política pública nacional de saúde, há a preocupação com a saúde do trabalhador. Esse fato pode ser comprovado pela Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS/1998 art. 1º) que garante assistência à saúde dos “Trabalhadores e trabalhadoras, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas”.

No Plano Municipal de Saúde de Santa Maria (2004), é abordada a temática da saúde do trabalhador pelo aspecto da integralidade, que visa ampliar ofertas e ações à saúde, com estratégias de prevenção, promoção, recuperação, educação em saúde e qualificação da equipe multidisciplinar, visto que existe a necessidade

de estabelecer um sistema de referência que contemple a saúde do trabalhador rural ou urbano em todos os aspectos de sua vida. Essas considerações remetem ao fato de que é preciso refletir sobre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas para os indivíduos que atuam no meio rural, em especial os trabalhadores rurais. De acordo com Silva (2003, p. 2) “o Sistema Único de Saúde enfrenta, no meio rural, os obstáculos da falta de informações, da dificuldade de acesso aos serviços, da pouquíssima participação social e de vários outros fatores, comprometendo seu princípio básico de universalidade e equidade”. No entanto, é preciso compreender, a partir da perspectiva da população rural, como ela percebe os processos que permeiam sua vida e sua relação com os outros seres, ou continuaremos a desenvolver atividades alheias à realidade do homem rural.

Assim, as políticas públicas voltadas para o desenvolvimento rural, devem adquirir uma nova configuração, principalmente a política de atenção à saúde, que não deve ser uma reprodução do modelo urbano, pois precisa estar voltada às demandas e às necessidades da população que trabalha, aprende, produz e estabelece relações no meio rural. Conforme Silva (2003), são inúmeras as questões que podem orientar as ações que visem mudanças no ambiente rural e proporcionem condições adequadas de vida para a população, tais como melhoria de acesso aos serviços públicos, à escola, à saúde e à política.

Cabe dizer que, reconhecer as representações dos trabalhadores sobre saúde e doença, pode orientar as práticas em saúde, não apenas para os trabalhadores rurais, mas para todos os outros e também pode facilitar a elaboração de estratégias unificadas. As ações em saúde devem atentar para a cultura, para os valores, e para as crenças de quem elas se dirigem e, respeitar a integralidade do indivíduo e da coletividade.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Identificar e compreender as representações dos trabalhadores rurais a respeito do processo saúde–doença.

1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as condições de trabalho dos trabalhadores rurais.
- Identificar as relações que eles estabelecem entre o trabalho e a saúde.
- Conhecer a realidade da referida população e oferecer subsídios para a implantação/implementação de estratégias que contemplem as necessidades e as demandas dos trabalhadores rurais.

2 PROMOVENDO UMA REFLEXÃO TEÓRICA: EM BUSCA DE SUSTENTAÇÃO PARA A ANÁLISE

2.1 O processo saúde–doença

A humanidade, nas diferentes fases do seu desenvolvimento, determina e assume diferentes relações com a natureza, uma vez que existem diferentes grupos sociais. Esse fato vai influenciar, significativamente, nas condições e nos hábitos de vida dos homens; na estrutura e na organização social e na forma de conceber e vivenciar o processo saúde–doença. Conceitos historicamente construídos são modificados ao longo dos tempos, pois são adaptados e inseridos no contexto das sociedades, de acordo com as necessidades, com o modo de vida e com o conhecimento das populações, sua filosofia, sua economia, seus valores morais e éticos.

As práticas de cuidado com a saúde e o surgimento de doenças mudam para uma mesma população, conforme seu momento histórico. O caráter histórico do processo saúde–doença é evidenciado nas atitudes da coletividade humana, no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos (LAURELL, 1982). Ceccim (1998, p. 38) afirma: “Saúde e doença não são conceitos definitivos, tampouco são conceitos em oposição, mas ambos dizem respeito à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida”.

As concepções de saúde e de doença assumem definições específicas em um determinado momento, de acordo com o entendimento dos sujeitos envolvidos (WEBER, 1999). Assim, esse fenômeno assume caráter coletivo e constitui uma realidade social.

Conforme Minayo (1996, p. 233), “Saúde/Doença são um fenômeno social não apenas porque elas expressam um certo nível de vida, ou porque correspondem a certas profissões e práticas. Mas também porque elas são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo”. Esse processo não representa apenas a presença ou a ausência de um fenômeno patológico que

compromete o organismo humano, mas está vinculado a tradições e a práticas culturais, ao acesso a bens e a serviços; condições econômicas; a liberdade política e de expressão; a condições de: trabalho, moradia, saneamento básico e alimentação; a relações interpessoais; a participação social e ao exercício da cidadania. Dessa forma, o processo está representado por um conjunto de situações que se interligam para ofertar bem-estar e qualidade de vida à população. Contudo, a representação desse fenômeno se manifesta de maneira diferenciada em cada sociedade, pois carrega uma carga emocional, social, histórica e cultural que merece destaque na compreensão da concepção de saúde e de doença. É fundamental analisar a especificidade dos processos biológicos – individuais e sociais contextualizando a relação entre eles.

Quando consideramos a história da construção do fenômeno em estudo, identificamos diferentes teorias que procuram elucidar a saúde e a doença e utilizam desde a explicação mágica até a ciência e a tecnologia no entendimento e na busca da cura das doenças, passando por uma prática que visa ao social e à coletividade. Observamos também que as práticas em saúde estavam associadas principalmente ao exercício da medicina e da cura; já a enfermagem como prática profissional surge com a Revolução Industrial. O processo saúde-doença é abordado por autores como Laurell (1982), Laplantine (1991), Minayo (1996), Carvalho e Martins (1998), Chammé (1998), Foucault (1998), Weber (1999), Oliveira e Egry (2000), Langdon (2005), que constituíram a fundamentação teórica dessa reflexão.

O cuidado com a saúde aparece, nos grupos nômades primitivos, como uma prática instintiva que consistia na realização de ações que garantissem ao homem a sua sobrevivência e era representado pela figura da mulher, ao cuidar e proteger a vida de seus filhos, dos velhos e dos doentes. Na antiguidade, havia o exercício da chamada medicina primitiva ou mágica. Carvalho e Martins (1998) relatam que, para as comunidades primitivas do mundo ocidental, a doença estava envolta em um conceito mágico, era entendida como uma força, fruto de um espírito, que dominava a pessoa doente e se apropriava de seu corpo. Tal força era resultante ou de feitiçaria realizada por outras pessoas, ou de um castigo das forças sobrenaturais. O tratamento era baseado em rituais de magia e feitiçaria, realizados por curandeiros

das tribos, por feiticeiros ou por bruxos; nele, associava-se o uso de plantas medicinais, de banhos e de massagens.

As autoras afirmam que, à medida que as sociedades foram se desenvolvendo, a religião passou a explicar os problemas de saúde como uma consequência da vontade dos deuses. O homem comum era incapaz de comunicar-se com os deuses, ele desconhecia esse saber, apenas seres especiais, como os sacerdotes, detinham tal condição. Então, eles passaram a realizar as práticas em saúde em um local denominado templo, que misturava os papéis de igreja e de hospital. Rezas e exorcismos constituíam o tratamento associado às práticas da medicina primitiva (encantamentos e feitiçarias). “O curador passa a ter um caráter de médico-sacerdote, que entendia tanto das doenças quanto dos Deuses” (CARVALHO e MARTINS, 1998, p. 92). Para essas sociedades, o processo saúde-doença não era explicado pelo conhecimento científico e sim pelo mágico e pelo religioso. Nesse sentido, Oliveira e Egry (2000, p. 12) afirmam que “[...] as concepções sobre a saúde e a doença são limitadas pelo desenvolvimento teórico-conceitual da ciência e, sobretudo, por condicionantes ideológicos que tornam determinadas opções conceituais mais legítimas e mais potentes que outras”.

Juntamente com o despertar da ciência e com o advento das idéias do médico grego Hipócrates, começa a surgir uma medicina mais racional, que reconhecia a doença como parte da natureza e questionava a ação dos maus espíritos como causa dela. Conforme Carvalho e Martins (1998, p. 93), “a saúde para Hipócrates significava uma condição de equilíbrio perfeito”. Este obtido com uma dieta adequada, com a realização de atividades físicas e com repouso, ou seja, um estilo de vida ideal. No entanto, fatores externos, como condições de trabalho, de clima e da geografia podiam transformar esse equilíbrio em doença e manifestar sintomas como dor, febre, inflamação. Para obtenção da cura, era preciso restabelecer o equilíbrio.

É possível notar a concepção dinâmica ou da multicausalidade utilizada, naquela época, para explicar as doenças; nela, admitem-se vários fatores associados atuando no organismo, isto é, no desenvolvimento das patologias. Essa

maneira de interpretar o fenômeno saúde–doença reaparece novamente com a urbanização e a Revolução Industrial.

Na Idade Média, a saúde é influenciada pela conjuntura política, social e econômica da sociedade feudal - marcada por guerras, pela queda do Império Romano, pelo poder militar sobre o povo, pela grande carga de impostos sobre os colonos e pela força de trabalho dominada pelo feudalismo -, e também associada aos terremotos, às inundações, às epidemias de lepra e de doenças venéreas como a sífilis, situações que fragilizam e expõem o sentimento coletivo de sensibilidade, sofrimento e redenção. Tudo isso provoca o (re) surgimento de crenças místicas e superstições e a valorização de poderes milagrosos de amuletos, santos, águas bentas, óleos e exorcismos. Nessa época, a fé Cristã ganhava cada vez mais magnitude, fundamentada nos dogmas da Igreja Católica e na difusão da caridade e da bondade. Impregnados de misticismo, indivíduos leigos passaram a dedicar suas vidas às práticas de saúde, a ajudar os pobres e os desvalidos. Efetivando, assim, a associação entre as práticas religiosas e as de saúde, estas desvinculadas do conhecimento científico e, ainda, legitimando o poder eclesiástico. As ações tinham características caseiras e populares, saturadas de espiritualidade e carregadas de sentimentos de amor e caridade.

A Igreja, aliada à nobreza, detinha a autoridade, o poder moral e o financeiro, era precursora da lei. O poder intelectual também estava restrito ao clero, visto que o conhecimento era produzido nos mosteiros e nas igrejas. Como a Igreja dominava o cuidado aos enfermos, a construção dos hospitais era realizada próxima às instituições religiosas e sob sua direção. Os estabelecimentos eram destinados aos pobres, aos moribundos e aos portadores de doenças infecciosas e apresentavam condições precárias de higiene e eram mantidos por doações e isenção de impostos. Nesse período, aparece também a medicina de exclusão, direcionada aos indivíduos portadores de lepra, que eram postos para fora dos muros das cidades, expulsos, para que as cidades ficassem limpas, purificadas.

Com o fim do feudalismo, o autoritarismo perde força e os indivíduos ganham liberdade. A ciência avança em suas descobertas, impulsionada pela curiosidade humana. Nesse momento, a doença corresponde a um defeito de

alguma parte do corpo humano e a saúde é a ausência dos sintomas de mau funcionamento do organismo. O desenvolvimento da anatomia, fisiologia e patologia humana contribuiu, de maneira significativa, para a compreensão das doenças e para sua cura. Priorizava-se o estudo do organismo humano, a observação do paciente e a experimentação. O crescimento das universidades e a herança do clero propiciaram a evolução da medicina, e reforçaram a hegemonia médica e o status social da categoria. Também se observa uma diferenciação na organização das ações de saúde, que se baseiam nas classes sociais, vale dizer, aos nobres e à realeza eram destinados os cuidados de médicos graduados em universidades; já os burgueses recebiam tratamento de médicos e cirurgiões com boa formação técnica, e os pobres eram cuidados por curandeiros e barbeiros.

Conforme Laplantine (1991), a medicina moderna permitiu não só isolar as doenças, mas também determinar o local exato em que se encontra a patologia em um órgão. Esse avanço possibilitou o desenvolvimento de uma representação que separa o sujeito de sua doença, ou seja, uma representação localizadora da doença; de certa forma, considerada tranquilizadora para os indivíduos, pois “[...] o que não funciona é um de meus órgãos e na verdade não eu próprio” (1991, p. 52).

Para a medicina, surge a separação entre a natureza e a cultura, entre o biológico e o sagrado, com a observação da realidade empírica, o uso de medicamentos e o afastamento de pensamentos mágicos que justifiquem as doenças. No entanto, conforme Laplantine (1991), quando a sociedade passa por uma crise de fundamentos, ressurgem o sagrado que, cabe dizer, nunca esteve separado do racional, visto que está manifestado no que denominamos medicina popular.

O autor salienta que o pensamento científico daquele momento promove uma ruptura ilusória entre a doença e o social; no entanto, o pensamento que inclui todos os aspectos da vida dos indivíduos é o que nos permite tomar ciência do que está oculto pelo pensamento científico. Desse modo, posteriormente, a sociedade reconhece esse fato e tenta resgatar a integralidade do indivíduo e seu contexto social.

A Revolução Industrial, ocorrida primeiramente na Inglaterra, no século XVIII, e o desenvolvimento das cidades provocam profundas transformações (organizacionais, estruturais, econômicas, políticas e sociais) no modo de vida da humanidade. Esses acontecimentos determinaram a intervenção do Estado e a formulação de estratégias de intervenções, especialmente, sobre o ambiente físico. Em decorrência disso, a reorganização da higiene pública passou a ser um problema social, já que havia uma preocupação significativa das elites relacionada não só ao surgimento de doenças e a possibilidade de contágio de todas as camadas da sociedade, mas ainda à escassez de mão de obra e ao comprometimento do crescimento econômico. Nessa conjuntura, surge uma medicina voltada a compreender e a combater os problemas de caráter social da população, que produziu mudanças tanto em sua estrutura, quanto no comportamento e nos hábitos de vida das pessoas. A chamada medicina social, conforme Foucault (1998), teve sua formação em três etapas: a da medicina de Estado, a urbana e a da força de trabalho.

A medicina de Estado desenvolveu-se na Alemanha, no começo do século XVIII, e também foi denominada ciência de Estado. Ela objetivava o conhecimento dos recursos naturais da sociedade, de sua população e do funcionamento geral de seu aparelho político. Significava, então, a maneira pela qual o Estado extraiu e acumulou conhecimentos para assegurar seu funcionamento (FOUCAULT, 1998). O autor relata que a ciência de Estado, estatizada e coletivizada, se desenvolveu primeiro na Alemanha, antes da França e da Inglaterra, provavelmente, por causa da estagnação econômica e da falta de potência política da época.

O segundo momento da medicina social é representado pelo fenômeno da urbanização, ocorrido na França, no final do século XVIII. Conforme Foucault (1998), o desenvolvimento do tecido urbano gerou pânico na população e inquietude político-sanitária, devido ao amontoamento da numerosa população, ao medo dos acidentes nas oficinas e nas fábricas e também pelo risco que representavam cemitérios, esgotos e epidemias urbanas. Em conjunto com a necessidade de mecanismos de regulação para esses fatores, que fosse coerente, com a unificação das relações comerciais, com o aumento das tensões políticas pelo aparecimento de uma população operária e com as relações de enfrentamento entre ricos e pobres,

plebe e burguês, foi preciso instituir um poder político capaz de esquadrihar a população das cidades. A medicina urbana assume caráter militar, de vigilância das coisas, das condições de vida, da qualidade do ar, da água e das decomposições. Objetivava, primeiramente, analisar os espaços urbanos onde havia amontoamento de pessoas, confusão e perigo. Controlava a circulação, especialmente do ar e da água, suscitando a teoria dos miasmas, que acreditava que o ar veiculava miasmas, e estes causavam as doenças. Era preciso fazer com que o ar circulasse nas cidades e nas casas para manter o bom estado de saúde da população. Havia preocupação com a organização das cidades, com a distribuição e frequência das fontes, esgotos, barcos-bombeadores e barcos-lavanderia. Era necessário estruturar de forma que as atividades de um não influenciassem e contaminassem o resultado das atividades do outro (FOUCAULT, 1998).

No Brasil, em especial no Estado do Rio Grande do Sul, Weber (1999) afirma que a preocupação com os problemas advindos do crescimento desordenado das cidades foi manifestada com o Regulamento para o Serviço de Higiene de 1895. Este destinava sua atuação à salubridade das áreas urbanas, com ações sanitárias (distribuição de água, remoção de imundices e cemitérios), vigiava o meio externo para garantir a higiene, com a utilização de meios coercitivos, como polícia e campanhas.

Esse modelo de prática em saúde também incentiva a ciência médica a estabelecer relações com outras ciências, especialmente com a química; assim surge a medicalização das cidades. Conforme Laplantine (1991), existe a esperança de um progresso infinito de eliminação das doenças da cidade, que levarão os indivíduos à saúde absoluta, e à medicalização.

A terceira etapa da medicina social, descrita por Foucault, é representada pela medicina dos pobres, que representam a força de trabalho do modelo inglês, momento em que os trabalhadores ganham força política, o corpo é a sua força de produção. Da Cólera de 1832 emerge a necessidade de organizar as cidades em espaços, o dos ricos e o dos pobres. Assim, surge a Lei dos pobres, na Inglaterra, que realiza o controle e a intervenção médica, da qual os pobres se beneficiam.

No início do desenvolvimento das indústrias, as fábricas se localizaram na zona rural para aproveitar a energia hidráulica que movia as máquinas. O uso indiscriminado de energia fóssil e a degradação ambiental não foram previstos, o que trouxe conseqüências para o campo. Com a invenção da máquina a vapor, as fábricas passaram a se instalar nos arredores das cidades e a promover a aglomeração de operários em subúrbios (COULON e PEDRO, 1995).

Essa mudança ocorrida no meio rural, resultou em êxodo. A partir daí, foram desencadeadas situações, tais como a diminuição da população rural e a desnutrição. Esta passou a ser um problema, pois os alimentos, antes cultivados em casa, passam a ficar de difícil acesso. De acordo com Almeida e Souza (2003), a agricultura não é uma atividade exclusivamente produtora de bens alimentares, ela exerce outras funções: função social, ambiental, patrimonial, pelas quais o agricultor não obtém um bem negociável nos mercados. No momento em que essas funções são abandonadas, é preciso conquistar outros espaços, em virtude disso, ocorre uma crise na identidade desse homem do campo e da sua sobrevivência.

Para a cidade, também houve conseqüências, principalmente com referência à saúde da população. As condições de trabalho eram desumanas, pois havia: utilização de crianças como mão-de-obra, jornadas de trabalho de 12, 14 até 16 horas diárias; acidentes de trabalho; salários baixos e esgotamento físico e ainda as fábricas eram mal iluminadas e com pouca ventilação. Associadas às péssimas condições de sobrevivência, estavam: falta de moradia, precariedade dos recursos, falta de saneamento básico e a conseqüente proliferação e disseminação de doenças e inúmeras epidemias (tuberculose, varíola, sarampo, febre amarela). Para a classe operária, saúde significava sobrevivência, cuja representação era não morrer.

A falta de infra-estrutura, de trabalho e de moradia favoreceu a aglomeração de pessoas em favelas, e desfavoreceu o acesso dos cidadãos aos bens e serviços como educação, saúde e transporte. Nesse sentido, Marques (1998, p. 108) salienta três prováveis conseqüências para as cidades:

Os imigrantes levam doenças que antes não afetavam as populações das regiões para as quais eles se dirigem e passam a habitar (por exemplo, a esquistossomose); auxiliam na disseminação de certas endemias regionais (por exemplo, a malária); e aumentam a necessidade de atendimentos de saúde, em nível hospitalar e ambulatorial, criando novas necessidades de atendimento médico-sanitário devido à diversificação do quadro de doenças.

As transformações na relação tanto do homem com o trabalho quanto do processo do trabalho com a sociedade fizeram emergir a “Frente pela Saúde”, que lutava para salvar o homem dos acidentes, prevenir as doenças profissionais, conquistar cuidados e tratamentos convenientes aos trabalhadores (DEJOURS, 1992). Esse período é tomado como referência pelas características sócio-político e econômica da época, pela consequência da redução do número de trabalhadores mortos e feridos e pela reinserção dos inválidos. A política estava voltada para atender a produtividade industrial, com um sistema de trabalho taylorista, em que havia hierarquização do ambiente de trabalho, exigências de tempo e ritmo de trabalho.

Nessa realidade, os trabalhadores começam a lutar por seus direitos, esboçando o que hoje é a parte da política de saúde destinada a eles. A saúde dos trabalhadores, primeiramente, é elaborada em função das necessidades da produção, pois havia sido observado que um corpo cansado não apresentava a mesma produtividade, portanto era necessário reduzir a jornada de trabalho. Como em determinadas condições trabalho traz prejuízos ao corpo já que este é alvo da doença, para evitar posteriores indenizações os patrões inserem a obrigatoriedade da realização de exames pré-admissionais. A garantia à saúde fica expressada na jornada semanal de 40 horas, no direito a férias, e no descanso semanal.

Observamos que, usualmente, a conceituação da saúde-doença acompanha as necessidades das classes dominantes, então, postas como uma demanda da sociedade. Assim, a impossibilidade de trabalhar, hoje, é vista como uma condição de doença. No entanto, a presença de uma alteração biológica que não limite as atividades diárias, não tem a mesma significação. Isso evidencia a importância da capacidade produtiva nas sociedades capitalistas. Tal capacidade,

no entanto, não pode ser desvinculada do desenvolvimento das lutas e das reivindicações impulsionadas pelas organizações operárias (DEJOURS, 1992).

A segunda metade do século XIX foi marcada pela descoberta de microorganismos (fungos, bactérias), que permitiu não só identificar e justificar as causas das doenças, mas também inventar as vacinas. “A doença passa a ser concebida e conceituada como um fenômeno biológico, cuja cura deveria se restringir a uma maior ou menor eficácia dos medicamentos, técnicas e tecnologias sobre entidades patogênicas específicas (vírus, bactérias, vetores, etc.)” (CARVALHO e MARTINS, 1998, p. 97).

No final do século XIX, em complemento à realidade antes mencionada, é instituído o controle médico da sociedade, destinado a toda a população, com a adoção de medidas preventivas, como a obrigatoriedade da vacinação, o registro de epidemias e doenças, a identificação e eventual destruições de locais insalubres.

Nesse momento, identifica-se o paradigma da unicausalidade, ou a denominada concepção ontológica, para explicar as doenças. Para cada doença, havia um agente externo específico que penetrava no organismo e atuava de maneira independente. No entanto, o aparecimento de doenças crônicas, no século XX, não podia ser explicado pela teoria dos germes, ressurgindo assim a concepção da multicausalidade.

Quanto ao momento do acelerado processo de urbanização na história Chammé (1998, p. 275) afirma:

[...] a população mundial sofreu um processo de explosão demográfica insuspeitável, urbanizou-se como pôde, excluiu camponeses, selecionou elites, estilos e modas, distinguiu minorias, criou periferias, marginalizou os homens das cidades, gerou expropriados, concentrou o capital econômico, multifacetando o capital cultural [...],

Provocando indignação e transformações na sociedade, que resultaram na elaboração de um conceito de saúde que não só valorizou o corpo como força de trabalho, mas ainda que integrou aspectos da vida dos indivíduos.

Nessa mesma direção, Laurell (1982, p. 135) assegura que é preciso “[...] questionar o paradigma dominante da doença que a conceitua como um fenômeno biológico individual”. Conforme Langdon (2005), o significado da doença emerge de seu processo, assim, não é único nem fixo e decorre tanto da organização e do entendimento da situação de sofrimento pelo sujeito, como da tentativa de aliviar o sofrimento.

Minayo (1996), a respeito das representações em saúde, afirma que: saúde/doença, como bom funcionamento dos órgãos e como responsabilidade individual, separa o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial, de sua classe e dos condicionantes de sua situação. Partindo dessa reflexão, não é possível entender o que é saúde e o que é doença para o trabalhador rural sem contextualizar seu trabalho na lavoura, sob o sol, sob a chuva, em meio à umidade e, ainda, com a utilização de agrotóxicos, com suas próprias preocupações com as dívidas, com o tempo meteorológico, com a venda de seus produtos, com o futuro dos seus filhos.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, exprime o seguinte conceito: “Saúde é um estado de completo bem – estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”. Na época, tal modo de pensar representou um grande avanço, por considerar as condições psíquicas e sociais atuantes no fenômeno e não só as biológicas. Contudo se apresenta de maneira ampla e aparentemente irreal, pela baixa operacionalização, pela difícil conceituação e quantificação, por envolver parâmetros objetivos e subjetivos e ainda por expressar juventude, beleza, força, serenidade, felicidade e paz (LAPLANTINE, 1991).

No Brasil, a crescente insatisfação da população e dos profissionais da saúde com o sistema de saúde vigente provoca uma grande reforma, uma nova constituição e uma nova proposta de ações em saúde. Da mobilização popular e da

VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (CNS/86), resulta uma nova abordagem do conceito de saúde. “Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. É fruto das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, o que evidencia sua estreita relação com o trabalho e com a educação, ambos relacionados com o processo de vida dos indivíduos.

Os preceitos relacionados à saúde, estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, incorporam o conceito mais abrangente de saúde, que se entende como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, entre outros); o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.) e a oportunidade de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A representação da saúde e da doença muda, pois deixa de ser um estado biológico vivido pelo homem e torna-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social (SAMAJA, 2000). É preciso privilegiar a dimensão coletiva e individual do processo saúde–doença. Para Oliveira e Egry (2000, p. 13), a dimensão coletiva é privilegiada por modelos que interajam ações individuais e coletivas.

Laplantine (1991) destaca que a saúde, como ausência total da doença, é o principal valor da cultura ocidental contemporânea; já pela convicção das pessoas na busca pela saúde, o autor classifica esse conceito como mitológico. Ao mesmo tempo em que ele exprime a saúde como um direito, expressa o dever (individual, coletivo e do estado) de combater a doença, o envelhecimento e a morte.

Nesse sentido, o referido autor afirma que as associações de doentes, como diabéticos, hipertensos, urêmicos, portadores de cardiopatias e nefropatias, são formas de protesto ao ideal social, de resistência à aculturação da medicalização e de reivindicação ao direito a doença. Ele complementa “[...] hoje, em nossa

sociedade, a doença é preferencialmente vivenciada mais como uma presença [...] como um objeto que não estava lá e que começou a se instalar e a invadir uma parte do corpo [...]”. Para Laplantine (1991, p. 102), “estar doente, estar bem de saúde são noções que transbordam de significações (econômicas, políticas, morais, religiosas, existenciais), mas toda sociedade opta por uma certa idéia da normalidade [...]”. Nesse enfrentamento, alguns autores refletem a construção da significação desse processo, elaboram e expressam suas apreensões, com o intuito de contribuir com a prática em saúde, como Marques (1998) que observa:

A relação existente entre saúde e doença não é apenas uma relação de bom e ou mau funcionamento do corpo, mas uma interação muito mais ampla do homem com os ambientes (físicos e sociais) que o cercam, da sua maneira de relacionar-se com outros homens, da sua condição de trabalho (tipo e características, condições físicas para exercê-lo e a relação pessoal com o trabalho – gostar de realizá-lo); da forma como é organizada a produção de riquezas e de como essas riquezas são repartidas e compartilhadas por todos, das possibilidades que ele possui para se expressar, para desenvolver seu potencial criativo e desenvolver-se como pessoa. A busca de uma concepção de saúde é também a procura da compreensão do processo de vida dos homens ao longo da história (p. 103).

Já, de acordo com Chammé (1998), a doença é representada por um conjunto de sinais e sintomas, é uma expressão concreta do corpo, passível de ser detectada, enquanto a saúde é abstrata e ausente, como se sempre estivesse por vir. Segundo, Langdon (2005), a doença pode ser entendida como uma processo subjetivo construído pelos contextos sócio – culturais e vivenciado pelo atores”. Para Colla e Almeida (1999).

O processo saúde-doença, muito lentamente, transmuta, através do exercício diário e contínuo, entre o dualismo: os conhecimentos empíricos e científicos, a ciência e a arte, a história e a atualidade, a formalidade (técnica) e a informalidade (toque, aproximação,...); e poderá conduzir a um (re) criar em saúde, globalizando-a e gerenciando-a sob um modelo individual e o coletivo, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a teoria e a prática, reconhecendo e respeitando os padrões comportamentais do binômio profissional-paciente, capaz de se tornar um bem maior para impulsionar e sustentar o desenvolvimento e a evolução da humanidade (p. 73).

Conforme Laplantine (1991), a doença é compreendida como um problema que exige mobilização e não está somente ligada ao corpo, mas à sexualidade, ao trabalho, à alimentação, ao lazer, à educação e aos desvios sociais.

As representações dominantes da medicina contemporânea não são sensivelmente distintas das representações populares. Afirmar que a doença é um corpo estranho que deve ser expulso, uma presença inimiga a ser dominada, uma adição de algo de mal a ser extraído, significa recusar deliberadamente que ela possa vir de si mesmo e envolver a personalidade do doente (LAPLANTINE, 1991, P. 97).

Atualmente, o desafio é compreender o que representa o processo saúde-doença para nossa sociedade globalizada, interativa que, no entanto, mantém e reproduz suas particularidades na organização do trabalho, no social, no cultural e no modo de vida. Aprender as diferentes percepções é fundamental não só para efetivar as práticas de promoção, proteção e recuperação em saúde, mas também para garantir qualidade de vida digna ao cidadão ou, então, corre-se o risco de implantar estratégias à revelia das demandas das sociedades.

A melhoria das condições de saúde das populações não se restringe à diminuição das doenças, está relacionada e deve ser contextualizada com a melhoria das condições sócio-econômicas, com a distribuição de renda e com uma política pública voltada para as questões sociais e o desenvolvimento da cidadania. Não é possível impor hábitos e generalizar a saúde, é necessário que haja educação - não só informação - conscientização e contextualização.

Tais considerações sinalizam a necessidade de interação entre as políticas atuantes no meio rural, pois é importante aliar conhecimentos visando à compreensão das peculiaridades e das representatividades desse espaço, para possíveis intervenções que promovam o desenvolvimento rural.

2.2 O novo rural brasileiro e a política pública de saúde

Embora o meio rural seja um espaço diferenciado do meio urbano, delimitar esses espaços é potencialmente difícil, pois os critérios variam muito seja entre países seja até mesmo entre regiões e localidades. Araújo (2000) expressa alguns critérios para a definição desses espaços: a oposição entre o rural e o urbano; o tamanho e as características demográficas; e a delimitação do perímetro urbano.

Nessa mesma direção, Mingione e Pugliese (1987, p. 86) afirmam que “[...] as fronteiras entre o rural e o urbano sempre foram mal definidas”. Por sua vez, Kageyama (1998) entende que a definição de rural apresenta caráter relativo, como oposição, complemento ou resíduo de sua contraparte, o urbano.

A dicotomia rural/urbano relaciona-se às diferentes funções e atividades desenvolvidas pelo campo e pela cidade. Nessa representação, a cidade é sinônimo de urbanização, industrialização, modernização, desenvolvimento e de sociedade de consumo de bens e serviços; já o rural está associado a uma sociedade de produção da atividade primária, é sinônimo de tradicional e arcaico. No entanto, observamos que essa atribuição, atualmente, não corresponde à realidade, pois, conforme Graziano da Silva (1998), a modernização culmina na própria industrialização da agricultura. Ainda, de acordo com o autor já mencionado, à medida que a agricultura se integra à indústria, ocorre a intensificação da divisão do trabalho e das trocas intersetoriais e a especialização da produção agrícola. Assim, ocorre a formação não só dos complexos agroindustriais caracterizados pelas indústrias que produzem para a agricultura, mas também da agricultura moderna e as agroindústrias processadoras (GRAZIANO da SILVA, 1998). Nessa perspectiva, Pires (2004) salienta que é preciso romper a idéia de rural setorial, ou seja, a idéia de que o espaço rural é sinônimo de atividades agropecuárias, para compreender, de maneira adequada, as transformações que acontecem nesse espaço da atividade humana.

O desenvolvimento de atividades compreendidas como urbanas, no espaço rural, oferta novas características à dinâmica das sociedades rurais; portanto, o surgimento e o crescimento das atividades não agrícolas no espaço rural não

elimina o papel que a agricultura exerce nesse espaço social, apenas reduz o seu peso de participação no emprego e na renda dos indivíduos rurais, conforme salientam Graziano da Silva (1998), Schneider (2000) e Pires (2004). A compreensão desse acontecimento é essencial nos estudos que buscam entender a nova dinâmica do espaço rural.

Conforme Mingione e Pugliese (1987), a representação dicotômica entre o rural e o urbano contribui para ocultar fenômenos sociais relevantes. No entanto, de acordo com Pires (2004, p. 153) “[...] observa-se um esforço coletivo, impulsionado sobretudo nas últimas décadas, de mostrar que as populações que vivem nas chamadas áreas rurais são tão diversificadas – em termos dos setores econômicos, composição social, acesso a bens e serviços, por exemplo -, quanto a sua contraparte urbana”.

O espaço rural deixa de ser monopólio dos agricultores, assim, a diversificação desse espaço conta com a inserção de novos atores sociais, novos moradores, incorporadores imobiliários, agentes de turismo rural na orientação e na administração desse espaço, afirma Pires (2004). Essa mudança cria possibilidades, segundo Kageyama (1998), empregos múltiplos e fontes de renda diversificadas, surgindo, nesse cenário de atuação social, a pluriatividade e resultando em agricultores de tempo parcial no trabalho.

A pluriatividade consiste na realização de atividades agrícolas e não agrícolas. De acordo com Kageyama (1998), a unidade de análise adotada pode ser a família, especialmente se há, nessa unidade familiar, a idéia de “recursos partilhados”, isto é, se ela mantém suas características de unidade de renda e de gastos. Ou, então, pode ser o indivíduo, principalmente se o objeto de estudo tiver relação com o mercado de trabalho, uma vez que compete a cada um dos membros da família buscar melhores formas de inserção nesse mercado. Nesse contexto, Anjos e Caldas (2004) sustentam que a pluriatividade marca uma profunda transformação política, institucional e da percepção sobre a evolução das estruturas agrárias contemporâneas.

O agricultor em tempo parcial caracteriza-se como um indivíduo que exerce atividade agrícola apenas em uma fração do seu tempo de trabalho. Para Kageyama (1998), a expressão “tempo parcial” se refere a jornada de trabalho. Já, Schneider (2000) narra o aparecimento da categoria dos “duplo-ativos”, na nova estrutura rural que se apresenta. Pessoas, com domicílio rural, que combinam o exercício de um “trabalho principal”, indispensável, com outras formas de ocupação ou de obtenção de renda. Essas atividades secundárias podem não passar de trabalhos temporários e ocasionais, mas não é raro encontrar trabalhadores que exercem duas ocupações.

Nesse sentido, Graziano da Silva (1999) afirma que a incidência das atividades não agrícolas e da pluriatividade são decorrentes do processo que denominam de “a urbanização do campo”, em virtude do “transbordamento” das cidades e do mercado de trabalho urbano para as áreas rurais situadas nas proximidades delas.

Juntamente com esse fenômeno, conforme Schneider (2000), um estudo da OCDE revela que o setor de serviços foi o que mais contribuiu com o incremento de empregos nas áreas rurais. Contudo, o já referido autor (2000, p.11) declara: “Embora não se dispondo de dados diretamente comparáveis às informações obtidas com o estudo da OCDE, na América Latina, a população rural também é, cada vez menos, sinônimo de população ocupada na agricultura, pois as formas de ocupação e emprego no espaço rural são cada vez mais diversificadas”. Observam Carneiro e Teixeira (2004, p. 26) “na América Latina, o rural não-agrícola já ocupa entre 20% e 30% da população”.

Nessa perspectiva, ocorre a expansão de atividades de lazer como sítios, chácaras e fazendas que ofertam hospedagem, os restaurantes de comida caseira, parques e estações destinadas ao turismo ecológico e alguns entretenimentos como o pesque-pague; há também as moradias da classe média urbana. Estas podem ser ocupadas ou para visitas em finais de semana, ou para moradia definitiva. Chama atenção o fato de as pessoas, proprietários dessas residências, possuírem vínculos econômicos com o meio urbano, constituindo-se, assim, famílias rurais não agrícolas, desvelando outra face do rural.

A promoção do espaço rural, como local de moradia, de acordo com Silva (2000), está associada a uma imagem de um futuro melhor, mais perto das coisas da natureza, longe da violência e da poluição das cidades. Para Pires (2004, p. 156), “esse processo de conversão de áreas agrícolas para casas de moradia torna-se extremamente significativo em algumas regiões [...]”, em especial, nos municípios que favorecem o deslocamento de pessoas e de bens.

O progresso tecnológico e a integração crescente dos processos produtivos agropecuários com os diferentes setores da economia estimularam não só o aparecimento dessas novas demandas no espaço rural, como alteraram o perfil dos produtores agrícolas (SCHNEIDER, 2000). No entanto, não é possível afirmar que o rural é um espaço principalmente não agrícola, pois em algumas regiões, em especial nas mais afastadas dos centros urbanos, a agricultura continua a desempenhar um papel fundamental na obtenção de renda, na geração de trabalho e na estrutura e divisão deste.

No que se refere à conjuntura rural brasileira, Schneider (2000, p. 18) declara:

[...] pode-se afirmar que o crescimento das atividades não agrícolas, no meio rural, está se configurando em um fenômeno relevante, não apenas para promover o desenvolvimento econômico e o bem estar social das populações rurais, mas também para a própria interpretação analítica das transformações agrárias contemporâneas.

Quanto ao tamanho e às características demográficas, Araújo (2000) afirma que, no Brasil, é urbano quem habita a sede urbana dos municípios, a sede dos distritos, independentemente do tamanho ou da ocupação. Diferentemente de outros países, como os Estados Unidos, por exemplo, que se distinguem pela quantidade de habitantes, onde os aglomerados com mais de dez mil habitantes são considerados urbanos (GRAZIANO da SILVA, 1999).

As transformações ocorridas no meio rural, provocaram mudanças na estrutura de ocupação rural no Estado do Rio Grande do Sul. Houve também uma forte modificação demográfica nesse meio, com a diminuição constante das famílias

dedicadas às atividades propriamente agrícolas (SCHNEIDER, 2000). Diminuiu também a população que reside no meio rural. Conforme os dados do IBGE (2000), no ano de 1950, havia 35.097 pessoas, com 10 anos de idade ou mais, residentes no meio rural de Santa Maria; em 1980, esse número era de 27.066 e, no ano 2000, era de 12.915 pessoas, ou seja, 5,30% da população residente no município.

Para Schneider (2000), as transformações pelas quais passou a agricultura foram socialmente excludentes, o que provocou a diminuição das populações rurais, prejudicou o meio ambiente e, apesar da elevação da produção, parte considerável da população mundial, inclusive nos países onde a modernização tecnológica foi mais intensa, não conseguem sequer atingir os limites alimentares mínimos.

No que se refere à delimitação do perímetro urbano, no Brasil, esse critério é definido pelo poder público, que adota o critério político-administrativo que é de competência das prefeituras municipais. Assim, a delimitação está relacionada com a cobrança de impostos. Conforme Araújo (2000) o IBGE considera zona urbana a área interna ao perímetro urbano, que inclui área isolada ou vila dotada de serviços públicos; já zona rural é aquela área externa ao perímetro urbano. Ainda, de acordo com Araújo (2000), dessa política, resultam equívocos como a dilatação do perímetro urbano, que inclui áreas nitidamente rurais. Miranda (2004, p. 115) entende que “a definição da população como rural depende da atualização, por parte do município, dos limites do perímetro urbano, definição essa que se encontra muitas vezes defasada”. Dessa maneira ela evidencia um outro problema da referida política.

Conforme Budó (2002, p.20), “os conceitos adotados pela legislação brasileira, ao esvaziarem artificialmente o mundo rural, desqualificaram-no, enquanto prioridade, para as políticas públicas”. Assim, é preciso repensar o meio rural, suas novas características e adequar as políticas e intervenções às necessidades e às demandas da população rural. A mesma autora afirma que o rural depende da estrutura física, política e econômica da cidade, pois está sempre referido à cidade para o atendimento de suas necessidades sociais e econômicas. Assim, mais importante do que discutir o que é rural e o que é urbano, observa Miranda (2004) é realizar um esforço para integrar esses espaços rurais ao

planejamento e à gestão do território do município e das regiões em que eles estão inseridos.

Ao pensar em um rural que não é essencialmente agrícola, é fundamental **fortalecer** as políticas públicas não agrícolas, entre elas destaca-se, neste trabalho, a de saúde, pois, conforme Graziano da Silva (1999), as diferenças entre o rural e o urbano, quanto ao acesso a bens e serviços, ainda é muito grande.

Apesar do aumento da produção agrícola e do crescimento econômico que o acompanha, devemos atentar para as outras situações que permeiam a vida dos homens rurais. Nesse sentido, Hegedüs e Vela (2003, p.33) afirmam que “[...] o crescimento por si só não significa desenvolvimento e que a taxa de crescimento não constitui um bom indicador da qualidade de vida da população”. É urgente garantir acesso a: água, esgoto encanado, energia elétrica, educação gratuita e de qualidade e também ao Sistema Único de Saúde. Eles necessitam de bens como televisão, geladeira, rádio entre outros. Estes representam não só qualidade de vida às pessoas que moram na zona rural, mas também significa poder viver com dignidade. Como tais garantias ajudam a evitar o êxodo, as políticas públicas devem contemplar o rural que é produtor e consumidor.

Contudo, apesar das dificuldades de estabelecer uma fronteira geográfica, é fundamental incorporar, no significado, a idéia de que espaço rural é social e resulta das representações das situações do cotidiano; para, então, compreender o desenvolvimento desse espaço e as relações que nele se estabelecem e não apenas vislumbrar o rural como campo relacionado ao espaço geográfico. Para Pires (2004, p. 151) “o rural foi sendo progressivamente desespacializado [...]”; já Carneiro (1997) afirma que a ruralidade é uma representação social definida culturalmente.

Assim, o espaço rural passa de setorial para um espaço multidimensional que envolve setores agrários e não agrários, daí à compreensão de que é um espaço de construção social, de representações, de mudanças e de símbolos. Pires (2004, p. 163) confirma que “[...] pode-se dizer que a principal consequência do entendimento do rural como representação foi a desespacialização da categoria

'rural' e o seu entendimento como uma construção social, múltipla, aberta a diferentes percepções e contestações”.

Anjos e Caldas (2004, p. 93) afirmam que “apesar de ainda incipiente, o debate em torno do tema pluriatividade traz consigo outros desdobramentos, em termos de rupturas e desconstruções que acarreta, do ponto de vista das representações em torno da ruralidade presentes tanto na perspectiva dos atores sociais envolvidos como no marco das políticas públicas”.

Quando a agricultura deixa de ser o centro do meio rural, compreendemos que os agricultores não os únicos representantes do espaço rural e o alvo exclusivo das políticas públicas destinadas para esse espaço e tal compreensão nos conduz à reformulação da imagem e do entendimento da identidade desses cidadãos. Conforme Pires (2004, p. 167), “o rural [...] deixa de ser um atributo específico de determinados grupos sociais, residentes de certas localidades, e passa a ser uma representação social, produzido por diferentes grupos (sejam eles de origem urbana ou rural)”.

Definir o que é rural e o que é urbano, além de não ser o objetivo deste estudo, é uma discussão interdisciplinar; no entanto compreender o que significa essa nova ruralidade, tanto para os agentes externos do meio rural, quanto para seus atores sociais se apresenta bastante oportuno para entender o papel e a relevância que a política de saúde desempenha no meio rural. Em face disso, as representações da saúde e da doença vão estar inseridas nesse contexto de mudança, acompanhadas de um determinado significado atribuído no cotidiano. Segundo Pires (2004, p. 168), “[...] o termo ruralidade, ou ruralidades no plural, veio marcar o entendimento do rural como um constructo social e pensá-lo, não mais através de suas propriedades físicas, mas como forma de classificação social”. Conforme afirmam Carneiro e Teixeira (2004, p. 33) “não é mais possível associar as políticas destinadas ao desenvolvimento rural ao agrícola”. Nessa mesma perspectiva, Vela (2003) destaca a importância de unir esforços entre os órgãos que atuam no meio rural para a prática concreta do desenvolvimento.

Desenvolvimento que inclui o bem estar da sociedade e que é de interesse coletivo, deve incluir as pessoas em todas as fases do processo, desde sua elaboração, passando pela implementação e efetivação, até a avaliação. Também deve incluir, nas políticas públicas, o saber, os valores, os hábitos, os interesses e as relações sociais cotidianas da população. Desse modo, de acordo com Budó (2002, p. 24), “o cuidado profissional passa a ser algo integrado e integrador, na medida que busca aproximação com aquele desenvolvido pelas pessoas no seu cotidiano”.

É importante salientar que as ações em saúde destinadas à população que vive no meio rural, precisam estar contextualizadas na realidade dela e responder, de maneira adequada, às necessidades da população, interagir no meio social para, então, intervir e atender a diversidade da ruralidade.

2.3 A Teoria das Representações Sociais

As representações sociais procuram reconhecer como os grupos constroem um mundo estável e previsível, a partir das diferenças, uma vez que há como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos. As representações igualam toda imagem a uma idéia e toda idéia a uma imagem que deve ser vista como uma maneira específica de compreender e de comunicar as informações cujo objetivo é abstrair sentido e introduzir ordem e percepção ao mundo (MOSCOVICI, 2003). Essa é uma “atmosfera” relacionada ao indivíduo ou ao grupo, específicas de nossa sociedade.

As pessoas consideram e analisam o mundo e seus elementos de maneira semelhante, especialmente porque o mundo em que vivem é social, e os hábitos, as categorias culturais, as recordações são elementos da própria percepção delas na compreensão dos fatos (MOSCOVICI, 2003). Para reconhecer as representações, é necessário estudar o ser humano, estudar o significado que as sociedades dão ao universo.

Ao interpretar o mundo, o indivíduo utiliza as estruturas herdadas de seu processo formativo social, ou seja, ele lê sua experiência a partir de suas próprias estruturas subjetivas (SAMAJA, 2000). Os grupos sociais e os indivíduos produzem

e comunicam suas representações e soluções, que influenciam de maneira decisiva, seu próprio comportamento (MOSCOVICI, 2003).

Vários objetos de estudos podem ser analisados à luz das representações sociais, como temas que envolvam a comunicação entre as pessoas, ou que busquem entender: o comportamento das sociedades, a realidade construída, a visão do mundo em relação ao trabalho, ao cotidiano, a um grupo de profissionais, à saúde e à doença. O objeto deve fazer parte do universo consensual, estar inserido na estrutura social e apresentar um caráter peculiar. Para Farr (1999, p.46), “somente vale a pena estudar uma representação social se ela estiver relativamente espalhada dentro da cultura em que o estudo é feito”.

Descrever um fenômeno pela identificação de suas representações, favorece a compreensão da realidade contextual e do comportamento das pessoas. As representações revelam características que escapam ao observador se não for considerado como o conhecimento se formou e em qual estrutura social.

Conforme destaca Minayo (2002), Durkheim foi um dos primeiros autores a desenvolver o conceito de representações que, para ele, são coletivas e representam as categorias de pensamentos por meio das quais uma sociedade elabora e expressa sua realidade. Nesse conceito, há a idéia de que a sociedade é a que pensa, portanto, na construção das representações, não existe necessariamente uma consciência individual e sim coletiva. Conforme Lisboa (1999, p. 119), “a representação coletiva tem a força coercitiva sobre os indivíduos”.

Pautado nas idéias de Durkheim, o psicólogo social francês, Serge Moscovici, introduziu o conceito de representações **sociais** na Psicologia Social. A teoria das representações sociais busca, então, compreender como os indivíduos em uma sociedade, e como essa mesma sociedade produzem e sustentam seu conhecimento e procura, ainda, identificar os símbolos construídos pelo senso comum, na busca social de entender a própria existência. Para Farr (2002), a teoria das Representações Sociais é uma forma sociológica de Psicologia Social.

Em seu estudo, *Psychanalyse: Son image et son public* (1961, 1976), Moscovici, citado por Oliveira e Werba (2000) analisa como a psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados, é ressignificada pelos grupos populares. Spink (2003, p. 260) expressa que “[...] Moscovici objetivava compreender como o senso comum construía seu conhecimento a partir da divulgação das teorias científicas”.

Conforme Moscovici (2003), atualmente, não é adequado considerar as representações sociais como uma réplica ou como reflexo do mundo, mas como constituintes dele, pois elas penetram de maneira profunda no cotidiano, assim é possível afirmar que elas o constituem.

Moscovici (2002), ao discorrer sobre as representações sociais, salienta a importância que essa teoria traz às crenças coletivas e a seus significados, pela valorização de ideologias, dos saberes populares e do senso comum. O autor analisa a maneira como os indivíduos interpretam as suas experiências e o mundo, via subjetividade, compreendida em um contexto social, e no conhecimento prático deles que orienta suas ações diárias.

O autor observa que não é possível separar o indivíduo da sociedade. É preciso compreender que os indivíduos, com suas experiências, vivem e convivem em uma sociedade com regras e normas que os regulam; em função disso, suas representações contém essa tensão, já que são representações partilhadas, ou seja, nem são construídas só pelo indivíduo, nem só pela sociedade. Para Guareschi (2002, p.18), não podemos fracassar em perceber que “[...] o social, enquanto totalidade produz fenômenos psicossociais que possuem uma lógica diferente da lógica individual [...]”, pois falharemos também em observar a “[...] relação fundamental entre o todo e suas partes, entre o universal e o particular, entre a unidade e a totalidade”.

A dinâmica das sociedades e o constante processo de mudança favorecem a agregação de novos conhecimentos individuais e sociais; assim, atualmente, poucas representações são verdadeiramente coletivas (FARR, 2002). Elas são sociais, “[...] estão associadas às práticas culturais, reunindo tanto o peso da história

e da tradição, como a flexibilidade da realidade contemporânea, delineando as representações como estruturas simbólicas desenhadas tanto pela duração e manutenção, como pela inovação e metamorfose” (OLIVEIRA e WERBA, 2000, p. 110).

As representações sociais são elaboradas a partir da cultura, dos valores, da interação social, da interpretação dos fatos cotidianos. As representações são construídas com base tanto nos acontecimentos da vida coletiva, quanto nos processos de constituição simbólica, “[...] nos quais, sujeitos sociais lutam para dar sentido ao mundo, entendê-lo e nele encontrar o seu lugar, através de uma identidade social” (JOVCHELOVITCH, 2002, p. 65). A experiência, o contato com o novo é somado a uma realidade de convenções, que distingue mensagens significativas das não-significativas, em conformidade com as representações e com a cultura (MOSCOVICI, 2003).

Vislumbrar o processo saúde-doença, nessa perspectiva, favorece a compreensão de alguns elementos que, em um primeiro contato, parecem não ter muito sentido; no entanto, vão ganhando forma e significado quando compreendidos em um contexto mais amplo, no qual os indivíduos são atores sociais de um processo de construção e reconstrução de saberes e valores, do senso comum e de uma consciência pautada nas relações, no convívio social.

Os profissionais de saúde, normalmente, são de origem urbana, carregam consigo suas interpretações e seu conhecimento empírico e científico. Em decorrência disso, na realização de suas atividades, por vezes, desconsideram a história e o contexto dos usuários do sistema de saúde. Não consideram e/ou não conhecem nem as representações dos grupos sociais, nem a maneira como o conhecimento é produzido no meio rural.

De acordo com Budó (1994, p.3), “o homem rural, centro da abordagem da Extensão Rural, através de seu contato com a natureza, transformando-a na busca de alternativas de sobrevivência [...] possui uma concepção de mundo que o diferencia do homem urbano”. A maneira de viver, trabalhar e conviver socialmente do homem rural e, ainda, suas crenças, sua cultura e sua tradição, muitas vezes,

são tão desconhecidas pelos profissionais das diferentes áreas que vão atuar junto a essas comunidades, quanto o são suas representações.

Para entender as representações dos trabalhadores rurais sobre saúde e doença, é preciso conhecer a estrutura social deles. Nesse sentido, Jovchelovitch (2000) afirma que elas não constituem um agregado de representações individuais, vão além, emergem como um fenômeno que revela a subjetividade do campo social e sua capacidade de construir o conhecimento. As sociedades exibem concepções diferentes e particulares, constroem seus saberes de forma única; em face disso, compreender essas diferenças e as diversas representações se mostra bastante contemporâneo, pois desvenda o pensamento, os mitos e as crenças; a forma de viver o cotidiano; a organização e a relação social de cada uma delas.

É evidente que o indivíduo não pertence a um único grupo, ele é ator social em diversos grupos (familiar, social, e funcional) e formula conhecimentos ao interagir nesses espaços. O trabalhador rural, por exemplo, pode ser proprietário das terras em que trabalha, pode ser empregado rural, ou ainda pode trabalhar em suas terras durante um período do dia e ser empregado em outro período; pode ser pluriativo, associar atividades não-agrícolas à sua renda, ou ser trabalhador doméstico no meio rural. Essa diversidade e as mudanças ocorridas na estrutura de trabalho, como a dupla pertença de classe, produzem novos sentidos, novas performances na maneira de esses trabalhadores interpretarem o mundo.

A saúde e a doença entendidas como uma dimensão historicamente construída pelos sujeitos, a partir de suas vivências e da tomada de conhecimentos, são carregadas de valores culturais, de ideais políticos e sociais, portanto, merecem destaque tais representações pela relevância delas no contexto da vida do trabalhador rural. Elas podem explicitar suas práticas de cuidado, evidenciar os saberes populares e justificar a distância que, muitas vezes, existe especialmente no meio rural, entre a política pública de saúde e a satisfação das necessidades da população.

Destacam-se também as crenças e a simbologia que envolvem a construção do objeto saúde–doença, encontradas nas diferentes culturas, as quais vão se

refletir nas ações relativas aos cuidados com a saúde e com a doença, para as sociedades. Fortemente evidenciada entre os trabalhadores rurais - talvez pela proximidade com a terra, com o plantio de ervas medicinais, com a relação de dependência e respeito pela natureza, representado pela utilização de chás -, estão a prática do benzimento, os castigos e as bençãos divinas. Símbolos que retratam a maneira como esses indivíduos constroem seus saberes sociais e estabelecem a relação entre a saúde, a doença e seus hábitos de vida.

Essa construção implica em congregar práticas tradicionais, novas tecnologias e conhecimentos; misturar o popular e o científico; sofrer mudanças e adaptações. Faz emergir o caráter afetivo, os saberes que são passados de geração para geração, repleto de carga emocional, respeito pelos antepassados, pela sua origem, por deuses e divindades. Conforme Guareschi (2002), para compreender e dar sentido ao mundo, os sujeitos o fazem com sentimento e emoção. Ao se aproximar do conceito de saúde dos profissionais, o indivíduo o insere dentro de suas perspectivas culturais, passa a incorporar, acrescentar o novo ao que já está socialmente construído.

Para Minayo (1996, p. 173), “as Representações Sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais”. Nesse sentido, pretende-se explorar, questionar e discutir a representação social da saúde e da doença para os trabalhadores rurais e também compreender de que maneira esses aspectos estão presentes na vida deles e identificar quais as relações com os outros fatos do cotidiano.

Determinadas atitudes não precisam estar baseadas em razões lógicas para serem realizadas, já que estão submersas em razões afetivas, religiosas e simbólicas, portanto, compreender essa percepção é fundamental para entender o comportamento dos indivíduos. Bernardes e Hoenisch (2003, p. 101) afirmam que “as ‘coisas’ não significam em si mesmas; nós construímos as coisas pela mediação da linguagem, usando sistemas representacionais, conceitos, signos”.

De acordo Jovchelovitch (2002, p. 79), “[...] os processos que engendram representações sociais estão embebidos na comunicação e nas práticas sociais: diálogo, discurso, rituais, padrões de trabalho e produção, arte, em suma, cultura”. A linguagem do senso comum é uma forma de conhecimento, advinda dela as informações são incorporadas à vida social, quando encontram significado para o grupo, de tal forma que algumas orientações em saúde, por exemplo, não provocam mudanças nem no comportamento nem nos hábitos das pessoas, pois não foram socialmente construídas por seus atores.

As representações sociais são construídas para incorporar ao universo consensual o novo, tornar familiar o não familiar, uma vez que é um sistema de classificação de categorias e nomes, em acordo com o que é considerado correto e incorreto em um grupo social. Mesmo carregados de história, valores, hábitos e tradição, novos elementos são acrescentados à realidade consensual e ao mundo de idéias e de imagens nos quais continuam a ser produzidos (SÁ, 1995). Para que a representação seja gerada, são necessários dois processos: a ancoragem e a objetivação, por meio dos quais as pessoas vão estabelecer mediações entre o novo (conhecimento) e o antigo, e incorporar o novo à prática cotidiana.

A ancoragem consiste em transformar o desconhecido em algo que pertença à vida dos envolvidos, algo adequado aos seus paradigmas. É um processo no qual o indivíduo entra em contato com o novo e o integra, contextualiza-o com o conhecimento pré-existente. Sá (1995) denomina como processo de enraizamento, de ancoragem, em que as representações já construídas vão acolher as novas. O não familiar instiga, fascina, provoca medo; em vista disso, é preciso torná-lo familiar, torná-lo parte do universo já conhecido.

Na objetivação, um conceito é reproduzido em uma imagem e a qualidade icônica de uma idéia é descoberta. O objeto abstrato ganha concretude, é materializado, o que está na mente é transformado em algo do mundo físico, real e acessível. Conforme Lisboa (1999, p. 120-121), “a objetivação [...] é uma operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma ou uma figura específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato – materializa a palavra”.

Quando o não-familiar é incorporado à realidade, na construção de uma representação social, esta emerge como um processo que altera a dinâmica social, desafia conceitos, reproduz opinião, supera dificuldades, revela a subjetividade e a vida social de um grupo. Embora o processo saúde-doença possa ser considerado familiar para os trabalhadores rurais, essa dimensão é relevante à medida que orienta condutas e comunicações, provoca mudanças e transformações. Para Spink (1995), as representações buscam entender uma realidade consensual e exercem a função sócio-cognitiva de interar o novo e orientar comunicações e comportamentos.

Conforme Moscovici (2003), ao representar, é dado uma identidade social ao desconhecido, é dado sentido ao que antes não tinha no senso comum, assim, o científico integra a linguagem familiar.

Dessa forma, o fundamental não é compreender o que os trabalhadores rurais sabem sobre saúde, e sim entender pontos antes inexplicados, como o caráter social da prática cotidiana (o trabalho, a saúde, a doença, a alimentação) e, ainda, identificar e compreender as representações do grupo de trabalhadores aqui estudados, ou seja, como elas foram construídas; quais as crenças, os hábitos e os símbolos que constituem esse fenômeno; quais as características do contexto econômico-social e cultural no qual eles estão inseridos; de que maneira eles manifestam a representação e uma consciência social; como esses pressupostos ganham sentidos e quando são sociais, já que são historicamente construídos e reproduzidos.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Descrevendo a abordagem metodológica

3.1.1 Tipo de Estudo

Este trabalho é um estudo de caso, com abordagem qualitativa-quantitativa, que adota como referencial teórico as Representações Sociais. De acordo com Becker (1997), o estudo de caso visa não só compreender de forma abrangente uma organização ou uma comunidade, mas também desenvolver declarações teóricas gerais sobre a estrutura social de um determinado grupo e suas relações.

Ao realizar um estudo de caso, é possível coletar dados detalhados sobre uma determinada realidade social para, então, compreendê-la em sua totalidade. Assim, essa prática apresenta-se adequada para conhecer as representações dos trabalhadores rurais acerca do processo saúde-doença. Aliar tais características da pesquisa qualitativa à da quantitativa, por meio da análise fatorial dos dados, agregou um caráter singular ao estudo, pois permitiu organizar as expressões dos informantes e identificar a relação deles com os fatores e ainda, entender suas representações sociais.

3.1.2 Campo de Estudo

O presente trabalho foi desenvolvido no distrito de Arroio do Só, pertencente ao Município de Santa Maria, cidade localizada no centro geográfico do Estado do Rio Grande do Sul (Anexo A), com aproximadamente 1.780Km² e 266.042 habitantes (IBGE, 2004).

O distrito de Arroio do Só tem uma área de 155Km², uma população total de 1.127 habitantes, residindo 873 (77,46%) residem no meio rural e 254 (22,54%) no meio urbano (IBGE, 2000). Arroio do Só possui poder político descentralizado, representado pela subprefeitura. Ele é considerado o maior produtor de porongo do Brasil.

Essa região foi escolhida por apresentar produtores que desenvolvem uma agricultura familiar, em pequenas áreas produtivas. Esse fato aproxima os moradores e facilita o convívio social, a troca de experiência e a construção de suas representações. A agropecuária representa, para o município, a segunda base econômica, caracterizada por minifúndios; a primeira é o setor de serviços (80% dos empregos da população economicamente ativa), de acordo com o Plano Municipal de Saúde (2004).

Santa Maria é considerada pólo de assistência à saúde da região Centro – Oeste do Estado. A rede municipal de saúde oferece à população serviços especializados e complementares, em hospitais, em pronto atendimento infantil e adulto, em serviço de vigilância à saúde e na atenção básica. As Unidades Básicas de Saúde do Município estão distribuídas em vinte e uma Regiões Sanitárias (treze na zona urbana e oito na zona rural).

O Programa Saúde da Família (PSF) da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria começou a ser implantado no ano de 2004. Atualmente, conta com dezesseis equipes. O distrito de Arroio do Só dispõe de uma unidade básica com uma equipe de PSF. Ser uma área previamente delimitada pelo programa, favoreceu a seleção da região. Após definir os objetivos e delimitar o campo, foram realizados contatos com a subprefeitura do local, para obter apoio e orientações sobre a região, sobre seus moradores e sobre o deslocamento, como chegar às propriedades.

3.1.3 Os Informantes

Constituíram a população deste estudo os trabalhadores rurais que exercem suas atividades de trabalho no distrito. Observamos a realidade desse universo com suas particularidades e representatividades, sem esquecer o respeito a seus hábitos de vida e de trabalho.

Num primeiro momento, foi necessário definir “quem são os trabalhadores rurais”. Ocorreram dificuldades para desconstruir a figura do trabalhador rural de percepções, que eram constituídas pelo cidadão de calças curtas, enxada na mão, chapéu na cabeça, com dedicação exclusiva à agropecuária, ao plantio, à colheita, enfim; do trabalho no campo. Aos poucos, fomos aprendendo as transformações do novo rural que se configura; já que o trabalhador rural continua se dedicando à agropecuária, mas também a atividades não agrícolas, como beneficiamento de produtos, trabalhos na cidade, trabalhos agrícolas e não agrícolas em outras propriedades. Convém notar que alguns são caseiros, meeiros; há também empregadas domésticas rurais; enfim, o conceito foi ampliado na tentativa de contemplarmos, de maneira integral, o objeto de estudo.

Nessa mesma perspectiva, partimos para o campo de estudo em dois momentos diferenciados: entrevistamos homens e mulheres nos locais de sua preferência e freqüentamos suas casas, assistimos às missas campeiras e às festas e conhecemos o serviço de saúde. Houve o apoio especial desses informantes que, além de participarem da pesquisa, demonstraram especial interesse em nos ajudar, informando os momentos, os locais dos encontros e a localização das casas dos entrevistados.

3.1.4 Metodologia

Na realização deste trabalho, foi utilizada a metodologia Q, caracterizada principalmente por integrar técnicas qualitativas na geração da informação e técnicas quantitativas na análise dos dados.

A metodologia Q foi desenvolvida, em 1935, pelo físico e psicólogo inglês William Stephenson (aluno de Charles Spearman, famoso estatístico que desenvolveu a correlação r). Essa metodologia é utilizada principalmente na psicologia e nas ciências políticas, na tentativa de compreender o comportamento humano, a partir da percepção dos indivíduos.

A metodologia Q é apropriada para compreender a subjetividade do informante pertencente a uma determinada comunidade, suas crenças, valores e

significados. A subjetividade de uma pessoa pode ser entendida como um sistema complexo formado por atitudes, crenças, e valores. Ela constitui o marco de referência, pelo qual os seres humanos definem e expressam seu próprio mundo. (LAGO, 2004; LIMA, 2005).

Para a presente pesquisa, subjetividade será a expressão dos trabalhadores rurais acerca de suas representações sobre saúde e doença, sua forma de vivenciar essas dimensões e suas relações com a saúde e a doença no cotidiano deles. A metodologia Q permite compreender os diferentes objetos de estudo, em especial os referentes ao cotidiano humano, a partir da representação daquele que o vivencia e de sua percepção.

Capella e Leopardi (1999) afirmam que a percepção é o resultado do pensamento, do esforço inteligente de aprender a si e ao mundo, a maneira como o homem se objetiva em suas construções cotidianas e mostra sua integralidade.

A subjetividade também pode ser entendida como o campo afetivo, composto por sentimentos, motivações, atitudes, crenças, e opiniões que as pessoas desenvolvem; por intermédio da articulação desses elementos, elas analisam o mundo e tomam suas decisões (LAGO, 2004). Q permite tornar visível tais elementos e as relações que entre eles existem, pela classificação que cada pessoa efetua. Não são características isoladas as que emergem daí, é o todo organizado, com um significado que é específico a cada pessoa, portanto, podemos interpretar porque não é uma característica isolada a que tratamos, mas o conjunto delas.

Analisar as representações do processo saúde–doença, utilizando Q, favorece a compreensão do fenômeno não apenas como uma experiência pessoal, mas também social, uma vez que ele se apresenta historicamente construído e reconstruído na dinâmica social.

De acordo com Minayo (1996), as metodologias para o estudo qualitativo devem incorporar o significado e a intencionalidade, a subjetividade, dos atos, das relações e das estruturas sociais. Para Bernardes e Hoenisch (2003, p. 101),

“subjetividade [...] são modos pelo qual o sujeito se observa e se reconhece como um lugar de saber e de produção da verdade”.

O referido método apresenta a característica peculiar de envolver os informantes da pesquisa na classificação dos dados; assim, permite que eles expressem sua maneira de perceber a saúde e a doença por sua própria representação. Conhecer a realidade dessa perspectiva, fornece informações mais precisas, com menor risco de sofrer influências das vivências do pesquisador, pois envolve os informantes, favorece a identificação de problemas e a construção de objetivos e estratégias por parte dos informantes da pesquisa. Desenvolver essa metodologia, nos campos de atuação da Extensão Rural, possibilita-nos ainda compreender o sistema de relações sociais, de comportamentos individuais e coletivos, a fim de orientar a formação de políticas públicas que realmente contemplem as necessidades dos sujeitos a quem se destinam.

A metodologia Q é constituída basicamente de sete etapas. Acreditamos ser importante explicar essas etapas antes de descrever como foram realizadas neste estudo. A primeira etapa consiste em ter uma situação apropriada para aplicar Q, ou seja, uma situação relacionada ao campo do domínio afetivo das pessoas, para compreender o ponto de vista delas. Na segunda etapa, são realizadas entrevistas semi-estruturadas com um determinado número de informantes (seis a dez); preferencialmente, elas são gravadas, para registrar as diferentes visões deles existentes acerca da temática. Na terceira etapa, é elaborado o universo de idéias, constituído a partir das respostas obtidas na etapa anterior. Podemos utilizar também informações de livros, artigos, vídeos, fotos, desenhos, ou qualquer uma que tenha um significado cultural para a população. É fundamental que os entrevistados tenham familiaridade com a fonte das informações (escrita, figuras). Na quarta etapa, é extraída do universo de idéias um número significativo de afirmações (trinta a sessenta) que vão constituir a matriz Q (Anexo E). A matriz permite visualizar com clareza as afirmativas que, posteriormente, são expostas individualmente em tarjetas numeradas. Conforme Brown (1980), a amostra Q de afirmações não deve ser muito extensa, pois pode tomar tempo e criar dificuldade para quem responde. Na quinta etapa, os participantes, já em número determinado

(no máximo quarenta) classificam as afirmativas, conforme a importância de cada uma em sua vida, em uma grade (Figura 1) que varia de +4 a -4. Cada espaço da grade deve ser preenchido com uma única afirmativa que não pode se repetir. Essa etapa denomina-se classificação Q ou “Q sorting”. Os entrevistados também respondem a um questionário de caracterização sócio-econômica. Na sexta etapa, é realizada a análise fatorial com o auxílio de um programa especial, o PCQ for Windows 2000. Na sétima etapa, os resultados obtidos da análise fatorial podem ser re-interpretados por algumas pessoas representativas dos fatores obtidos. Dessa forma, fecha-se o ciclo: parte - se da realidade, entrevista-se as pessoas e volta-se a elas de forma coerente, para que elas ajudem na interpretação dos dados.

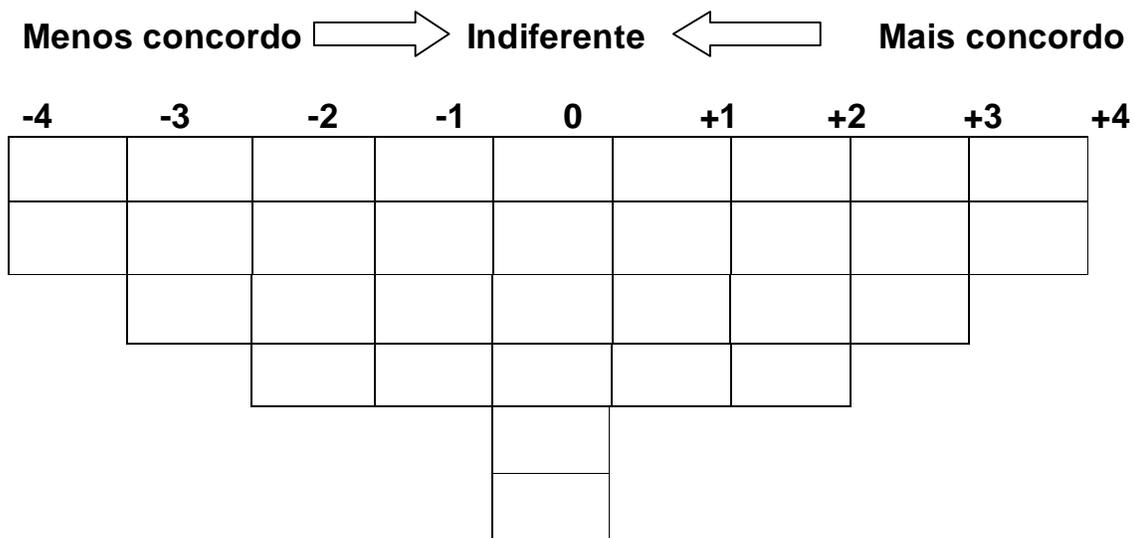


Figura 1 – Grade de classificação Q

Fonte: Lago (2004).

O pesquisador pode orientar o entrevistado, ofertando-lhe orientações a respeito dos procedimentos, tais como: dividir as tarjetas em grupos as opiniões que mais se identificam com ele, as que são neutras e as que não se identificam com ele. Dessa forma, fica mais fácil para o participante colocar o número correspondente a cada afirmativa em uma posição da grade. É fundamental preencher todos os espaços da grade sem repetição. Além da classificação Q, os informantes respondem a algumas perguntas de identificação da situação sócio/econômico-cultural.

Nesta pesquisa, as etapas de Q foram desenvolvidas da seguinte maneira: primeiramente, foi verificada a adequação do uso da metodologia Q, para compreender e interpretar as representações sociais dos trabalhadores rurais do Distrito de Arroio do Só, Santa Maria, RS, sobre o processo saúde-doença. O estudo da temática proporciona emergir subjetividade, carga emocional, história de construção coletiva e aspectos fundamentais do cotidiano dos entrevistados. Sendo justificável sua utilização e certificando suas possibilidades, foi dada uma continuidade ao trabalho.

A **segunda etapa** da metodologia Q foi realizada no mês de julho de 2005. Nela, foram entrevistadas dez pessoas, nove trabalhadores rurais e um extensionista da Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER, órgão oficial da Extensão Rural no Estado do Rio Grande do Sul. As entrevistas tiveram duração média de quarenta minutos e foram gravadas com a autorização dos informantes.

A pauta da entrevista semi-estruturada estava diretamente vinculada aos objetivos da pesquisa. Ela é constituída de cinco perguntas abertas e ainda da caracterização sócio-econômica (Anexo B). As entrevistas foram desenvolvidas nos locais de preferência do entrevistado. Os informantes mostraram-se cooperativos e interessados em participar do estudo. Eles nos receberam com satisfação.

As perguntas de caráter sócio-econômico buscam obter dados pessoais dos informantes como idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e atividades de trabalho desenvolvidas por eles, tanto para conhecer a realidade social deles, quanto para facilitar uma aproximação entre entrevistador-entrevistado, já a percepção dos sujeitos da pesquisa como seres sociais serve para proporcionar uma melhor orientação da análise.

Com o término da segunda etapa, iniciamos a elaboração do universo de idéias a partir das respostas às entrevistas. O universo é constituído pela “população de idéias, crenças, pensamentos” que existem em relação ao objetivo da pesquisa, que constitui a **terceira etapa**. Essa construção foi alcançada pela análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), que será apresentada, didaticamente, após a

descrição dos passos da metodologia Q. Contudo essa etapa foi essencial para a continuidade da proposta e resultou em trinta e duas afirmativas, as quais foram numeradas, digitadas e impressas em tarjetas, posteriormente plastificadas, para que os informantes as pudessem manusear sem receio (Anexo C).

Com a análise de conteúdo das entrevistas concluída, foi iniciado a **quarta etapa** da **metodologia Q**. Na construção da matriz Q, foram tomados os cuidados de preservar ao máximo as palavras dos primeiros informantes, ofertar a oportunidade de o participante reagir positiva ou negativamente às afirmações, e evitar o uso de antônimos. Conforme Stephenson (1953), a amostra Q de afirmações deve permitir que o informante tenha tais oportunidades de reação.

No desenvolvimento da **quinta etapa de Q**, foram entrevistados trinta e quatro trabalhadores rurais, que realizaram a classificação Q. No momento da entrevista, as tarjetas eram dispostas como um maço de cartas colocadas ao azar, em um objeto de apoio, como a mesa da varanda ou a cadeira no quintal, para que o trabalhador tomasse conhecimento do conteúdo das afirmativas e as classificasse de acordo com sua importância.

Na grade de classificação Q (Figura 1), que varia de +4 a -4, o número correspondente a cada afirmativa foi posto, conforme a interpretação do trabalhador rural. Exemplificando: a afirmativa em que o entrevistado estava em maior acordo foi alojada no extremo positivo (+4). As tarjetas com as quais a pessoa estava em menor acordo foram colocadas no extremo negativo (-4). No centro, foram dispostas as tarjetas “neutras”. Para a realização dessa etapa, solicitamos aos informantes que, primeiramente, separassem as tarjetas em três classificações: com as que mais concordavam, com as que menos concordavam e com as que para eles fossem neutras e, posteriormente, fossem elegendo as que mais eram representativas em sua vida, em comparação com as demais, para que todos os espaços da grade fossem preenchidos de acordo com a percepção deles.

Na classificação Q, as afirmações são “trabalhadas” pelas pessoas e, subitamente, são ordenadas, até que todas se encaixem de um modo que haja uma

lógica na visão de conjunto (considerando todas as tarjetas). No preenchimento da grade, os informantes liam as frases, questionavam-se e faziam relações com experiências prévias, então, se posicionavam em acordo ou não.

Juntamente com a classificação Q, os informantes responderam um questionário (Anexo D) com perguntas que objetivavam conhecer alguns aspectos de sua vida. Questões pessoais como idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda mensal, questões de trabalho, como as atividades desenvolvidas, o tamanho da terra e a presença de problemas relacionados à saúde e à doença.

A análise fatorial das grades preenchidas pelos trabalhadores rurais, constituiu a **sexta etapa** da metodologia Q. Com a utilização do software PCQ for Windows, foram obtidos os fatores significativos para a interpretação dos resultados. Cada fator representa uma tipologia de subjetividade relacionada aos objetivos do trabalho.

3.1.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente em momentos distintos da pesquisa. Na análise qualitativa foi realizado análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), que foi desenvolvida na **terceira e quarta etapas da metodologia Q**. Já a análise quantitativa ocorreu na **sexta etapa de Q** com a utilização da análise fatorial.

3.1.5.1 Análise de Conteúdo

De acordo com Bardin (1977, p. 44), “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. [...] é uma busca de outras realidades através das mensagens”. Neste estudo, foi realizada a análise de conteúdo temática para descobrir o núcleo dos sentidos, tendo o tema da pesquisa como unidade de registro.

Conforme Minayo (1996, p. 203), “a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que

ultrapassa os significados manifestos". Ela articula a linguagem dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem. A análise de conteúdo organiza-se em três etapas: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977; MINAYO, 1996).

Etapas de desenvolvimento da análise de conteúdo

A pré-análise constitui a fase de organização dos dados e compreende:

a) **transcrição das fitas cassetes:** o documento submetido à análise é composto pelas fitas transcritas das entrevistas realizadas na segunda etapa de Q. As fitas foram escutadas por nós exaustivamente e, depois foram transcritas. Preservamos ao máximo as palavras dos entrevistados; no entanto as expressões coloquiais foram retiradas, visto que a análise tinha caráter temático.

As transcrições foram organizadas no Word 2003, em forma de duas grandes caixas de texto; à direita da folha, estavam as falas dos informantes; à esquerda, o espaço estava em branco para que fosse preenchido com os temas encontrados nos conteúdos.

b) **leitura flutuante:** corresponde ao momento em que foram realizadas leituras repetidas e atentas do material. Conforme Bardin (1977), durante essa fase, devemos deixar invadir por impressões e orientações e, aos poucos, a leitura torna-se mais precisa. Assim, fomos tomando conhecimento das idéias centrais dos entrevistados e definimos o recorte temático: a saúde e a doença e ainda a unidade de contexto: as representações dessas dimensões na vida cotidiana.

A exploração do material é a **segunda etapa da análise de conteúdo**. Nela nos fundamentamos nas definições anteriores para estabelecer as categorias empíricas e, então, confrontá-las com as categorias analíticas (material teórico), a fim de identificar suas relações.

A categorização é a representação simplificada dos dados, é a operação de classificação dos elementos em categorias, a partir do que eles têm em comum. A construção das categorias foi se efetivando ao longo da realização das etapas e resultou da análise de quarenta (40) respostas às perguntas 1,2,3 e 4 da **pauta de entrevistas, do segundo passo de Q** (Anexo B). Daí emergiu três categorias que foram compostas por trinta e duas (32) afirmativas, constituindo a matriz (Anexo E): i) Saúde-doença como resultante das condições e dos hábitos de vida; ii) Saúde-doença como resultante do processo de trabalho; iii) Práticas de cuidado relacionadas à saúde e à doença.

A **terceira etapa da análise de conteúdo** corresponde ao tratamento e a interpretação dos resultados da pesquisa. Ela foi desenvolvida nos passos subseqüentes da metodologia Q, anteriormente descritos. A Tabela 1 mostra a relação existente entre as etapas da análise de conteúdo e as etapas da metodologia Q. Podemos observar na Tabela 1 a relação das etapas da análise de conteúdo com as etapas da metodologia Q.

Tabela 1 - Relação das etapas da análise de conteúdo com as etapas da metodologia Q.

Etapas Análise de Conteúdo	Etapas Metodologia Q
Pré – análise	Terceira etapa (construção do universo de idéias)
Exploração	Terceira e quarta etapas (construção e organização das afirmativas)
Tratamento	Quinta etapa (classificação Q)

Salientamos que a questão número 5, da pauta de entrevistas (Anexo B), foi analisada posteriormente. Ela constitui a categoria que é composta pelas sugestões dos trabalhadores rurais para a melhoria da assistência à saúde.

3.1.5.2 Análise fatorial

A análise fatorial envolve um conjunto de técnicas estatísticas cujo objetivo comum é representar um conjunto amplo de variáveis, por meio de um número menor de variáveis hipotéticas chamadas fatores; destes, isolamos a fonte que

observamos. A análise fatorial resume os dados a um conjunto de fatores interpretáveis. Esse resumo segue o princípio da “*parsimonia*”, que é importante porque permite uma explicação simples que, geralmente, é considerada a melhor.

Após o preenchimento da classificação Q, os dados resultantes são lançados em um programa de computador denominado PCQ for Windows 2000, para extrairmos a análise fatorial. O programa trabalha com matrizes de correlações e, mesmo sendo um número grande de matrizes (até 120 classificações Q), o programa trabalha rápido para "extrair" os fatores originais. Um fator é um cluster (conjunto) de pessoas cujas classificações Q de afirmações são similares, vale dizer, possuem opiniões semelhantes. Cada fator representa um diferente tipo de opinião em relação ao objeto de avaliação.

Sobre esses fatores originais, o estatístico aplica o que se denomina “rotação” dos fatores. O estatístico analisa os efeitos da rotação que desenvolve na tela, onde os fatores são expostos em forma gráfica. Em particular, observamos que as pessoas que pertencem a um fator, não devem estar presentes em outros fatores. É significativo que as pessoas tenham uma alta correlação com o fator, para facilitar a interpretação dos resultados da avaliação. A interpretação é outro aspecto central de Q. A equipe avaliadora deve interagir de maneira segura para desenvolver critérios que possam ser usados na rotação.

Basicamente, a interpretação que provem das saídas do programa se efetua comparando cada fator: i) quais são as afirmações extremas que definem ambos extremos, e ii) quais são as afirmações que os distinguem dos fatores restantes. Q permite saber, para as afirmações extremas de cada fator, como elas são consideradas pelo resto dos fatores e as pontuações que recebem.

3.1.6 Aspectos éticos da pesquisa

Desde os contatos iniciais com a Secretaria de Município da Saúde e, posteriormente, com a subprefeitura de Arroio do Só, com equipe multidisciplinar do Programa de Saúde da Família (PSF) e com os informantes, o objetivo e a justificativa da realização deste trabalho foram revelados. No momento da coleta dos

dados, os trabalhadores foram assegurados de seu direito ao anonimato, de sua escolha de participar ou não, de uma possível desistência sem qualquer prejuízo em qualquer etapa da pesquisa, por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO F), conforme Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

3.2 Objetivação e ancoragem

A objetivação e a ancoragem são elementos construtivos das representações sociais, utilizados pelos indivíduos na significação das estruturas de seu processo de vida. Desse modo, os trabalhadores rurais representaram a saúde e a doença, expressaram sua subjetividade e sua ação ante esse processo. Neste estudo, a objetivação e a ancoragem aconteceram em momentos distintos, com grupos diferentes de informantes, isto é, com os entrevistados da segunda e da quinta etapa de Q.

O primeiro momento da ancoragem ocorreu durante a realização das entrevistas semi-estruturadas da segunda etapa de Q, quando os informantes, ao tomarem conhecimento das perguntas, responderam de maneira contextualizada com seu cotidiano. Eles fizeram relação com suas experiências de promoção da saúde e de contato e cuidado com pessoas doentes; assim, foram agregando conceitos, construindo seu universo de idéias.

O segundo momento de ancoragem aconteceu durante a classificação Q, quando o grupo de trinta e quatro (34) informantes tomou conhecimento das interpretações dadas pelos entrevistados anteriormente. Ao lerem as afirmativas, o grupo as relacionava com seus exemplos e vivências. Transportavam as informações para sua realidade, associavam alguns aspectos do seu cotidiano com o desenvolvimento de doenças, especialmente os referentes ao trabalho, aos hábitos de vida; desse modo, refletindo e construindo suas representações, a partir de suas atividades diárias e das suas relações.

Nas diferentes ocasiões da ancoragem, os entrevistados classificaram denominaram a saúde e a doença, ligando-as com seu pensamento social. Fato que vai ao encontro da afirmação de Lisboa (1999, p. 121) “[...] a ancoragem tem por

função duplicar uma figura por um sentido, fornecer um contexto inteligível ao objeto, interpretá-lo”.

A objetivação ocorreu no primeiro momento, quando os informantes estabeleceram um significado, uma figura ao processo saúde - doença, estreitamente relacionado com suas atividades diárias (trabalho, alimentação, relacionamento interpessoal, acesso aos serviços de saúde). Por exemplo, ao relacionar a saúde com uma alimentação sem agrotóxicos, eles agregaram uma representação ao conceito de saúde; já quando afirmaram que a doença é algo que os impossibilite de trabalhar, expressaram o sentido da doença em suas vidas.

No segundo momento de objetivação, os entrevistados classificaram essas figuras e significados em uma grade na qual expressavam sua concordância ou não e também expressavam a relação com seus hábitos, valores e experiências. Nesse sentido, Jovchelovitch (2002, p. 82) afirma que “objetivar é também condensar significados diferentes – significados que freqüentemente ameaçam, significados indizíveis, inescutáveis – em uma realidade familiar”.

De acordo com Jodelet (2001), as representações guiam os indivíduos no modo de nomear e definir, conjuntamente, as dimensões da realidade; também no modo de interpretar, tomar decisões e se posicionar ante a realidade. É pertinente salientar que as representações sociais, muitas vezes, determinam o processo saúde–doença.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para uma melhor compreensão e visualização dos resultados obtidos neste estudo, os dados foram organizados em cinco (5) partes, quais sejam:

- caracterização dos primeiros informantes, estes correspondem aos entrevistados da **segunda etapa de Q**;
- caracterização dos segundos informantes, estes são os entrevistados da **quinta etapa de Q**;
- resultados obtidos na análise de conteúdo;
- resultados obtidos na análise fatorial;
- sugestões dos trabalhadores rurais para a melhoria da assistência à saúde.

4.1 Caracterização dos primeiros informantes

A amostra da **segunda etapa de Q** foi composta por nove (9) trabalhadores rurais de Arroio do Só e um (1) extensionista de um órgão de Extensão Rural oficial do Estado. A caracterização do **entrevistado extensionista** não será realizada, por não constituir objetivo deste trabalho, uma vez que a entrevista foi realizada apenas para obter a expressão de um profissional que atua no meio rural e para uma possível observação da reação positiva ou negativa dos trabalhadores rurais às respostas dadas pelo extensionista. A caracterização dos **trabalhadores rurais** será apresentada a seguir:

Tabela 2 – Distribuição da população de trabalhadores rurais da segunda etapa de Q - segundo sexo e faixa etária -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	7	77,78
Feminino	2	22,22
Faixa etária		
(anos)		
20 a 30	-	-
31 a 40	-	-
41 a 50	4	44,45
51 a 60	1	11,11
61 a 70	3	33,33
>70	1	11,11

Os dados contidos na Tabela 2 evidenciam que a amostra caracterizou-se por ser composta, principalmente, por trabalhadores do sexo masculino 77, 78%; já as mulheres constituíram 22,22%. A idade predominante compreendeu à faixa etária entre 41 anos e 50 anos, 44, 45%.

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores rurais da segunda etapa de Q - segundo sexo e estado civil -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

Variável	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Estado civil				
Casado	2	100	6	85,71
Solteiro	-	-	-	-
Viúvo	-	-	1	14,29
Divorciado	-	-	-	-
Outros	-	-	-	-

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores rurais da segunda etapa de Q - segundo sexo e grau de escolaridade -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

Variável	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Grau de escolaridade				
Ensino Fundamental completo	-	-	2	28,27
Ensino Fundamental incompleto	2	100	4	57,14
Ensino Médio completo	-	-	1	14,29
Ensino Médio incompleto	-	-	-	-
Ensino Superior completo	-	-	-	-
Ensino Superior incompleto	-	-	-	-

No que se refere ao estado civil, verificamos, pela Tabela 3, que a totalidade das mulheres e 85,71% dos homens são casados. Quanto ao grau de escolaridade, a Tabela 4 exibe que 100% das mulheres e 57,14% dos homens não concluíram o ensino fundamental.

Os dados da Tabela 5 destacam as atividades de trabalho, desenvolvidas pelos trabalhadores, segundo o gênero, em agrícolas e não – agrícolas.

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores rurais da segunda etapa de Q - segundo a atividade de trabalho desenvolvida, relacionada ao gênero -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

Atividade de trabalho	feminino		masculino	
	N	%	N	%
Agrícola	-	-	5	71,43
Não agrícola	-	-	-	-
Agrícola e não agrícola	2	100	2	28,57

É possível observar que a totalidade das mulheres desenvolvem ambas as atividades; já 71,43% dos homens se destinam principalmente às atividades agrícolas.

4.2 Resultados obtidos na análise de conteúdo

As categorias identificadas na análise de conteúdo, constituíram a matriz Q. São elas: a) Saúde-doença como resultante das condições e dos hábitos de vida; b) Saúde-doença como resultante do processo de trabalho; c) Práticas de cuidado relacionadas à saúde e à doença.

Processo saúde – doença.	Condições e hábitos de vida (a).	Processo de trabalho (b).	Práticas de cuidado (c).
	16 afirmações	8 afirmações	8 afirmações

Quadro 1 – Distribuição da matriz Q para o processo saúde – doença; Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

Os dados contidos no Quadro 1, mostram que a relação saúde-doença + b representa o processo saúde–doença como resultante das condições e dos hábitos de vida. Ela é formada por dezesseis (16) afirmativas; a relação saúde-doença + c representa a saúde e a doença como resultante do processo de trabalho e é constituída por oito (8) afirmações; e a relação saúde-doença + d compreende as práticas de cuidado na saúde e na doença e contém oito (8) afirmações (Anexo E).

Tabela 6 – Distribuição da frequência das categorias, segundo respostas dos trabalhadores rurais de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

Categoria	f	%
Saúde-doença como resultante das condições e dos hábitos de vida.	15	37,15
Saúde-doença como resultante do processo de trabalho.	15	37,15
Práticas de cuidado relacionadas à saúde e à doença.	10	25,70

Os dados apresentados na Tabela 6, destacam a frequência com que as categorias saúde–doença, como resultante das condições e dos hábitos de vida, e saúde–doença, como resultante do processo de trabalho, aparecerem nessa população: 37,15% das respostas pertenciam a cada uma dessas categorias.

4. 3 Caracterização dos segundos informantes

A quinta etapa de Q teve uma amostra de trinta e quatro (34) informantes, trabalhadores rurais de Arroio do Só, e foi realizada no período compreendido entre novembro e dezembro de 2005.

Tabela 7 – Distribuição da população de trabalhadores rurais da quinta etapa de Q, segundo sexo e faixa etária, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	23	67,64
Masculino	11	32,36
Faixa etária (anos)		
20 a 30	5	14,70
31 a 40	9	26,47
41 a 50	7	20,59
51 a 60	9	26,47
61 a 70	3	8,82
71 a 80	1	2,95

Podemos observar, na Tabela 7, que essa etapa foi constituída em maioria por mulheres (67, 64%), e as faixas etárias predominantes foram as compreendidas entre 31 e 40 anos e entre 51 e 60 anos.

Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores rurais - segundo sexo e grau de escolaridade -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

Variável	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Estado civil				
Casado	19	82,61	6	54,55
Solteiro	-	-	3	27,27
Viúvo	3	13,04	1	9,09
Divorciado	-	-	1	9,09
Outros	1	4,35	-	-

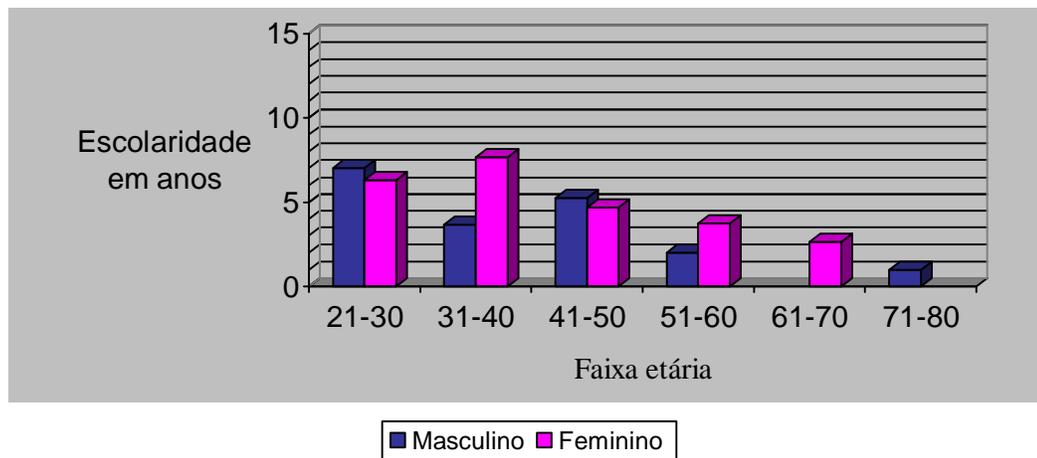
Verificamos, na Tabela 8, que a maioria dos entrevistados são casados, sendo 54,55% do universo de homens e 82,61 do de mulheres.

Tabela 9 – Distribuição dos trabalhadores rurais - segundo sexo e grau de escolaridade -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

Variável	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Grau de escolaridade				
Ensino Fundamental completo	1	4,35	-	-
Ensino Fundamental incompleto	19	82,61	11	100
Ensino Médio completo	-	-	1	14,29
Ensino Médio incompleto	2	8,69	-	-
Ensino Superior completo	-	-	-	-
Ensino Superior incompleto	1	4,35	-	-

Podemos observar, na Tabela 9, que o grau de escolaridade é o ensino fundamental incompleto para 82,61% das mulheres e para a totalidade dos homens. Identificamos também que apenas um trabalhador do sexo feminino possui ensino superior incompleto.

Gráfico 1 - Distribuição da média de escolaridade dos trabalhadores rurais - em anos, segundo faixa etária e sexo -, de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.



Na população estudada, na faixa etária compreendida entre 61 e 70 anos não há nenhum representante do sexo masculino, e na faixa etária compreendida entre 71 e 80 anos não há nenhum representante do sexo feminino.

Quanto à escolaridade referente a anos de estudo, o Gráfico 1 revela que as pessoas com idade acima de 51 anos estudaram menos do que as pessoas mais jovens, o que resulta uma média inferior a 5 anos de estudo.

Tabela 10 - Distribuição da freqüência das propriedades rurais dos trabalhadores rurais, quinta etapa de Q, segundo tamanho em hectares; de Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.

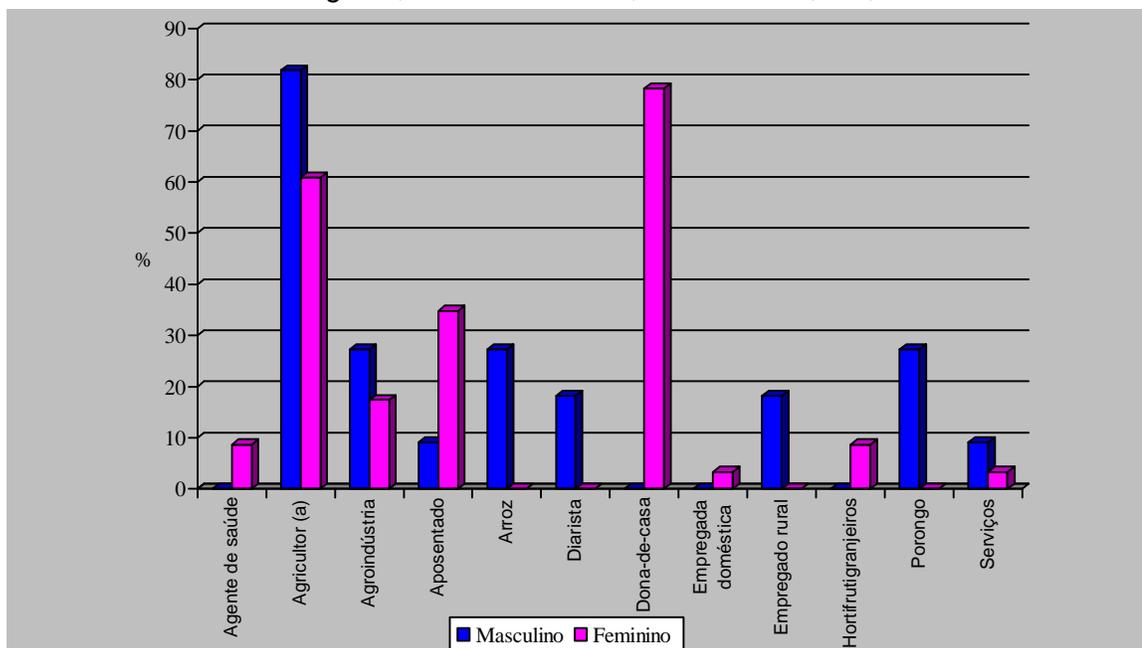
Tamanho (hectares)	f	%
<1	2	5,88
1 a 10	17	50,00
11 a 20	6	17,67
21 a 30	4	11,76
31 a 40	2	5,88
41 a 50	-	-
>50	3	8,82
Total	34	100

Os dados da Tabela 10 destacam que 50% da distribuição de freqüência das propriedades dos trabalhadores rurais, quinta etapa de Q, segundo o tamanho em hectares, está situada entre a faixa de 1 a 10 hectares.

As atividades de trabalho mencionadas pelos trabalhadores rurais, neste estudo, estão assim explicitadas: foi considerada dona-de-casa a mulher que desenvolve o trabalho doméstico em sua residência e que tenha expressado tal atividade como trabalho; agricultores ou agricultoras são os trabalhadores que desenvolvem atividades agrícolas e agropecuárias por conta própria e/ou contratado por outro; o trabalho na agroindústria inclui o beneficiamento de produtos agropecuários, a produção de massas caseiras, pães, bolachas e outro produtos alimentícios e também inclui o artesanato por identificarmos, nessa região, a prática em porongos na fabricação de cuias. O arroz e o porongo estão separados da agricultura por serem representativos, economicamente, para a região. A classificação hortifrutigranjeira corresponde ao trabalho com frutas, verduras e com a granja.

Empregadas domésticas são as mulheres que exercem suas atividades nos cuidados com uma casa que não é sua. A categoria serviços refere-se à venda de produtos de beleza, de roupas e também ao conserto e aluguel de máquinas agrícolas e à aplicação de venenos. Diarista rural é o trabalhador contratado que realiza um trabalho para terceiros, na agricultura, sem vínculo empregatício. Empregado rural é aquele trabalhador que desenvolve as atividades agrícolas, também contratado por terceiros, porém com vínculo empregatício.

Gráfico 2- Dstribuição das atividades de trabalho, conforme o gênero, desenvolvidas pelos trabalhadores rurais, quinta etapa da metodologia Q, em Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.



Os dados do Gráfico 2 evidenciam a agricultura como uma atividade bastante representativa desses trabalhadores, com 81,81% dos homens e 60,86% das mulheres; também mostra a presença da agroindústria com 27,27% dos homens e 17,39% das mulheres e exibe que 78,26% das mulheres consideram as atividades da casa como trabalho. O trabalho na horta foi mencionado por 8,69% das mulheres, mas não foi mencionado pelos homens.

Notamos ainda, embora de forma pouco expressiva, as funções de: empregada doméstica (3,35% das mulheres), diarista e trabalhador rural (18,18% dos homens) em cada atividade e também a prestação de serviços por agricultores e agricultoras (9,09% dos homens e 3,35% das mulheres).

Quanto à renda mensal média da família dos entrevistados, verificamos valores compreendidos entre R\$ 200,00 e R\$ 1500,00, resultando, em média, R\$ 761,77 reais por família. Contudo observamos que as famílias com alguns membros aposentados e/ou pensionistas apresentam uma média mensal de R\$ 900,00, maior

que a resultante entre todos os entrevistados. É conveniente salientar que a renda foi informada pelo próprio entrevistado, não havendo necessidade de comprovação; no entanto tal dado pode acarretar discordâncias em relação a outros estudos.

Os problemas de saúde dos informantes e de seus familiares se configuraram conforme Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição dos problemas de saúde dos entrevistados e de seus familiares narrados pelos entrevistados.

Problemas de saúde	Entrevistado		Familiar	
	N	%	N	%
HAS ¹	10	29,41	3	33,33
Hipertireoidismo	1	2,94	-	-
Coluna	5	14,70	3	33,33
Enxaqueca	-	-	1	11,11
Nervo Ciático	3	8,82	-	-
Bronquite	1	2,94	-	-
DM ²	4	11,76	-	-
Trombose	1	2,94	-	-
Depressão	-	-	2	22,22
Fenda Palatina	-	-	1	11,11
Reumatismo	1	2,94	-	-
Ca de pele ³	-	-	1	22,22
Cardiovascular	2	5,88	3	33,33
Ca de próstata ⁴	1	2,94	2	22,22
Edema pulmonar	-	-	2	22,22
Hipercolesterolemia	2	5,88	-	-
Asma	1	2,94	-	-
RM ⁵	-	-	1	11,11

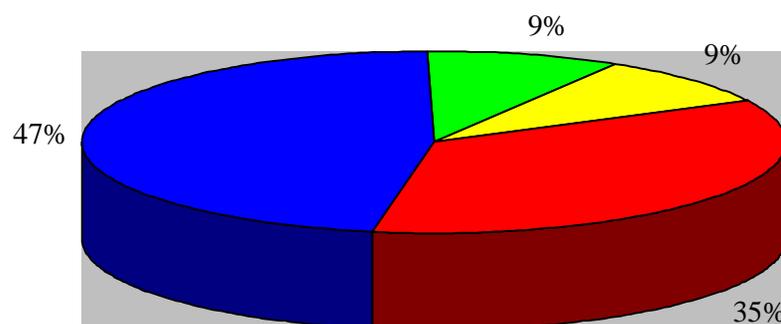
1 Hipertensão Arterial Sistêmica. 2 Diabetes Mellitus. 3 Câncer de Pele. 4 Câncer de Próstata. 5 Retardo Mental.

Os informantes mencionaram problemas de saúde não só pessoal, mas também familiar (32,35%). Onze responderam que tanto ele quanto seus familiares não apresentavam problemas de saúde. Enquanto vinte e três (67, 65 %) afirmaram haver alguns casos de doença na família As pessoas, da família, citadas pelos informantes foram: pais, sogros, filhos e cônjuge, uma população constituída por nove pessoas. Salientamos que alguns indivíduos apresentam mais de um problema.

4.4 Resultados obtidos na análise fatorial

A análise fatorial resultou em três fatores que o sistema PCQ denomina pelas letras A, B e C. Os nomes foram atribuídos aos fatores em conformidade com sua expressão e com o significado que assumiram para as pessoas. O **fator A** denominou-se **Saúde é a prevenção integral**; o **fator B**, **Sistema de saúde popular** e o **fator C**, **Relação trabalho-saúde**. A distribuição da amostra em relação aos fatores está representada no Gráfico 3:

Gráfico 3 - Distribuição da amostra dos trabalhadores rurais, segundo relação com fatores obtidos, em Arroio do Só, Santa Maria, RS, 2005.



■ Fator A: Saúde como prevenção integral	■ Fator B: Sistema de Saúde popular
■ Fator C: Relação trabalho - saúde	■ Sem fator

O Gráfico 3 exibe a distribuição da amostra de trabalhadores, quinta etapa de Q, segundo a relação com os fatores obtidos: 47% dos informantes apresentaram correlação com o fator *Saúde como prevenção integral*; 8% relação com o fator *Sistema de saúde popular*; 8% com o fator *Relação trabalho-saúde* e 35,3% não obtiveram relação com nenhum fator.

Saúde é a prevenção integral (fator A) engloba dezesseis (16) (47,06%) dos informantes. A correlação das pessoas com o fator ficou entre 0,46 e 0,78. No Quadro 2, apresentamos as frases que estabelecem relação positiva ou negativa com o fator.

Negativo	Positivo
- 4 Afirmação 1: Quando sinto alguma dor, vou correndo ao médico.	+ 4 Afirmação 4: Prevenção é o principal.
- 4 Afirmação 6: Toda pessoa chega a uma certa época em que adocece.	+ 4 Afirmação 29: Comer uma alimentação sem veneno é cuidar da saúde.
- 3 Afirmação 13: O grande agricultor adocece porque tem de adoecer, por se cuidar demais, e o pequeno não, não tem cuidado.	+3 Afirmação 5: Saúde é ter uma higiene adequada.
- 3 Afirmação 17: A doença é uma coisa normal na vida das pessoas.	+3 Afirmação 14: Saúde é ter um bom viver, por exemplo, o casal ter um bom relacionamento.
- 3 Afirmação 19: Doença é a falta de um atendimento.	+ 3 Afirmação 20: Saúde é ter uma boa alimentação e evitar o álcool.

Quadro 2 – Distribuição das afirmativas Q, representativas do fator Saúde como prevenção integral.

As pessoas relacionadas ao fator **Saúde é a prevenção integral** demonstraram preocupação com a alimentação, com a higiene e com determinados excessos, para algumas, é importante ter um bom relacionamento interpessoal. Elas entendem a saúde como prevenção e a doença como decorrência dos maus hábitos de vida.

O **Sistema de saúde popular** (fator B) inclui 8,82% três (3) dos informantes, que mantêm uma correlação entre 0,51 e 0,77.

Negativo	Positivo
- 4 Afirmação 1: Quando sinto alguma dor, vou correndo ao médico.	+ 4 Afirmação 3: Ter problemas financeiros implica na condição de saúde.
- 4 Afirmação 17: A doença é uma coisa normal na vida das pessoas.	+ 4 Afirmação 24: Estando bem mental e fisicamente, dificilmente a pessoa vai adoecer.
- 3 Afirmação 4: Prevenção é o principal.	+3 Afirmação 23: Se eu puder evitar tomar remédio comprado, eu evito.
- 3 Afirmação 19: Doença é a falta de um atendimento.	+3 Afirmação 11: Saúde é poder se alimentar, se locomover, dirigir, andar.
- 3 Afirmação 32: Saúde é fazer acompanhamento médico e exames.	+ 3 Afirmação 14: Saúde é ter um bom viver, por exemplo, o casal ter um bom relacionamento.

Quadro 3 – Distribuição das afirmativas Q, relacionadas ao fator Sistema de saúde popular.

Os informantes relacionados com o fator **Sistema de Saúde Popular**, acreditam que o bem-estar físico e mental contribui significativamente com a saúde, que é representada pelo desempenho das atividades diárias e pelo bom relacionamento interpessoal. No entanto eles se apresentam contrários ao sistema de saúde oficial.

O fator C, **Relação trabalho-saúde**, considera a influência do trabalho e das características do meio rural para a saúde. Está representado por três 3 (8,82%) dos informantes que exibem uma correlação entre 0,46 e 0,52 com o fator.

Negativo	Positivo
- 4 Afirmação 21: Doença é algo terrível, é um pavor.	+ 4 Afirmação 5: Saúde é ter uma higiene adequada.
- 4 Afirmação 23: Se eu puder evitar tomar remédio comprado, eu evito.	+ 4 Afirmação 20: Saúde é ter uma boa alimentação e evitar o álcool.
- 3 Afirmação 6: Toda pessoa chega a uma certa época em que adocece.	+ 3 Afirmação 2: O pequeno agricultor está condenado ao sol e à chuva, e aí está sujeito a qualquer problema, a pegar uma doença.
- 3 Afirmação 14: Saúde é ter um bom viver, por exemplo, o casal ter um bom relacionamento.	+ 3 Afirmação 7: A contaminação do solo e da água, muitas vezes, vem a nos causar a própria doença.
- 3 Afirmação 17: A doença é uma coisa normal na vida das pessoas.	+3 Afirmação 22: O trabalho, o tempo, a umidade, o frio e até o próprio excesso de calor que a gente pega podem causar uma doença.

Quadro 4– Distribuição das afirmativas Q, representativas do fator Relação trabalho–saúde.

A questão número 5, da pauta de perguntas Q, foi analisada qualitativamente e revela os sentimentos e as expectativas dos trabalhadores rurais, ante a política pública de saúde, para o meio rural. Identificamos as sugestões e os sentimentos relacionados à política pública de saúde atual, quais sejam:

- sugerem mais recursos para medicamentos, hospitalização e postos de saúde;
- a manutenção de orientações em saúde, pelos diferentes grupos;
- a presença do profissional médico;
- a garantia de acesso aos serviços de saúde;
- o fortalecimento das atividades locais de saúde;
- o acompanhamento dos projetos iniciados por instituições visando o desenvolvimento rural;
- manifestam o sentimento que o rural está esquecido;
- identificam a falta de perspectivas de melhoria na assistência à saúde no meio rural.

5 Discussão dos resultados

Este trabalho se justifica pela oportunidade de conhecimento tanto das representações sobre saúde e doença dos trabalhadores rurais, quanto pela possibilidade de refletir sobre as dificuldades que os profissionais de saúde encontram ao desenvolver atividades nesse campo social. Entendemos que é fundamental oferecer elementos para orientar a prática profissional e o cuidado, embora complexo. Em decorrência disso, foram analisados muitos aspectos da vida dos indivíduos rurais entre eles, o acesso a serviços, atividades e organização do trabalho e ainda as questões de gênero e de problemas de saúde dessa comunidade.

Observamos, a necessidade de uma compreensão interpretativa e contextualizada da saúde e da doença e de uma orientação na realização para os cuidados com a saúde. Estudos têm evidenciado um sistema de saúde, cada vez mais crescente, denominado popular, que é constituído por crenças, valores, cultura e história de vida dos indivíduos. Em face disso, é preciso aliar esse sistema com o sistema profissional. Alguns autores destacam a necessidade de buscar alternativas de atuação para integrar o conhecimento científico ao conhecimento popular (BUDÓ, 1994; BUDÓ, 2002; GALINA, 2003; SILVA, 2003).

Na tentativa de desenvolver essas reflexões, neste estudo, identificamos uma diferença de gênero na constituição da amostra nas várias etapas de coleta de dados. Na segunda etapa da metodologia Q, a participação dos trabalhadores do sexo masculino é mais expressiva (77,78%), enquanto a das mulheres representam 22,22% dos informantes. Já na quinta etapa, as trabalhadoras rurais do sexo feminino tiveram maior representatividade (67,64%) em relação aos homens que constituíram apenas 32,36%.

Salientamos que a segunda etapa foi desenvolvida principalmente nos encontros comunitários, momentos em que as mulheres estavam especialmente envolvidas com a organização do ambiente e com o preparo dos alimentos. Na quinta etapa, as entrevistas foram realizadas, sobretudo, nas propriedades dos

entrevistados; em vista disso, as mulheres estavam mais disponíveis para participar da pesquisa do que os homens que estavam envolvidos com a lavoura. Como as mulheres estavam em casa, realizando o trabalho doméstico, pararam para receber a pesquisadora.

Conforme Brumer (2004), na divisão do trabalho das famílias agrícolas, as mulheres são responsáveis praticamente sozinhas pelo trabalho doméstico, ou seja, pelo preparo dos alimentos, pelos cuidados com a casa e com a roupa e ainda com a educação dos filhos que cabe a elas. Os homens, no entanto assumem as obrigações com o sustento da casa, com o trabalho pesado e, geralmente, não se envolvem nas tarefas domésticas.

Contudo, salientamos que o atributo desse trabalho “pesado” ou “leve” é determinado culturalmente, uma vez que não apresenta relação direta com a carga ou com o esforço na realização das tarefas; no entanto as atividades executadas pelas mulheres, compreendidas como “leves”, envolvem também o trabalho na colheita dos produtos agrícolas, carregar os filhos e buscar água em lugares distantes do domicílio delas; estes também podem ser considerados trabalhos “pesados” (BRUMER, 2004).

A idéia de que existem funções fundamentalmente masculinas e funções essencialmente femininas, especialmente relacionadas às diferenças anatômicas e fisiológicas, está tão naturalizada em nossa sociedade que, apesar das mudanças paradigmáticas do papel da mulher, ainda é possível identificar a estrutura patriarcal em alguns grupos sociais, em especial naqueles que preservam as características tradicionais da estrutura familiar.

O reflexo da estrutura familiar patriarcal é evidenciado na fala de um entrevistado ao relacionar o trabalho com o processo saúde-doença:

“[...] doença que considero é aquela doença que **o chefe de família**, ou a mãe, ou o filho está impossibilitado, digamos, de estudar, ou tem um problema físico muito sério ... ou a **mãe não pode cuidar da casa**, aquela história toda, **o pai não pode ir para a lavoura trabalhar** [...]”

- Estrutura familiar patriarcal

Na pesquisa de Budó (1994), valores como a família, o trabalho, a educação, a terra, a religiosidade, a alimentação e o patriarcalismo estão presentes para as comunidades rurais e dirigem e controla o comportamento delas.

Retomando os dados demográficos do estudo, a faixa etária predominante dos informantes ficou situada entre 41 e 50 anos (44,45%) na segunda etapa; na quinta etapa, de 31 a 40 anos e de 51 a 60 anos, ambas com 26,47% da amostra. Podemos então, observar que 51,16% do universo da pesquisa tem idade entre 31 e 60 anos, o que representa pessoas adultas e maduras. Também é possível observar que a pesquisa contou com 14,70% de pessoas com idade entre 20 e 30 anos e 11,77% de pessoas com mais de 61 anos, o que confere maior diversidade ao conjunto de idéias no conhecimento das representações da saúde e da doença, em virtude das diferenças na maneira como os indivíduos percebem e expressam seu mundo, especialmente relacionado ao seu ambiente e modo de vida.

Esse achado é semelhante ao verificado na década de 90 por uma Pesquisa Rural da EMATER, apud Brumer (2004), que evidencia uma maior concentração de pessoas residentes no meio rural com idades compreendidas entre 26 e 65 anos, na região da depressão central do Rio Grande do Sul, área onde está situado o município de Santa Maria.

Quanto ao estado civil, identificamos que 66,66% dos trabalhadores do sexo masculino e 80% das mulheres são casados. Esses dados refletem a estrutura da organização familiar na agricultura, pela necessidade de unir esforços de todos os membros da família na unidade de produção, na geração de emprego e na manutenção alimentar da população.

Destacamos também o fato de as mulheres não herdarem as terras da família; pois, pela necessidade de dar continuidade às atividades produtivas, o poder de acesso à terra e de propriedade é geralmente atribuído aos filhos homens. Dessa forma, as mulheres só exercem esse direito se constituírem família com um agricultor, o que contribui para que haja opção pelo casamento.

Ao observar o grau de escolaridade, notamos que a totalidades das mulheres e 57,14% dos homens não possuem ensino fundamental completo, já 14,29% dos homens possuem o ensino fundamental completo e 14,29% dos entrevistados do sexo masculino tem o ensino médio incompleto. Na quinta etapa, o ensino fundamental incompleto também se apresenta como o grau de escolaridade de maior frequência entre os informantes, ou seja, 82,61% das mulheres e a totalidade dos homens; já o ensino médio incompleto representa 8,69% das mulheres e o ensino superior incompleto 4,35% das mulheres.

Na quinta etapa desta pesquisa, a média da escolaridade, em anos, para as mulheres, é de 4,4 anos e, para os homens de 3,9 anos de estudo. Conforme IBGE (1995), as pessoas (10 anos ou mais), com mais de cinco anos de estudo, no meio rural são em sua maioria mulheres 22,3%, enquanto os homens representam 19,8%. A média maior apresentada pelas mulheres se deve principalmente pela necessidade por elas apresentadas de uma melhor qualificação na busca de trabalho, renda e da migração para a cidade, pois são preteridas tanto na partilha da terra familiar quanto na obtenção de um emprego estável no meio rural (BRUNER, 2004).

Segundo dados do Censo Escolar (SIED/MEC – 2004), o Estado do Rio Grande do Sul tem mil e noventa e cinco (1.095) estabelecimentos de ensino localizados no meio rural. O município de Santa Maria tem seis (6) escolas de ensino fundamental completas no meio rural, com um professor para cada turma, direção administrativa, merenda escolar e transporte para as crianças que moram longe das escolas. A proposta da Secretaria Municipal de Educação é fortalecer a proposta pedagógica de cada região para atender as necessidades específicas da população rural.

No entanto, apesar dos esforços e dos investimentos na área da educação ainda é possível verificar a baixa escolaridade da população rural. Lago (2004), em estudo desenvolvido com agricultores do interior do RS, informa uma média de seis e meio (6,5) anos de frequência às aulas dos agricultores entrevistados. De acordo com o IBGE (1995), no Rio Grande do Sul, a população rural tem entre quatro e cinco anos de escolaridade; sendo 47% de homens e 45,7% de mulheres, aí se considerando a população com 10 anos ou mais.

No que se refere às atividades de trabalho, observamos o desenvolvimento de atividades agrícolas e não agrícolas. Na segunda etapa, a totalidade das trabalhadoras desenvolve atividades agrícolas e não agrícolas e apenas 28,57% dos homens se dedicam a ambas as atividades. Na quinta etapa, a proporção de mulheres com múltiplas atividades permanece maior (38,74%) que a de homens (27,27%). De acordo com o IBGE (2004), o pessoal ocupado em atividade não agrícola apresentou crescimento de 4,3%, de 2003 a 2004, já o pessoal ocupado com atividade agrícola teve um pequeno declínio (0,5%); a maior redução é observada nos trabalhadores para o próprio consumo (5,2%). Evidenciando, assim, o que Graziano da Silva (1998) denomina a nova dinâmica da agricultura brasileira, vale entender, a integração das atividades agrícolas à indústria; a intensificação da divisão do trabalho e das trocas intersetoriais; a especialização da produção agrícola. Daí decorre que o rural não é exclusivamente agrícola.

Schneider (2000) também destaca as transformações no rural brasileiro e salienta não só as formas de ocupação e emprego, como também o crescimento das atividades não agrícolas. Observamos, nessa pesquisa, a agroindústria como atividade de trabalho de ambos os sexos, usualmente, referida como alternativa de renda para as famílias. De acordo com o IBGE (2004), a renda média de uma família que vive de atividade agrícola tradicional é de R\$ 264,00 / mês, enquanto aquela que se inseriu nas atividades não agrícolas, passou a ter uma renda de R\$ 543,00. Neste trabalho, não foi evidenciada a diferença de renda média entre as famílias que viviam exclusivamente da agricultura e as que associavam as atividades agrícolas às não agrícolas.

Salientamos, neste aspecto, novamente, a divisão do trabalho por gênero. Embora as mulheres apareçam tão envolvidas em múltiplas atividades quanto os homens, fato que influi diretamente nas condições de vida das pessoas, às mulheres compete o trabalho “leve”, repetitivo e reprodutivo. Em decorrência disso, elas aparecem em uma posição subordinada aos maridos, mesmo que trabalhem tanto quanto eles e exerçam as mesmas atividades ou até mais atividades do que eles.

Apesar das múltiplas funções exercidas pela mulher na unidade familiar e de sua produção, seu trabalho é tido como de “apoio” às atividades do marido. Estas sim são consideradas essenciais, pois são eles, os homens, que utilizam as máquinas agrícolas, são os responsáveis pela venda dos produtos da propriedade e pela administração dos recursos financeiros. Situação que, conforme Brumer (2004), sugere uma relativa invisibilidade do trabalho desenvolvido não só pelas mulheres, mas também por crianças e jovens, fundamentada nas tradições culturais que priorizam os homens sobre as mulheres na execução de tarefas mais especializadas e tecnicizadas.

As mulheres exercem as atividades de cuidados com: a casa, os filhos, a escolha e o preparo dos alimentos, a ordenha das vacas, os pequenos animais, o pomar e a horta. Neste estudo, notamos que 8,69% das mulheres expressaram suas atividades desenvolvidas na horta, todavia nenhum homem mencionou a horta como atividade de trabalho. Nesse sentido, Brumer (2004) afirma que as atividades das mulheres, dos jovens e das crianças estão relacionadas, principalmente, à limpeza da terra e à colheita; à seleção e à embalagem dos produtos; ao cuidado de animais, da alimentação, limpeza e ordenha; aos trabalhos da horta, especialmente se seus produtos forem destinados ao consumo da própria família.

Para Brito e D' Acri (1991), o trabalho doméstico exerce uma interferência decisiva na vida pessoal e profissional da mulher; já a forma como ela vivencia esse fenômeno depende da classe social a qual ela pertence, do número de pessoas para ajudar, dos aparelhos eletrodomésticos que dispõe para a execução das tarefas e, sobretudo, do número de pessoas na família e da faixa etária delas, como crianças e pessoas idosas.

É preciso compreender as atribuições das mulheres ao trabalho doméstico, pois este tanto pode ser fonte de prazer ao preparar o alimento da família, ao cuidar das verduras e frutas, ao arrumar a casa e ao cuidar e educar os filhos, como pode ser fonte de angústias ou sofrimento, normalmente, quando há ausência de tecnologias que a auxiliem nas atividades, grande número de moradores na casa e poucas pessoas ou ninguém para ajudá-la. Sem esquecer que essa atividade diária, como trabalho, não é nem remunerado e nem valorizado socialmente.

A fragmentação entre o mundo do trabalho e o mundo doméstico apresenta como uma das causas fundamentais a ideologia, que oculta a diferenciação entre a biologia e a história, privilegiando o papel reprodutivo feminino, em detrimento de sua intervenção no mundo social (BRITO e D' ACRI, 1991). Neste estudo 78,26% das mulheres consideram as atividades da casa como trabalho, tal qual o trabalho doméstico remunerado, exercido em casas de terceiros por 3,35% das mulheres desse núcleo rural. Pesquisadores têm destacado o crescimento do emprego doméstico nas atividades não agrícolas, no meio rural brasileiro (DEL GROSSI 1999; SCHNEIDER 2000; CAMPANHOLA e GRAZIANO da SILVA 2000). Assegura Schneider (2000) que "Tanto no conjunto da Região Sul como no Brasil, o emprego doméstico cresceu a uma expressiva taxa de cerca de 6% a.a. entre 1992 e 1997" (p. 19). De acordo com o IBGE (2004), os empregados e os trabalhadores domésticos abrangiam 72,2% da população ocupada com atividades não agrícolas.

Por sua vez, Nascimento (2004) esclarece que nem sempre o serviço doméstico é uma alternativa desejada, pois se apresenta como uma estratégia de reprodução familiar, visto que há mais geração de renda nele do que no trabalho exclusivamente agrícola. Nessa mesma direção, Graziano da Silva e Del Grossi (1997) enumeram as dificuldades da mulher inserir-se no mercado de trabalho agrícola assalariado: pelas próprias exigências "físicas" do trabalho dito "pesado"; pelo aumento das moradias de caráter não agrícola, que atuam na promoção do descanso e da qualidade de vida e pela procura da população de baixa renda por terrenos na zona rural, mais baratos que os urbanos-, esses são alguns dos fatores do aumento das atividades domésticas como atividade não agrícola no meio rural.

Observamos que a categoria serviços se refere a trabalhos prestados a terceiros. Nessa perspectiva de estudos, Laurenti (1996) e Pereira (2004) têm evidenciado a presença da prestação de serviços no meio rural. O IBGE (2003) considera como categoria serviços: os serviços prestados às famílias (alojamento, alimentação, pessoais, de ensino continuado, recreativos e culturais); serviços de informação (informática, serviços audiovisuais, telecomunicações, notícias e jornalismo); serviços prestados a empresas (técnicos–profissionais, agenciamento e locação de mão–de–obra temporária, serviço de investigação, segurança, vigilância e transporte de valores, serviço de limpeza a prédios e domicílios e outros serviços) e, ainda, transporte e correio, atividades imobiliárias e de aluguel de bens móveis e imóveis, serviços de manutenção e reparação, serviços auxiliares da agricultura, entre outros. Laurenti (1996) refere as atividades terceirizadas: aluguel da força de tração, de máquinas e de equipamentos, execução terceirizada de trabalhos agrários.

Pereira (2004) destaca a heterogeneidade do crescimento das atividades relacionadas ao setor de serviços, no rural brasileiro; contudo, afirma ele, o aumento ocorre, principalmente, em consequência das ocupações mal remuneradas da população rural, que são apenas um paliativo para a situação de desemprego no País. Entre outras conclusões, ele afirma que a terceirização por via simples de terceirização das atividades, não havendo a criação de novas oportunidades de trabalho, e sim a mudança de classificação de ocupações que já existiam e que apenas respeitam as diferenças regionais (PEREIRA, 2004). Já Laurenti (1996) destaca a delimitação de um segmento de serviços diretamente vinculado à produção agrícola, que também compõe o novo rural brasileiro.

De acordo com a investigação, 18,18% dos homens são empregados rurais, também denominados, neste estudo, de trabalhadores rurais. Eles exercem atividades agrícolas remuneradas em propriedades de terceiros, com vínculo empregatício. O IBGE (2004) afirma que o ano de 2004 apresentou o nível mais elevado de empregados em atividades agrícolas, com carteira de trabalho assinada desde o início da década de 90, o que registrou uma proporção de 32,3%, enquanto, em 1992, era de 24,8%.

A renda mensal média dos entrevistados é de R\$ 761,77 (setecentos e sessenta e um reais e setenta e sete centavos). Nas famílias em que há aposentados, a renda é de R\$ 900,00 (novecentos reais). Delgado e Cardoso Jr. (2000), em um estudo sobre a Previdência Rural, na Região Sul e Nordeste, afirmam que a renda domiciliar das famílias contempladas com o seguro previdenciário rural está, em média, 16% acima da renda domiciliar de famílias sem acesso aos benefícios pagos pelo INSS; desse modo, evidencia-se a importância de tal política para o meio rural.

No que se refere à produção de arroz para o município de Sana Maria, de acordo com o IBGE (2004), no ano de 2003, foram produzida trinta e cinco mil e cinqüenta e seis (35056) toneladas de arroz em casca, com um valor de produção estimado em R\$ 22.278 mil reais. Cabe ressaltar que as lavouras geram oportunidade de trabalho para os moradores da zona rural e ajudam a conter o êxodo rural.

Observamos que 67,65% dos entrevistados referiram algum problema de saúde seu ou de um familiar; às vezes citavam uma pessoa com mais de uma doença. Aproximadamente, 29,9% da população brasileira reportou ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica, conforme IBGE (2003). Tal proporção aumentava com a idade e variava segundo os sexos, sendo maior para as mulheres (33,9%) do que para os homens (25,7%). Ainda, a pesquisa destaca que 18,5% informaram ter três ou mais doenças.

5.1 As categorias

5.1.1 Saúde-doença como resultante das condições e dos hábitos de vida.

A categoria Saúde e doença como resultante das condições e dos hábitos de vida, apareceu em 37,15% das respostas, o que evidenciou a relação estreita dos hábitos com a promoção da saúde ou com o surgimento das doenças. Tal entendimento constitui uma representação social para esses indivíduos, evidenciada pelas expressões dos trabalhadores:

“[...] saúde começa pela alimentação, é um dos principais fatores, eu acredito, para a saúde vem de alimentação, uma boa alimentação [...]”

“[...] a pessoa tem que ser uma pessoa que saiba usar uma boa alimentação, tenha seus limites na bebida, no cigarro [...]”

“[...] olha a doença...as condições de vida são as principais, isso aí, é o que acarreta um dos maiores fatores [...]”

- Saúde e doença relacionadas aos hábitos de vida

Destacamos a importância da alimentação na determinação da saúde ou da doença, sua representação está relacionada a vários elementos do cotidiano, inclusive ao trabalho. O papel fundamental da alimentação, nos hábitos de vida dos indivíduos que moram no meio rural, também foi evidenciado por Budó (1994, p.143): “a alimentação, o comer bem, ter as despensas com muito alimento faz parte dos valores fundamentais. As pessoas se alimentam e preocupam-se em alimentar os familiares visando à saúde e esta deve ser preservada a fim de proporcionar a possibilidade de trabalho”.

Nessa categoria representativa para os trabalhadores, surge também a preocupação com a utilização dos agrotóxicos:

“[...] saúde começa pela alimentação...um produto sem agrotóxico [...]”

[...] alimento, comer assim coisa com menos veneno, fruto da gente mesmo
[...]

- Saúde e doença relacionadas aos hábitos de vida

A não utilização de agrotóxicos, além da preservação da saúde, aparece como forma de organização social; pois, onde ocorreu uma maior frequência dessa resposta, é uma região caracterizada pela união dos moradores para construir uma cooperativa a fim de plantar e vender produtos agroecológicos. A representação

revela a relação desses indivíduos com a sociedade da qual fazem parte. A preocupação dos agricultores com a utilização de agrotóxicos também é partilhada por Galina (2003) que destaca os problemas advindos dessa prática como a degradação dos recursos naturais que pode inviabilizar e comprometer o uso da terra para gerações futuras.

Para os informantes, a saúde também se apresenta como uma riqueza, um tesouro; já a doença é uma responsabilidade pessoal, ela está relacionada aos atos da vida. Ela leva a custos financeiros, à medicalização e individualiza as pessoas:

“[...] saúde é tudo na vida [...]

“[...] a doença é algo terrível, é um pavor [...]

“[...] as pessoas ficam doentes, muitas vezes, porque não se cuidam [...]

“[...] o pequeno agricultor não tem dinheiro para ficar doente [...]

5.1.2 Saúde-doença como resultante do processo de trabalho

O processo de trabalho se mostra tão significativo na representação dos trabalhadores rurais quanto os hábitos e as condições de vida. Os informantes relacionam as condições, a organização e as atividades de trabalho desenvolvidas como determinantes do processo saúde–doença:

“[...] o meu trabalho dificulta, muitas vezes, para que eu melhore a minha
saúde [...]

“[...] o serviço pesado exige da saúde... não sei se daqui uns anos não
aparece um problema...de coluna [...]

“[...] tem dias em que o agricultor trabalha no barro, outros trabalha no seco, então o calor é intenso [...]”

- Condições de trabalho

“[...] o serviço braçal do agricultor não tem como... como usar proteção... tu não agüenta o calor [...]”

“[...] não existe máquina com ar condicionado para o pequeno, só para o grande lavoureiro [...]”

“[...] trabalho pesado a gente não pode evitar, tem que fazer [...]”

Organização e atividades de trabalho

Evidenciamos empiricamente, pela expressão dos entrevistados, a relação da capacidade e da incapacidade de trabalhar com a saúde e com a doença, respectivamente:

“[...] saúde, é a gente ter saúde para trabalhar, para atender o serviço da gente [...]”

“[...] tu tendo saúde, tu faz tudo que é serviço [...]”

- Saúde = capacidade de trabalhar

“[...] doença, para mim, é o fim da coisa, a pessoa doente não é útil [...]”

- Doença = incapacidade de trabalhar

Nessa categoria, a alimentação também assume uma certa relevância, já que representa, conforme Budó (1994), o fruto do trabalho; pois, enquanto a mesa está farta, há saúde e a possibilidade de produzir pelo trabalho.

Conforme Minayo (1996), os trabalhadores, de uma maneira geral, associam a saúde com a capacidade de poder trabalhar e a doença com a incapacidade. Eles vivenciam o corpo como uma fonte de subsistência, de reprodução e de aquisição de bens.

Nessa mesma direção, Marques (1998, p. 103) afirma que, “dentro da concepção de saúde como equilíbrio funcional do corpo, tudo que altera esse equilíbrio, e impede-o de realizar as atividades diárias, fornece a representação de um corpo que não funciona mais, com alterações que podem significar um estado de doença”. Daí também emerge a forma como os trabalhadores expressam as alterações da saúde e da doença que não os incapacitam para o trabalho, como os resfriados, as cefaléias, as lombalgias, entre outras patologias que permitem o exercício do trabalho. Carvalho e Martins (1998, p. 100) afirmam que “se a alteração ou problema de saúde não é suficiente para impedir a capacidade de desempenhar as tarefas cotidianas, elas são vistas apenas como pequenos incômodos, que mais dia menos dia irão passar”. Esse mesmo entender fica evidenciado nas afirmações a seguir:

“[...] olha, a doença, eu nunca tive problema de doença, assim só gripe esses negócios, aí a gente toma remédio para a gripe; mas doença, exame eu nunca fiz
[...].”

“[...] o problema é no joelho, o resto não tem problema nenhum, graças a Deus...vou fazendo o serviço [...].”

“[...] saúde no corpo eu tenho, graças a Deus, mas as pernas não me ajudam, então, fica difícil de eu sair, de lutar [...].”

- Saúde–doença e o processo de trabalho

Ressaltamos que o informante da terceira afirmativa apresenta problema de artrose e caminha com muita dificuldade. Nesta expressão, fica evidente a

separação da “parte” doente do restante do corpo: “é apenas um pedaço que está doente e não eu”.

5.1.3 Práticas de cuidado em saúde e doença

A categoria Práticas de cuidado relacionadas à saúde e à doença expressa a maneira como os trabalhadores rurais associam o conhecimento popular ao conhecimento científico; a representação do cuidado para eles e a importância que algumas práticas exercem em sua vida.

“[...] olha, a gente aceita palpite de vários tipos de gente, aceita do médico, aceita da curandeira; um diz é massagem, o outro diz é comprimido, o outro diz não, é um chá [...]”

“[...] a gente procura a hora do sol forte parar, sair mais cedo para o serviço [...]”

“[...] benzedura é válido, como o chá, como o remédio [...]”

- Práticas de cuidado: saúde–doença

Os cuidados referentes à saúde dos trabalhadores rurais unem o sistema oficial de saúde com o popular. Eles recorrem tanto ao profissional de saúde quanto à benzedeira; tanto ao remédio industrializado quanto ao chá caseiro. Assim, conforme afirma Budó (2002), o cuidado está presente na vida das pessoas independente do saber organizado, pois está relacionado aos seus hábitos e valores e, muitas vezes, desarticulados da doença.

Observamos que a benzedura é referida em muitos momentos de suas vidas, não só para curar ou abençoar a si e as pessoas de sua família, mas também para proteger a lavoura e os animais.

“[...] benzedeira... já chamamos... foi para geral, foi para o gado e para a gente também [...]”

“[...] para qualquer ser vivo, a benzedura funciona [...]”

- Prática de cuidado – Benzedura

De acordo com Galina (2003), a benzedura é utilizada para auxiliar em situações difíceis, sofrimentos físicos e emocionais, intervir nas relações familiares, relações sociais na comunidade e também para o sucesso da lavoura ou para a saúde dos animais. Galina (2003) sustenta que as práticas alternativas, as crenças populares na solução de problemas relativos à saúde e a doença ocupam um espaço que o mundo técnico–científico não atingiu, uma vez que não consegue explicar as incertezas cotidianas; assim, a prática do benzimento reflete uma compreensão daquilo que transcende a realidade imediata.

É pertinente observar o encontro do homem com a natureza e com o sobrenatural; notar a força da fé, a crença na pessoa que é agente de benzimento e na tradição. Essas reações encontram-se espelhadas nas falas dos entrevistados:

“[...] numa benzedeira, existem coisas incríveis, que aconteçam [...]”

“[...] benzedura, para quem tem fé, é muito bom... tem que ser igual uma religião [...]”

“[...] benzedura... eu tenho que acreditar, me criei naquele meio [...]”

- Prática de cuidado – benzedura (crença, fé e tradição)

Gallina (2003), em seu estudo sobre benzedeadas e benzedores no interior do Rio Grande do Sul, identificou três fatores considerados essenciais para os resultados positivos das ações de benzimentos: a crença do agente de benzimento, a crença daquele que procura essa prática e a legitimação pelo grupo das ações resultantes. Assim, a referida autora (2003, p. 63) afirma que “o alcance da ação das benzedeadas e dos benzedores, pode ser considerado também como uma prática médica local, que se vale de conhecimento da natureza (sobretudo plantas e animais) e da tradição”.

A utilização de plantas medicinais, na forma de chás caseiros no cuidado com a saúde e na obtenção de cura em algumas doenças, também constitui uma importante representação para esses trabalhadores, pois se relaciona fortemente com a tradição. O conhecimento sobre essa prática é proveniente das relações familiares, das relações sociais com a comunidade local e vizinha. O contato diário permite que os saberes e as crenças sejam passados de geração em geração. Eles envolvem o social e o religioso.

“[...] só chás caseiros, eu uso chá caseiro, inclusive nós a família [...]”

“[...] se o médico não resolveu o meu problema, eu vou procurar a maneira melhor que a gente acha que dever ser [...]”

“[...] aquela coisinha de dor de cabeça, dor de barriga, o cara cura com chá [...]”

- Prática de cuidado – os chás

Destacamos a força que as práticas tradicionais têm para as comunidades rurais, o quanto elas permanecem vivas e alimentadas no cotidiano da sociedade. Mesmo com o desenvolvimento tecnológico e a medicina, o cuidado popular é apreciado por compreender a subjetividade dos indivíduos, por valorizar sua cultura, por estar integrado às necessidades da comunidade e perceber o indivíduo em seu contexto no processo de vida.

Nesse sentido, Galina (2003, p. 99) afirma que “o entendimento entre o moderno e o tradicional se associam, pois o homem rural tende a manter-se mais próximo daquilo que foi construído em seu meio, herdado de seus antepassados: a fé, o trabalho, as crenças, as festas”. Esses elementos estão repletos de símbolos, eles constituem suas representações e orientam a sua tomada de decisões.

5.2 Os fatores

A realização da análise fatorial evidenciou, de maneira bastante objetiva, a representatividade dessas categorias para os informantes da pesquisa; pois reflete, nos fatores resultantes, a maneira como esses trabalhadores vivenciam o processo saúde–doença, de forma significativa.

Do universo da pesquisa, 65% dos informantes apresentam relação com um dos fatores. Conforme Lago (2004), normalmente entre 60 a 70 % das pessoas se combinam com algum fator, portanto, 65% é um percentual válido. A análise fatorial permite estabelecer, para cada fator, aspectos característicos, que o identificam especialmente.

Os entrevistados que não tem relação com nenhum fator (35%), não compartilham a mesma visão dos fatores obtidos e suas opiniões não geram outro fator. Pode ser que alguns tenham um pouco de cada fator e conseqüentemente, não pertençam a nenhum deles. Os dados dos informantes que não estão inseridos em nenhum fator, foram analisados, porém não constituem parte dos fatores obtidos. A opinião desses indivíduos, se identificados, pode ser discutida posteriormente.

Conforme Hegedüs (2005), o número de pessoas que tem relação com o fator não deve ser considerado como indicador de importância, é relevante saber a correlação (p) das pessoas com o fator (“factor loading”). Se a correlação é baixa, então, o fator é fraco, “débil”, não é estável e pode desaparecer com um número maior de entrevistas, ou se transformar em outro. O fator estável é aquele que, mesmo que se realizem mais classificações Q, não vai mudar sua estrutura, ou seja, seu conjunto de afirmações.

Afirmar que a correlação das pessoas com o fator é de mais de 0,46, é estatisticamente significativa: quanto maior é a correlação, mais forte será a relação da pessoa com o fator. Todas as pessoas que exibem uma correlação de 0,46 ou mais com o fator, quer dizer apenas que elas compartilham a visão que está representada no fator.

5.2.1 Saúde é a prevenção integral

Saúde é a prevenção integral obteve duas afirmativas em seu extremo positivo:

“Prevenção é o principal”.

“Comer uma alimentação sem veneno, é cuidar da saúde”.

A primeira afirmação acima expressa a relação da saúde com os hábitos e as condições de vida, pois evidencia que o indivíduo pode obter saúde se cuidar desse aspecto de seu dia-a-dia.

Essa representação reflete o modelo hegemônico da prática profissional que, de acordo com Gazzinelli et al (2005, p. 200), “...preconiza a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene...” e responsabiliza as pessoas pela adoção de um modo de vida que evite os fatores de risco para a doença.

Para Laplantine (1991, p. 247), “a representação da prevenção deixa o indivíduo mais seguro, ele está se cuidando, portanto não vai desenvolver uma doença”. Em face disso, o referido autor (1991, p. 247) afirma:

...quem obedece às prescrições da medicina, quem atende fielmente suas “prescrições”, quem segue ao pé da letra a moral da prevenção – trazer sempre em dia sua carteira de maternidade, sua carteira de saúde, seu carnê de vacinação, submeter-se regularmente a exames médicos, efetuar, a partir dos quarenta anos, um “check – up” regular, não fumar, não beber, não consumir nem gorduras, nem açúcares, praticar esportes – está seguro de não ser punido pela doença e de evitar, em particular, esses dois castigos modernos que são o enfarte e o câncer e de merecer a longevidade.

Contudo destacamos que as representações da saúde e da doença carregam a história de vida das pessoas, seus hábitos, crenças, condições sociais, culturais e econômicas. Assim, evidenciamos o sentido da prevenção para os trabalhadores rurais:

“Saúde é ter uma boa alimentação e evitar o álcool”.

“Saúde é ter uma higiene adequada”.

“Saúde é ter um bom viver, por exemplo, o casal ter um bom relacionamento”.

Merece destaque a alimentação, previamente identificada na análise de conteúdo, Marques (1998, p. 109) entende que “a alimentação é, sem dúvida, um fator relevante que contribui para o estado de saúde-doença das pessoas”. Os cuidados com a alimentação assumem um papel importante, por estarem relacionados diretamente às condições econômicas, à organização social e do trabalho, também representa sua relação com a natureza. Como entende Budó (1994), a alimentação na região rural assume um caráter agregador, une a família, representa a fartura e a abundância, pois “quase tudo” que eles comem é plantado na própria terra.

Nesse contexto, Laplantine (1991) cita as representações que são dadas aos alimentos e sua atuação na simbologia de “maus” e “bons” para a saúde e para a doença. Os bons representam bem-estar e qualidade de vida e os maus são agentes diretamente responsáveis pelas doenças. O referido autor (1991, p. 71) cita alguns exemplos: “... ‘o açúcar’ é ‘a causa’ do diabetes; ‘o sal’, ‘a causa’ da hipertensão arterial; ‘as gorduras’, ‘a causa’ do colesterol e do enfarte; e o ‘tabaco’, do câncer de pulmão”.

Os hábitos de higiene e as relações interpessoais refletem o caráter integral que os trabalhadores rurais dão à prevenção, já que a entendem como um conjunto de ações relacionadas às diversas dimensões do cotidiano e ao processo de vida. Quando se relaciona a saúde e a doença com suas possíveis causas, estamos dando uma denominação àquilo que é desconhecido; desse modo, tornando familiar o não familiar e constituindo uma representação. Nessa perspectiva, Budó (1994, p. 163) afirma que, “ao estabelecer uma conexão entre saúde ou doença e exposição ao calor, ao frio ou à chuva, há uma evidente necessidade de as pessoas buscarem as relações causa/efeito na determinação das doenças”. Elas podem também atribuir a causas indefinidas, às doenças.

Na representação da saúde como prevenção integral, os agricultores, ao afirmar que ter uma alimentação saudável, evitar o álcool, os excessos, ter uma higiene adequada e bom relacionamento familiar e social, demonstram estar apropriados do conhecimento do sistema profissional de saúde. No entanto, fica o indício de que associam esse conhecimento ao seu, ao popular, e nem mudam radicalmente seus hábitos alimentares nem seu modo de vida, apenas adaptam, de acordo com o que é conveniente para eles no momento, atendendo suas necessidades econômicas e não agredindo seus valores. Este procedimento demonstra uma consciência dessas pessoas sobre a interação de todos os elementos da vida com a sua história. Elas entendem que não apenas acontecimentos materiais podem causar uma doença, mas também estados psicossociais alterados, desequilíbrios emocionais, mau relacionamento entre os familiares, especialmente entre os cônjuges.

Os profissionais atuam para orientar as pessoas sobre o que é bom e o que não é bom, o que devem e o que não devem fazer, muitas vezes, ignorando a história do sujeito, seus hábitos e sua cultura. Essa atuação transforma o trabalho dos profissionais em algo sem objetivação. O desafio para Budó (1994, p. 47) é “... integrar os conhecimentos oriundos do saber popular aos do saber profissional [...] significa criar uma ponte de integração, de entendimento, onde se busca conhecer o que se passa na vida cotidiana das pessoas cuidadas, resgatando e respeitando um saber que teve uma trajetória histórica”.

5.2.2 Sistema de saúde popular

O conhecimento popular em saúde constitui um fator, que também esteve presente na categoria Práticas de cuidado em saúde e doença. Sua representatividade para essa população está vinculada à tradição, à subjetividade e à valorização do passado. Para esses trabalhadores, a saúde se promove quando a pessoa está bem mental e fisicamente, o que contempla aspectos financeiros e emocionais, identificados pelos seus extremos positivos:

“Ter problemas financeiros implica na saúde”.

“Tu estando bem mental e fisicamente dificilmente tu vai adoecer”.

- Promoção da saúde

Conforme Budó (1994), o cuidado é total, está integrado à vida das pessoas, está vinculado ao trabalho, ao lazer, se concretiza através de comportamentos, ações, atos ou expressões de cuidar.

“Saúde é poder se alimentar, se locomover, dirigir, andar”.

“Saúde é ter um bom viver, por exemplo, o casal ter um bom relacionamento”.

- Promoção da saúde

O sistema de saúde popular vem antes do sistema oficial de saúde, isso pode ser contemplado pelas afirmativas a seguir que se encontram nos extremos negativos da grade de classificação Q, porque os informantes não concordam com elas.

“Quando sinto alguma dor, vou correndo ao médico”.

“A doença é uma coisa normal na vida das pessoas”.

“Prevenção é o principal”.

“Doença é a falta de um atendimento”.

“A saúde é fazer acompanhamento médico e exames”.

- Sistema de saúde popular

Ainda, eles apresentam concordância com a frase:

“Se eu puder evitar tomar remédio comprado, eu evito”.

O sistema popular conta com a utilização de ervas medicinais, em forma de unguentos, infusões, tradições que são passadas por gerações e aderidas por grande parte dos entrevistados.

“[...] eu tomo mais é remédio caseiro e produtos naturais [...]”.

“[...] não gosto de tomar remédio...só, vamos dizer assim, em último caso mesmo...que eu tenha que procurar um médico [...]”.

Ao acessar o sistema de saúde profissional-convencional as pessoas, normalmente, não aderem por completo ao tratamento, uma vez que buscam integrar o conhecimento popular ao científico. De acordo com Budó (1994), as famílias utilizam informações provenientes do sistema oficial de saúde e do sistema popular, associando cuidados culturalmente aprendidos pela tradição familiar a cuidados aprendidos através do convívio com o sistema profissional. Há uma gama de cuidados, que integram terapias caseiras a terapias do sistema oficial. A referida autora denomina de “popularização” quando alguns conceitos científicos passam para o sistema popular de saúde, por vezes, apresentam-se alterados e difusos.

Nesse sentido, Langdon (2005) afirma que os índios, ao tomarem conhecimento das práticas profissionais de saúde, avaliam e reconhecem sua eficácia e, muitas vezes, aceitam esses recursos, em especial, os fármacos. Já Budó (1994) alerta que o inverso também ocorre quando a medicina profissional incorpora práticas populares de cuidado e a esse processo denomina “indigenação”.

De acordo com Laplantine (1991), a medicina popular associa as questões somáticas às questões sociais, espirituais e psicológicas, sua resposta às doenças é integral e não apenas químico – biológica, como a intervenção médica oficial. Galina (2003 p. 63) sustenta que “a valorização dos aspectos biopsicossociais verificada nas terapêuticas populares, ao contrário da medicina oficial, que prioriza essencialmente o aspecto biológico, é fator importante para tornar compreensível não só as causas dos problemas...”.

Dessa forma, a medicina popular abre um campo de possibilidades que o sistema oficial não compreende e adiciona um novo significado a determinadas

situações, por considerar o seu contexto. Essa prática permite a reconstrução do universo das pessoas, do universo que recebeu um novo elemento, ou seja, recebeu um problema que afeta a sua estrutura cotidiana e precisa ser ressignificado para incorporar a realidade. Conforme Laplantine (2001), essas práticas estão à margem da cultura, são reveladoras de uma demanda social reprimida, singularmente efervescente em tempos atuais, constituídos de práticas sociais e de representações amplamente heterogêneas.

Galina (2003, p. 68) cita algumas causas de recusa ao sistema profissional de saúde, tais como: o baixo poder aquisitivo, dificuldade de acesso aos serviços gratuitos, descrença nos diagnósticos, o linguajar técnico do profissional médico aliado à sua força onipresente, da qual emana um poder que intimida questionar sobre o diagnóstico, sobretudo, referente ao tratamento e aos resultados obtidos. No entanto, acreditamos que a cultura e as representações sociais também auxiliam nessa decisão de recusa, pois a medicina oficial, não atribui sentido à doença nem ao seu tratamento, já que a eficácia de sua terapêutica reside na utilização adequada dos meios técnicos; já a medicina popular contempla um conjunto de práticas de cura, resultado do aprendizado pautado em crenças e costumes populares, que se servem de instrumentos com significados simbólicos para suas ações (GALINA, 2003).

Conforme Moscovici (2003, p. 210), “nada é mais difícil que erradicar a falsa idéia que as deduções ou explicações que nós extraímos do senso comum são arcaicas, esquemáticas e estereotipadas”. Compreender que o conhecimento popular não é oposto ao conhecimento científico é fundamental para orientar as políticas públicas, em especial a de saúde. Ao conhecimento científico é preciso incorporar as ações e os cuidados em saúde do meio rural, o estilo de vida desses indivíduos, suas crenças, sua fé, sua cultura, seus hábitos, valores e tradições. Pois, de acordo com Budó (1994, p. 17) “desde a infância as pessoas são educadas, através dos pais, parentes, vizinhos, amigos, meios de comunicação, professores e outros, a se cuidarem dentro de determinados padrões culturais”. E esse aprendizado vai determinar não só as representações da saúde e da doença, mas também sua forma de cuidar e seu estado de saúde.

5.2.3 Relação saúde-trabalho

Os informantes que encontraram relação com esse fator, consideram o trabalho e suas condições como determinantes de sua saúde e sua doença.

“O trabalho, o tempo, a umidade, o frio até o próprio excesso de calor que a gente pega pode causar uma doença”.

“O pequeno agricultor está condenado ao sol e a chuva, e aí está sujeito a qualquer problema de pegar uma doença”.

- Condições de trabalho

Os agricultores relacionam também aspectos referentes à higiene, à alimentação e à contaminação dos recursos naturais:

“Saúde é ter uma higiene adequada”.

“Saúde é ter uma boa alimentação e evitar o álcool”.

“A contaminação do solo e da água, muitas vezes, vem a nos causar a própria doença”.

- Elementos do cotidiano

Contudo eles discordam que as relações interpessoais tenham importância na determinação da saúde e/ou da doença, isso fica evidenciado pela afirmativa 14 no extremo -3:

“Saúde é ter um bom viver, por exemplo, o casal ter um bom relacionamento”.

- Relações interpessoais

O trabalho ganha importância e representatividade à medida que surge como fator limitante. Embora seja preciso ter saúde para poder trabalhar, a pessoa pode ficar doente em função do trabalho. De acordo com Budó (1994, p. 140): “o trabalho é um valor fundamental na vida dos colonos que acreditam ser o trabalhar a fonte de renovação e saúde, apesar de entenderem que as atividades na lavoura são muito cansativas e exigirem sacrifícios”.

Para esse grupo, parece estar interiorizada a relação do trabalho com a condição de saúde. Como eles sempre trabalharam e enfrentaram as maiores dificuldades, não trabalhar representa “não servir para mais nada”. A possibilidade de trabalhar, nesse caso, é considerada como uma representação de saúde.

Nesse sentido, Budó (1994) identifica, em seu estudo que pessoas com idade avançada continuam trabalhando, mesmo que seja em atividades mais “leves”, como os cuidados com a horta e os trabalhos artesanais; pois, para elas, trabalhar significa não só ter e manter saúde, como a possibilidade de não ficar doente. Entende Marques (1998, p.112) que “... se o corpo humano é o primeiro e principal instrumento de trabalho do homem, e se ele continua sendo valorizado apenas pelo que pode produzir, é preciso avançar muito mais no sentido de redimensionar seu valor e percebê-lo nas suas várias potencialidades para a realização do homem”.

Neste estudo, é fundamental reconhecer e significar a importância do trabalho, visto que ele é considerado fonte de saúde e de doença. Os agricultores entendem que quem trabalha é porque tem saúde.

Analisamos algumas representações da saúde e da doença que estão presentes em mais de um fator, seja de maneira positiva seja negativa. A afirmativa 17: “**A doença é uma coisa normal na vida das pessoas**” é encontrada no fator Saúde é prevenção Integral e no fator Relação saúde-trabalho no extremo -3; no fator Sistema popular de saúde é identificada no extremo -4. Assim, foi possível observar a representação da doença como “**coisa**”, ou seja, uma forma materializada e não uma falta de saúde, que se manifesta no sujeito.

Nesse sentido, Laplantine (1991) afirma que, ao representar a doença como “coisa”, o significado ofertado é a de um objeto distinto do sujeito, como algo que veio para se fixar em seu órgão. Laplantine (2001) esclarece que a representação da doença como objeto está presente na nossa cultura biomédica.

A preferência por primeiro recorrer ao sistema popular, depois, ao sistema oficial pode ser identificada na afirmativa 1: **“Quando sinto alguma dor vou correndo ao médico”** a qual é encontrada nos extremos negativos -4 dos fatores Saúde é a prevenção integral e Sistema popular de saúde.

A afirmativa 6 **“Toda pessoa chega a uma certa época em que adoecer”** está presente no extremo -4 do fator Saúde é a prevenção Integral e no extremo -3 do fator Relação saúde-trabalho. O fator Saúde é a prevenção integral e o fator Sistema popular de saúde têm, em seus extremos positivos -3, a afirmativa 19 **“Doença é a falta de um atendimento”**. Essas afirmativas remetem à associação de que a saúde e a doença é uma responsabilidade individual, os cuidados com a saúde e a prevenção vão ofertar a pessoa saúde ou doença e não há necessariamente, uma relação com a idade ou com o acesso aos serviços de saúde. No entanto, de acordo com o IBGE (2003), as necessidades em saúde apresentaram um padrão de distribuição, na pesquisa sobre acesso e utilização dos sistemas de saúde, ou seja, as pessoas, no início e particularmente no final da vida, apresentavam mais problemas de saúde.

Quando questionados sobre as sugestões para a melhoria da política pública de saúde no meio rural, os trabalhadores elencaram oito (8) propostas que tornariam a política mais viável para os moradores das zonas rurais. Identificamos que entre as sugestões encontra-se a garantia de recursos para a compra de medicamentos, para gastos com hospitalização e para manter os postos de saúde. Apesar de o sistema popular ser bastante utilizado por essa população, os informantes recorrem ao sistema oficial sempre que necessário e, para isso, precisam contar com um serviço que realmente atenda as suas necessidades e demandas. Portanto, acreditamos que, ao tentar acessar um sistema que não contemple o que precisam, aumenta a descrença no sistema oficial, o que dificulta a orientação das ações em saúde.

A solicitação de mais recursos apresenta relação direta com os hábitos dos agricultores tanto pela procura dos serviços, quanto pela representação da medicalização, pois os postos de saúde são majoritariamente referidos pela população como serviços de uso regular (52,4%), seguidos, em ordem de importância, pelos consultórios particulares (18%), ambulatórios de hospitais (16,9%), pronto socorro ou emergência (5,8%), ambulatório ou consultório de clínicas (4,4%) e farmácia (1,4%) (IBGE, 2003).

Notamos que, de acordo com o IBGE (2003), os postos ou centros de saúde e os ambulatórios de hospitais foram referidos com maior frequência como serviços de saúde de uso regular, à medida que o rendimento mensal familiar caía e, inversamente, os consultórios particulares e os ambulatórios de clínicas foram referidos com maior frequência como serviços de saúde de uso regular, à medida que o rendimento aumentava. É necessário lembrar que os trabalhadores dessa região possuem uma renda relativamente baixa.

A garantia de acesso aos serviços de saúde, foi lembrada pelos entrevistados, é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988; contudo notamos que alguns indivíduos não podem usufruir por inúmeros motivos: dificuldades de transporte, hábitos culturais, entre outros.

De acordo com o IBGE (2003), 24,6% da população brasileira está coberta por um plano de saúde. No entanto, a cobertura por plano de saúde é expressivamente maior (28,0%) para a população residente em áreas urbanas do que para as residentes nas áreas rurais (6,0%). Destacamos empiricamente que, no meio rural, quem usualmente conta com um plano privado é a esposa. Conforme o IBGE (2003), a cobertura por plano de saúde foi um pouco maior entre as mulheres (25,9%) do que entre os homens (23,1%).

O fortalecimento das atividades locais, como a construção de hospitais em comunidades menores, mais próximas às comunidades rurais; o acompanhamento e a continuidade de projetos que visam a melhoria da qualidade de vida das populações rurais; e os grupos de orientações em saúde, são momentos nos quais as pessoas podem trocar conhecimentos e fortalecerem-se. A presença do

profissional médico, nas instituições de saúde, também constitui fator de importância pela representação da figura desse profissional para a população. Como ele denota conhecimento e segurança, muitas vezes, fortalece a crença na utilização do serviço.

A falta de perspectiva de melhoria de assistência à saúde vem acompanhada da sensação de que o rural está esquecido, e mais, de que as ações e os serviços usualmente não são destinadas ao meio rural e, quando o são, constituem-se ineficazes.

Talvez esse fato acentue a característica da desigualdade em nosso país, pois, conforme o IBGE (2003), alguns estudos indicam que as necessidades de saúde apresentam um gradiente social que tende a ser desfavorável aos indivíduos em posições sociais menos favorecidas. É possível observar, também, no Brasil, que os problemas de saúde são inversamente proporcionais à renda familiar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Sabemos da importância que situações como a saúde e a doença representam para o cotidiano dos indivíduos. Esses elementos são histórica e socialmente construídos e apresentam estreita relação com todas as dimensões de vida, como o trabalho e as relações sociais e permeiam todo o processo do viver.

Independentemente de estabelecer um estilo de vida no meio rural, ou no meio urbano, os homens criam representações à respeito da saúde e da doença. Tais representações não são imutáveis, transformam-se à medida que os sujeitos se apropriam de novos conhecimentos e os ancoramos em suas informações prévias, desse modo construindo novas representações sociais.

Compreender o meio rural, suas transformações, o papel dos atores sociais que vivem e convivem nesse meio e as representações da saúde e da doença, são fundamentais para o exercício profissional e para a efetivação da política pública de saúde. Acreditamos que as representações sociais podem explicar o comportamento dos indivíduos, pois as pessoas tendem a agir baseadas em seu entendimento sobre as diferentes situações nas quais estão expostas.

Ao considerar que as pessoas constroem representações sociais a respeito da saúde e da doença, e que estas estão relacionadas com seu modo de vida e com a maneira de interpretar e de se comportar no mundo, entendemos ser necessário:

- **aos formuladores da política pública de saúde:**

- elaborar estratégias de promoção, prevenção e recuperação em saúde. A elaboração deve contar, de maneira efetiva, com a participação da população local, e considerar os resultados de estudos relacionados à área;

- estabelecer prioridades pelo nível local, onde se dará a implantação das ações;

- propor estratégias de prevenção de agravos que contemplem as necessidades e as demandas dos trabalhadores rurais, baseadas no conhecimento de seu cotidiano, de suas relações sociais e, ainda, valorizando seus valores e sua cultura;

- acompanhar, de maneira efetiva, a implantação e avaliação das ações desenvolvidas;

- **aos profissionais de saúde:**

- considerar e valorizar o conhecimento popular na realização das ações e dos cuidados em saúde;

- promover a integração entre o sistema profissional de saúde e o sistema popular de saúde, com alternativas de atuação que valorize a cultura e a prática de cuidado em saúde e em doença;

- buscar conhecer não só a dinâmica e as características das relações sociais do meio no qual exercem suas atividades profissionais, mas também as diferentes representações dos fenômenos do cotidiano;

- **às intuições de ensino:**

- ofertar subsídios para os futuros profissionais que irão atuar nos cenários rural e urbano, para que tenham conhecimento das diferentes representações nos diversos espaços sociais;

- conscientizar acadêmicos e profissionais sobre a importância de valorizar e de reconhecer o conhecimento popular e a relação deste com o conhecimento científico em sua prática diária.

- **aos pesquisadores:**

- realizar pesquisas futuras, em diferentes regiões, para que possamos compreender as representações sociais da saúde e da doença que ocorrem nas diferentes sociedades.

A partir das recomendações anteriormente citadas, entendemos necessária a interação dos diferentes profissionais que atuam no meio rural no delineamento de ações que promovam a saúde de diferentes grupos. Permitindo dessa forma a efetiva integração de agrônomos, veterinários, zootecnistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros.

O ensino, a pesquisa e as ações de assistência quando integradas e fundamentadas por conhecimentos multidisciplinares certamente terão uma repercussão importante na saúde e na doença nas diferentes sociedades.

CONCLUSÕES

Com a realização deste estudo, foi possível identificar as representações sociais dos trabalhadores rurais do distrito de Arroio do Só, Santa Maria, RS, a respeito do processo saúde–doença; conhecer as condições de trabalho desses trabalhadores; identificar as relações que eles estabelecem entre o trabalho, a saúde e a doença. E ainda, propor estratégias, para a orientação da política pública de saúde, que atenda as necessidades e as demandas dos trabalhadores rurais.

As representações sociais a respeito da saúde e da doença se apresentam de maneira bastante significativa nos dois momentos da análise dos resultados, assim, possibilitando as seguintes conclusões:

1) Os hábitos e as condições de vida se apresentam como determinantes da saúde e da doença, em virtude da estreita relação das diferentes dimensões do cotidiano, na promoção da saúde, na prevenção e com o desenvolvimento das doenças. Destacam–se nessa representação:

- os cuidados com a alimentação, cuja importância é econômica e simbólica;
- a prevenção quanto ao uso de drogas lícitas, como o álcool e o tabaco;
- a responsabilidade individual nos cuidados e na promoção da saúde;
- a saúde como riqueza.

2) Quanto à relevância do trabalho no cotidiano dos informantes, concluímos que:

- há uma forte ligação das condições e da organização do trabalho com a saúde e com a doença, observável à medida que eles expõem que estão submetidos às variáveis do tempo, ao serviço pesado e, muitas vezes, à falta de infra – estrutura adequada para o trabalho;

- existe uma ligação entre a capacidade e a incapacidade para o trabalho vinculada à saúde e à doença, respectivamente; assim, quem trabalha é útil, porque tem saúde para trabalhar; quem está ou é doente e não pode trabalhar se sente inútil;

- a pessoa que tem uma doença, mas que consegue trabalhar não é considerada pelos outros, nem por si própria, doente. Ela sofre apenas alguns incômodos e/ou indisposições, pois ainda é útil. Ocorre daí a representação da fragmentação da parte doente do restante do corpo, que para eles é saudável.

Na representação da saúde–doença, referente ao trabalho, a alimentação também aparece em destaque, uma vez que a produção alimentar depende do trabalho e, para trabalhar, é preciso ter saúde.

3) Quanto às práticas de cuidado em saúde e doença, podemos destacar:

- a importância das práticas de cuidado tradicionais do meio em que os depoentes vivem e convivem, já que têm significado simbólico e uma relação com os antepassados, com a natureza, como a benzedura e com os chás;

- os cuidados relacionados à exposição do corpo aos fatores conhecidamente prejudiciais à saúde, como o sol em excesso, por exemplo.

Evidenciamos, assim, a associação do conhecimento popular com o científico no cuidado diário desses informantes.

4) Quanto ao fator Saúde é a prevenção integral, concluímos que:

- os informantes apresentaram bastante clareza ao evidenciar que a saúde depende dos cuidados de todas as situações de seu cotidiano;
- essa clareza pode ser reflexo da intervenção da política pública de saúde, visto que ela responsabiliza as pessoas pela adoção de um estilo de vida, este deve evitar os conhecidos fatores de risco, afastando assim, o adoecimento;
- nessa perspectiva, a alimentação aparece novamente como representativa da prevenção, pela representação simbólica da fartura e da abundância, e pelo caráter agregador que une a família. No caso deste estudo, foi possível observar que ela é uma garantia de sustentação econômica pela produção de produtos sem agrotóxicos;
- o caráter integral é atribuído pelo fato de os respondentes contemplarem, além dos elementos supracitados, as relações interpessoais como determinantes da saúde e da doença, também os aspectos referentes à higiene pessoal.

5) Quanto à presença do sistema de saúde popular, entendemos que:

- o conhecimento popular tem relação com a subjetividade, com o passado e com a tradição;
- a saúde envolve tanto aspectos físicos, quanto mentais, em especial, abarca o financeiro, pelas conhecidas dificuldades que os agricultores vivenciam, de uma maneira geral;
- o sistema profissional de saúde é evitado, só é acessado quando extremamente necessário.

6) Quanto ao fator relação saúde–trabalho, concluímos que:

- o trabalho é um fator limitante, pois a pessoa deve ter saúde para trabalhar, mas também pode ficar doente em função do trabalho.

É pertinente salientar que, mesmo que numericamente sejam pouco expressivas, as múltiplas atividades de trabalho, desenvolvidas pelos indivíduos, e o aparecimento de ocupações não agrícolas proporcionam uma melhor qualidade de vida a eles. Destacamos que a estrutura familiar patriarcal, centrada na figura do chefe da família responsável, principalmente, pelas atividades agrícolas, cabendo às mulheres o envolvimento com trabalhos não agrícolas.

É possível concluir que os informantes desta pesquisa estão bastante conscientes que as diversas situações de seu cotidiano podem influenciar seu estado de saúde e/ou de doença; que o conhecimento científico é acessado via sistema profissional de saúde, sempre que necessário; no entanto o conhecimento popular tem um grande valor simbólico e, muitas vezes, é a primeira alternativa no que se refere às práticas de cuidado.

Cabe evidenciar também que, apesar do conhecimento acerca dos fatores de risco e da necessidade de prevenção, os hábitos e os valores de vida não são radicalmente mudados, eles podem sofrer transformações, mas na maioria das vezes são adaptados aos próprios hábitos do sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Joaquim Anécio; SOUZA, Marcelino de. Multifuncionalidade dos espaços rural e urbano: reflexões iniciais. In: VELA, Hugo (org.) **Agricultura familiar e desenvolvimento rural sustentável no Mercosul**. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2003. p. 195-214.

ANJOS, Flávio Sacco dos; CALDAS, Nádya Velleda. Pluriatividade e Ruralidade: falsas premissas e falsos dilemas. In: CAMPANHOLA, Clayton; GRAZIANO da SILVA, José (editores técnicos). **O novo rural brasileiro: novas ruralidades e urbanização**. Brasília: Embrapa Informação tecnológica, 2004. p. 71-105. v. 7.

ARAÚJO, José Geraldo Fernandes. **ABC do turismo rural**. Viçosa, MG: Aprenda fácil, 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Persona, 1977.

BECKER, Howard, S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 3. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997.

BERNARDES, Anita Guazzelli; HOENISCH, Júlio Cezar Diniz. Subjetividade e identidades: possibilidades de interlocução da Psicologia Social com os Estudos Culturais. In: GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; BRUSHI, Michel Euclides (orgs). **Psicologia Social nos Estudos Culturais perspectivas e desafios para uma nova psicologia social**. 4. ed. Petrópolis:Vozes, 2003. p.104-117.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. **Cuidando e Sendo Cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos**. Santa Maria: UFSM, 1994. 223 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1994.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

BRASIL. Decreto nº 93.933 de 14 de janeiro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. **Rev. Bioética**, v. 4, p. 15-25, 1987.

_____. **Norma Operacional da Saúde do Trabalhador**. Ministério da Saúde. Brasília: 1998.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Promulgada em 05 de outubro de 1998, 21. ed. atual. e ampl., São Paulo: Saraiva, 1999.

BRITO, Jussara Cruz de; D'ACRI, Vanda. Referencial de análise para o estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Caderno Saúde Pública**. v. 7, n. 2, p. 201-214, 1991.

BROWN, Steven R. **Political subjectivity**: Applications of Q methodology in political science. New Haven: Yale University Press. 1980.

BRUMER, Anita. **Gênero e agricultura**: a situação da mulher na agricultura no Estado do Rio Grande do Sul. Revista Estudos Feministas [on line]. jan/abr, 2004, v.12, n. 1. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2005.

CAMPANHOLA, Clayton; GRAZIANO da SILVA, José (ORG.) **O novo rural brasileiro**: uma análise nacional e regional. Jaguariúna: Embrapa Meio Ambiente: IE – Unicamp, 2000.

CAPELLA, Beatriz Beduschi; LEOPARDI, Maria Tereza. O ser humano e sua possibilidade no processo terapêutico. In: LEOPARDI, Maria Tereza (org.) **O Processo de Trabalho em Saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 85-104.

CARNEIRO, Maria José. Ruralidade: novas ruralidades em construção. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ECONOMIA E SOCIOLOGIA RURAL, 35., 1997, Natal. **Anais...Natal**: Sociedade Brasileira de Economia e sociologia Rural,1997. p.147-185.

CARNEIRO, Maria José; TEIXEIRA, Vanessa Lopes. Pluriatividade, novas ruralidades e identidades sociais. In: CAMPANHOLA, Clayton; GRAZIANO da SILVA, José (editores técnicos). **O novo rural brasileiro**: novas ruralidades e urbanização. Brasília: Embrapa Informação tecnológica, 2004. p. 15-38. v. 7.

CARVALHO, Cristiana Leite; MARTINS, Evanilde Maria. **O significado da saúde e da doença nas sociedades**. Distrito Federal: Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de RH para o SUS, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: DAGMAR, Ester Meyer. (Org.). **Saúde e sexualidade na escola**. 2. ed. Porto Alegre, 1998, p. 37-50.

CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Intervenção sanitária na saúde e doença: o avanço das discussões. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 271- 283.

COLLA, Maria Madalena; ALMEIDA, Simone Santos. Contextualizando o processo saúde–doença. **Revista da Saúde**, v.3, n. 1, p. 62-74, 1999.

COSTABEBER, José Antonio; CAPORAL, Francisco Roberto. Possibilidades e alternativas do desenvolvimento rural sustentável. In: VELA, Hugo (org.). **Agricultura familiar e desenvolvimento rural sustentável no Mercosul**. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2003. p. 157-194.

COULON, Olga Maria Fonseca; PEDRO, Fábio Costa. História da Revolução Industrial **Apostila: dos estados nacionais à primeira guerra mundial**. CP1-UFGM, 1995.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do Trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DELGADO, Guilherme; CARDOSO Jr., José Celso. **Principais resultados da pesquisa domiciliar sobre a Previdência Rural na região sul do Brasil** (projeto avaliação sócio-econômica da Previdência Social Rural). Brasília, 2000.

DEL GROSSI, Mauro Eduardo. **Evolução das ocupações não-agrícolas no meio rural brasileiro: 1981 – 1995**. 1999. 229 f. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

FARR, Robert M. **As raízes da psicologia social moderna**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002. p.31-59.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Gaal, 1998.

GALLINA, Jaqueline. Posser. **Com Ervas dos Montes e Água das Fontes**: um estudo sobre benzedeadas e benzedores na zona rural de Santa Rosa do Sul e Sombrio-SC. 2003. 141f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2003.

GAZZINELLI, Maria Flávia; GAZZINELLI, Andréa; REIS, Dener Carlos dos; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GRAZIANO da SILVA, José; DEL GROSSI, Mario Eduardo. A evolução do emprego não agrícola no meio rural brasileiro, 1992 – 1995. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 25., 1997, Recife. **Anais...Recife**: Encontro Nacional de Economia, 1997. v. 2, p. 940–954.

GRAZIANO da SILVA, José. **A nova dinâmica da agricultura brasileira**. 2. ed. rev. Campinas: UNICAMP.IE, 1998.

GRAZIANO da SILVA, José. **O novo rural brasileiro**. Campinas: UNICAMP. IE, 1999.

GUARESCHI, Pedrinho. "Sem dinheiro não há salvação": ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 191-225.

HEGEDÜS, Pedro de; HUGO, Vela. Os projetos de desenvolvimento. In: VELA, Hugo (org.). **Agricultura familiar e desenvolvimento rural sustentável no Mercosul**. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2003. p. 31-44.

HEGEDÜS, Pedro de. **Metodologia Q**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por carolintonini@yahoo.com.br. Em 26 de abril de 2005.

HEWSTONE, Miles. Representações Sociais e causalidade. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 217 – 237.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1995**. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 12 de março de 2005.

_____. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em <www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em 24 de junho de 2005.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): acesso e utilização de serviços de saúde 2003**. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 de julho de 2005

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2004**. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 11 de agosto de 2005.

JODELET, Denise. **As representações Sociais**. Rio de Janeiro: URJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações Sociais e esfera pública**. Petrópolis: Vozes, 2000.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 63-85.

KAGEYAMA, Ângela. Pluriatividade e ruralidade: aspectos metodológicos. **Revista Economia Aplicada**, v. 2, n. 3, p. 515-551, 1998.

LAGO, Adriano. **Avaliação sobre as causas do não associativismo entre agricultores familiares do município de Nova Palma, RS, Brasil**. Santa Maria: UFSM, 2004. 97 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2004.

LANGDON, Esther. Jean. . A Construção Sócio-Cultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. In: BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmem (Org.).

Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. 1 ed. São Paulo, 2005. p. 115-134.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAPLANTINE, François. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 241 – 259.

LAURELL, Ana Cristina. A saúde como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, v.1, n. 2, p. 134-157, 1982.

LAURENTI, Antonio Carlos. **A terceirização na agricultura:** a dissociação entre a propriedade e o uso de instrumentos de trabalho na moderna produção agrícola paranaense. 1996. 245 f. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LIMA, Carina Petry. **As percepções dos agricultores que cultivam soja transgênia no município de Não – Me – Toque – RS, Brasil:** um estudo de caso mediante metodologia “Q”. Santa Maria: UFSM, 2005. 101 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2005.

LISBOA, Marcia Tereza Luz. As categorias “sofrimento” e “prazer” no trabalho da enfermeira numa abordagem de representações sociais: a experiência de realização de uma investigação. **Revista Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 3, n. 3, p. 115-124, 1999.

MARQUES, Cláudia Maria da Silva. **Processo saúde-doença.** Distrito Federal: Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de RH para o SUS, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs). **Textos em representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 2002. p.89-111.

MINGIONE, Enzo; PUGLIESE, Enrico. A difícil delimitação do “urbano” e do “rural”. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 22, abril, p.83-99,1987.

MIRANDA, Zoraide Amarante Itapura de. Campo e cidade em regiões metropolitanas. In: CAMPANHOLA, Clayton; GRAZIANO da SILVA, José (editores técnicos). **O novo rural brasileiro:** novas ruralidades e urbanização. Brasília: Embrapa Informação tecnológica, 2004. p. 107-130. v. 7.

MOSCOVICI, Serge. Prefácio. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **Representações Sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, Carlos Alves. Evolução das famílias rurais do Brasil nos anos 90: pluriatividade e serviço doméstico remunerado. In: CAMPANHOLA, Clayton; GRAZIANO da SILVA, José (editores técnicos). **O novo rural brasileiro:** novas atividades rurais. Brasília: Embrapa Informação Tecnológica, 2004. p. 243 – 278. v. 6.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista Escola Enfermagem USP.** v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

OLIVEIRA, Fátima Oliveira de; WERBA, Graziela Cucchiarelli. Representações Sociais. In: JACQUES, Mara da graça Corrêa. **Psicologia Social Contemporânea.** Petrópolis: Vozes, 2000. p. 104-117.

PIRES, André. Um sentido dentre outros possíveis: o rural como representação. In: CAMPANHOLA, Clayton; GRAZIANO da SILVA, José (editores técnicos). **O novo rural brasileiro:** novas ruralidades e urbanização. Brasília: Embrapa Informação tecnológica, 2004. p. 149-174. v. 7.

PENA, Maria Valéria Junho. **Mulheres e Trabalhadoras: presença Feminina na constituição do Sistema Fabril.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

PEREIRA, Christian Freitas. O setor de serviços no meio rural brasileiro e paulista. In: CAMPANHOLA, Clayton; GRAZIANO da SILVA, José (editores técnicos). **O novo rural brasileiro:** novas atividades rurais. Brasília: Embrapa Informação Tecnológica, 2004. p. 125 – 146. v. 6.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Educação, **Censo escolar 2004.** Porto Alegre, 2005.

SÁ, Celso Pereira de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano.** São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45.

SAMAJA, Juan. **A reprodução social e a saúde:** elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SANTA MARIA. Secretaria de Município da Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Santa Maria.** Santa Maria, 2004.

SCHNEIDER, Sergio. As atividades rurais não-agrícolas e as transformações do espaço rural: perspectivas recentes **Cuadernos de Desarrollo Rural.** v. 1, n.44, p.11 - 40, 2000.

SILVA, Gislene. **O imaginário rural do leitor urbano:** o sonho mítico da casa no campo. 2000. 243 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Pontifícia Universidade Católica São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, Cynthia Nalila Souza. **A interação das políticas públicas de saúde e educação como base para o desenvolvimento rural em Santa Rosa do Sul-SC.** 2003. 99 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2003.

SPINK, Mary Jane. **Psicologia Social e saúde: práticas, saberes e sentidos.** Petrópolis: Vozes, 2003.

SPINK, Mary Jane. O estudo empírico das Representações Sociais. In: _____. **O conhecimento no cotidiano.** São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 85-108.

STEPHENSON, William. **The study of behavior: Q technique and its methodology.** Chicago: The University of Chicago Press. 1953.

VELA, Hugo. La UFSM, la OEA, el proyecto PROFAMRU y el desarrollo rural sostenible. In: VELA, Hugo (org.). **Agricultura familiar e desenvolvimento rural sustentável no mercosul.** Santa Maria, Ed. da UFSM, 2003. p. 147-156..

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na república Rio – Grandense – 1989/1928.** Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC, 1999.

ANEXOS

Anexo A - Localização geográfica do município de Santa Maria, RS.



Fonte: < <http://www.guianet.com.br/rs/mapars> >

Anexo B – Pauta da entrevista semi-estruturada

Representações Sociais do processo saúde-doença de trabalhadores rurais – via metodologia Q -, de Arroio do Só, Município de Santa Maria, RS.

1ª etapa: entrevista semi – estruturada

Data da entrevista:

1) Data de nascimento: ____/____/____ 2) Idade: _____

3) Sexo: _____

4) Estado Civil: _____

5) Grau de escolaridade: _____

6) Ocupação (que atividades desenvolve):

agrícola.

Qual? _____

não agrícola.

Qual? _____

- Pauta:

1) No seu entendimento o que é saúde?

2) No seu entendimento o que é doença?

3) Para você há alguma relação do seu trabalho com a saúde e/ou doença?

4) O que você faz para cuidar da sua saúde?

5) O que você acredita que os órgãos públicos devem realizar para melhorar as condições de saúde (indivíduo e família)?

Anexo C - Afirmações obtidas a partir das entrevistas junto aos trabalhadores rurais, com a respectiva numeração utilizada nas tarjetas para a classificação Q.

1: Quando sinto alguma dor vou correndo para o médico.	2: O pequeno agricultor está condenado ao sol e a chuva, e ai está sujeito a qualquer problema de pegar uma doença.
3: Ter problemas financeiros implica na saúde.	4: Prevenção é o principal
5: Saúde é ter uma higiene adequada.	6: Toda pessoa chega uma certa época que adocece.
7: A contaminação do solo, da água muitas vezes vem a nos causar a própria doença.	8: Benzedura para quem tem fé é muito bom.
9: Saúde é poder trabalhar.	10: As pessoas ficam doentes muitas vezes porque não se cuidam.
11: Saúde é poder se alimentar, se locomover, dirigir, andar.	12: Se o chá não fez efeito a gente tem que recorrer ao médico.
13: O grande agricultor adocece porque tem que adoecer, por cuidar demais, e o pequeno não, não têm cuidado.	14: Saúde é ter um bom viver, por exemplo, o casal ter um bom relacionamento.
15: Tudo que é demais faz mal para a saúde.	16: Saúde é ter melhores condições de trabalho.
17: A doença é uma coisa normal na vida das pessoas.	18: Tu adocece num momento de desequilíbrio na vida.
19: Doença é a falta de um atendimento.	20: Saúde é ter uma boa alimentação e evitar o álcool.
21: Doença é algo terrível, é um pavor.	22: O trabalho, o tempo, a umidade, o frio até o próprio excesso de calor que a gente pega pode causar uma doença.
23: Se eu puder evitar tomar remédio comprado, eu evito.	24: Tu estando bem mentalmente e fisicamente dificilmente tu vai adoecer.
25: Saúde é a valorização do trabalho do agricultor.	26: Os grupos de saúde são muito bons para as orientações em saúde.

27: Doença é aquela que impossibilite de realizar as atividades diárias. Pois, quando tu fica doente é todo o corpo que adocece e não só uma parte.	28: O trabalho pesado na lavoura é uma falta de saúde e não uma doença
29: Comer uma alimentação sem veneno é cuidar da saúde.	30: O meu trabalho dificulta muitas vezes pra que eu melhore a minha saúde, porque naqueles horários que eu poderia caminhar eu estou trabalhando.
31: Tomo chá, chá é muito bom!	32: A saúde é fazer acompanhamento médico e exames.

Anexo D - Instrumento coleta de dados – questionário de caracterização sócio-econômica.

Representações Sociais do processo saúde-doença de trabalhadores rurais – via metodologia Q -, de Arroio do Só, Município de Santa Maria, RS.

- 1) Idade: _____ 2) Estado civil: _____ 3) Sexo: _____
- 4) Grau de escolaridade: _____ 5) Quanto tempo mora em Arroio
- 4) Principal atividade desenvolvida –
Entrevistado: _____

- Propriedade: _____

- 5) Outras atividades desenvolvidas:
Entrevistado: _____

- Propriedade: _____

- 6) Tamanho da propriedade, e forma de posse:

- 7) Quantas pessoas trabalham na propriedade:

- 8) Quantas pessoas moram na propriedade:

- 9) Os filhos pretendem dar continuidade às atividades desenvolvidas na propriedade:

- 10) Dos demais moradores que atividades desenvolvem:

- 11) Renda mensal: _____

12) Problema de saúde do entrevistado:

13) Problema de saúde de familiar e/ou morador da casa:

14) Se positivo 12 e 13 a que atribui as causas desses problemas:

15) Se há problemas como são cuidados:

16) No caso de dependência quem realiza e é responsável pelo cuidado das pessoas doentes:

Anexo E – Matriz Q

	Condições e hábitos de vida (a)	Processo de trabalho (b)	Práticas de cuidado (c)
<p>Saúde/doença</p> <p>Continuação relação a e b</p> 		O meu trabalho dificulta muitas vezes pra que eu melhore a minha saúde, porque naqueles horários que eu poderia caminhar eu to trabalhando.	Os grupos de saúde são muito bons para as orientações em saúde.
A saúde é fazer acompanhamento médico e exames.	Doença é a falta de um atendimento.	Saúde é ter melhores condições de trabalho.	Comer uma alimentação sem veneno é cuidar da saúde.
Toda pessoa chega uma certa época que adocece.	As pessoas ficam doentes muitas vezes por falta de cuidados.	Saúde é a valorização do trabalho do agricultor.	Se eu puder evitar tomar remédio comprado, eu evito.
A contaminação do solo, da água muitas vezes vem a nos causar a própria doença.	Saúde é ter uma higiene adequada.	O trabalho o tempo, a umidade, o frio até o próprio excesso de calor que a gente pega pode causar uma doença.	Tomo chá, chá é muito bom!
Saúde é poder se alimentar, se locomover, dirigir, andar.	Doença é aquela que impossibilite de realizar as atividades diárias. Pois, quando tu fica doente é todo o corpo e não só uma parte.	Saúde é poder trabalhar.	Benedura para quem tem fé é muito bom.
A doença é uma coisa normal na vida das pessoas.	Doença é algo terrível, é um pavor.	O grande agricultor adocece porque tem que adoecer, por cuidar demais, e o pequeno não, não têm cuidado.	Se o chá não fez efeito a gente tem que recorrer ao médico.

Saúde é ter um bom viver, por exemplo, o casal ter um bom relacionamento.	Tu adoeces num momento de desequilíbrio na vida.	O trabalho pesado na lavoura é uma falta de saúde e não uma doença	Quando sinto alguma dor vou correndo para o médico.
Saúde é ter uma boa alimentação, e evitar o álcool.	Tudo que é demais faz mal para a saúde.	O pequeno agricultor está condenado ao sol e a chuva e aí está sujeito a qualquer problema de pegar uma doença.	Prevenção é o principal.
Ter problemas financeiros implica na saúde.	Tu estando bem mentalmente e fisicamente dificilmente tu não vai adoecer.		

Anexo F - Termo de consentimento

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado (a) de forma clara das justificativas, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa: O processo saúde-doença na perspectiva de trabalhadores rurais de Arroio do Só.

Fui informada ainda

- Dos riscos e benefícios do presente estudo, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca da metodologia, riscos benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida;
- Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- Da segurança que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- Da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

A pesquisa observará também a sua adequação no que diz respeito aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, prevalecendo sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis.

Neste termo e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Esse trabalho é de responsabilidade de Carolina Codevila Tonini, mestranda em Extensão Rural – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob orientação do professor Dr. Pedro de Hegedüs, e coorientação do professor Dr. Hugo Vela.

Data: __/__/2005

Nome do participante:

Assinatura:_____.

Obs: O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra em poder da autora deste projeto.