



ACESSO ABERTO

Data de Recebimento:

11/01/2023

Data de Aceite:

08/04/2023

Data de Publicação:

27/04/2023

Revisor por:Higor Braga Cartaxo
Maria Aurea Soares de Oliveira***Autor correspondente:**Daniela de Araújo Viana Silveira,
daniela.silveira@univale.br**Citação:**SILVEIRA, D. A. V;
RODRIGUES, S. M;
VILARINO, M. T. B. Percepção
do processo saúde-doença
em trabalhadores rurais de
sexo masculino. **Revista
Multidisciplinar em Saúde**,
v. 4, n. 2, 2023. <https://doi.org/10.51161/integrar/rem/3697>**PERCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM TRABALHADORES RURAIS DE SEXO MASCULINO**Daniela de Araújo Viana Silveira¹, Suely Maria Rodrigues², Maria Terezinha Bretas Vilarino³.¹ Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Rua Israel Pinheiro, 2000, Campus Universitário, Governador Valadares/MG.² Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Rua Israel Pinheiro, 2000, Campus Universitário, Governador Valadares/MG.³ Núcleo Interdisciplinar de Educação Saúde e Direitos – NIESD, Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Rua Israel Pinheiro, 2000, Campus Universitário, Governador Valadares/MG.**RESUMO**

Introdução: Os trabalhadores rurais estão expostos há vários riscos provenientes de sua prática laboral. Dessa maneira, torna-se necessário abordar a subjetividade e a inter-relação saúde e doença dessa população. **Objetivo:** compreender o significado que trabalhadores rurais atribuem à saúde e à doença, considerando a realidade social do Município de Tarumirim/MG e as peculiaridades dos homens no cuidado com a saúde. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, baseado numa abordagem qualitativa. A amostra foi selecionada com base no método aleatório, constituída por dez indivíduos de 18 a 59 anos, de sexo masculino, filiados ao Sindicato de Trabalhadores Rurais de Tarumirim/MG há pelo menos seis meses. Para conhecer a percepção de “Saúde-doença” conduziu-se uma entrevista semiestruturada baseada em um roteiro. A apuração das entrevistas foi realizada segundo a técnica da “Análise de Conteúdo de Bardin”. **Resultados:** Foram pesquisadas duas temáticas e dessas emergiram categorias distintas. Na Temática 1 - Significado de Saúde, foram identificadas as categorias: Tudo, Bem-estar e Avaliação positiva da saúde. Da temática 2 - Entendimento de doença, observou-se as categorias: Entendimento da doença e seus processos e Comportamento diário. **Conclusão:** Pode-se concluir que na percepção dos entrevistados o trabalho rural oferece condições sanitárias propícias para promoção de saúde. A centralidade com que o trabalho emergiu nas análises revela que território vivenciado pelos trabalhadores rurais envolvidos na presente pesquisa se situa a partir do trabalho, como forma de dominação e apropriação.

Palavras-chave: Trabalhadores rurais; Saúde; Doença; Percepção.

ABSTRACT

Introduction: Several risks expose rural workers arising from their work practice. Thus, it is necessary to address the subjectivity and interrelationship between health and disease in this population. **Objective:** to understand the meaning that rural workers attribute to health and illness, considering the social reality of the Municipality of Tarumirim/MG and the peculiarities of men in health care. **Material and Methods:** This is an observational, descriptive, cross-sectional study based on a qualitative approach. The sample was selected based on the random method, consisting of ten individuals aged 18 to 59 years, male, affiliated with the Union of Rural Workers of Tarumirim/MG for at least six months. In order to know the perception of “Health-disease” a semi-structured interview was conducted based on a script. The verification of the interviews was carried out according to the technique of “Bardin’s Content Analysis”. **Results:** Two themes were researched and different categories emerged from these. In theme 1 - Meaning of Health, the categories were identified: Everything, Well-being and Positive evaluation of health. From theme 2 - Understanding the disease, the following categories were observed: Understanding the disease and its processes and Daily behavior. **Conclusion:** It can be concluded that in the perception of the interviewees, rural work offers favorable sanitary conditions for health promotion. The centrality with which work emerged from the analyzes reveals that the territory experienced by the rural workers involved in this research is based on work, as a form of domination and appropriation.

Keywords: Rural workers. Health. Illness. Perception.

1 INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador apresenta-se como campo interdisciplinar, composto pelo tripé epidemiologia, administração/planejamento em saúde e ciências sociais. Envolve e se apoia em diversas disciplinas complementares, incluindo economia, geografia, sociologia, antropologia e outras. Enquanto campo do conhecimento, sua pedra angular é a compreensão dos níveis de complexidade da relação entre o trabalho e a saúde (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011). Se constitui a partir de um cenário presente nas questões sociais, econômicas e culturais. Abrange os cuidados com a saúde, além do próprio processo de trabalho. Nessa perspectiva, significa a superação da saúde ocupacional por meio de ações de assistência, proteção e promoção da saúde do trabalhador (SILVEIRA, 2009).

A política de saúde brasileira tem como matriz fundante a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja porta de entrada é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), local privilegiado para desenvolver o cuidado integral à saúde (SOARES et al., 2020). A atenção à saúde do trabalhador rural não chegou a se constituir enquanto uma política pública específica, encontrando apoio em políticas públicas de corte transversal.

Com relação ao processo saúde-doença, a Lei 8080/90 define os determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990). Assim, a mensuração das doenças que acometem o trabalhador rural pode revelar os condicionantes e determinantes da saúde de modo a subsidiar políticas públicas que atendam essa população de uma forma mais efetiva (MOREIRA et al., 2015). A implementação da Política Nacional de Saúde às Populações do Campo e da Floresta - PNCIPCF, representa uma ação concreta para garantir às populações rurais o acesso equânime aos serviços de saúde, com objetivo de buscar soluções para os problemas relacionados à vida e trabalho dessas populações (BRASIL, 2013).

A realidade vivenciada e a importância do trabalho rural para o Município de Tarumirim/MG levou ao entendimento de que estudar a saúde do trabalhador rural implica conhecer suas atitudes em

relação a natureza, as implicações desta relação, a forma como percebem e vivenciam o processo saúde-doença. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo compreender o significado que trabalhadores rurais atribuem à saúde e à doença, considerando a realidade social do Município de Tarumirim/MG e as peculiaridades dos homens no cuidado com a saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização desta pesquisa, foram respeitadas as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), bem como pela Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde – Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016). Este projeto foi submetido à Plataforma Brasil, posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado pelo Parecer Consubstanciado nº 5.459.813.

Este estudo foi realizado baseado na abordagem qualitativa. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação em um determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Para estudo da percepção de “Saúde” e “Doença”, foi adotada a entrevista semiestruturada como recurso metodológico. Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para que todos os participantes tivessem as informações necessárias em relação à pesquisa e proteção dos direitos individuais e coletivos. Todos os participantes, no momento da coleta de informações, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O presente estudo foi realizado em parceria com o Sindicato de Trabalhadores Rurais de Tarumirim/MG. A amostra foi constituída por indivíduos de 18 a 59 anos, de sexo masculino, filiados ao Sindicato de Trabalhadores Rurais de Tarumirim/MG há pelo menos seis meses, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. A seleção da amostra foi realizada com base no método aleatório, conforme a recomendação de Creswell (2014), para que cada pessoa do universo de estudo tivesse chances iguais de ser selecionada para a pesquisa, desde que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. O número estabelecido de dez indivíduos foi considerado ideal, pois de acordo com Santos (1999), o tamanho da amostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas.

A apuração dos dados foi realizada segundo a técnica da “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2011), em que se busca a essência das similaridades de frases escritas ou faladas pelos participantes. A análise de conteúdo é um método que busca compreender a realidade por meio de palavras-chaves extraídas da interpretação de textos ou discursos vinculados com o posicionamento dos sujeitos.

A fim de não revelar a identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, utilizaremos nomes de plantas para distingui-los. Para tanto, pedimos aos participantes que escolhessem os nomes das plantas com que gostariam de aparecer no texto dos resultados e discussão. A possibilidade de o participante escolher o nome da planta com o qual aparecerá no texto objetiva oferecer maior protagonismo possível dentro do estudo pretendido. Foram omitidos os trechos das entrevistas com falas muito particulares que permitissem a identificação do sujeito.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados qualitativos deste estudo surgiram das percepções dos trabalhadores rurais de sexo masculino sobre sua saúde e o processo de trabalho rural. A análise dos dados e discussão dos resultados traz a perspectiva de subjetividade, pois de acordo com Tuan (1980), dados subjetivos aliam sensação, percepção, concepção, emoção e pensamento à experiência humana, algo que implica na capacidade de aprender a partir da própria vivência.

Em todas as fases da pesquisa, buscou-se valorizar as subjetividades dos participantes, assim como todas as informações coletadas. A transcrição das respostas respeitou a exata expressão dos entrevistados, sem alterações linguísticas ou gramaticais. Da análise dos dados emergiram categorias distintas para cada temática, conforme a Tabela 1, que será discutida a seguir.

Tabela 1 – Descrição das Temáticas e Categorias resultantes da Análise de Conteúdo

Temática	Categoria
Significado de Saúde	Tudo Bem-estar Autoavaliação da saúde
Não entendimento de doença	Entendimento da doença e seus processos Ações e atos: o comportamento diário

Fonte: Pesquisa de Campo, 2022.

TEMÁTICA 1: SIGNIFICADO DE SAÚDE

Essa temática apresenta os significados e sentidos atribuídos à saúde. Ou seja, aborda o entendimento dos trabalhadores rurais sobre o conceito de saúde e a sua condição de saúde. A construção de sentidos e significados, conforme Carvalho, Luz e Prado (2011) são componentes intrínsecos às práticas de saúde. Os significados expressos em ações são construídos a partir dos sentidos atribuídos pelos sujeitos praticantes, que, por sua vez, são resultados de construções sociais. Portanto, saúde é um conceito vital, sujeito a constantes transformações.

Categoria 1: Tudo

Para compreender essa temática, faz-se necessário recorrer ao Dicionário Online de Português para entender o significado da palavra “tudo” como aquilo que realmente é importante, essencial, o que de fato conta. Essa definição está diretamente relacionada ao significado simbólico da saúde que emergiu da Análise de Conteúdo, como requisito primordial da vida cotidiana.

O conceito de “tudo” remete à dimensão subjetiva e plural da saúde. Subjetiva porque depende do olhar do indivíduo, dos seus valores e da visão de mundo. Plural porque também se refere à relação com o mundo e com os outros, relacionada aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nessa categoria fica evidente que a saúde é a condição essencial para estar vivo, ou seja, é considerada tudo para sobreviver e, sem ela, nada seria possível.

“Saúde vem em primeiro lugar. É essencial da gente, da pessoa. Se cê tem saúde, tem uma vida boa.” (FEIJÃO)

“Saúde é tudo! Homem sem saúde, ele não é nada. Mulher sem saúde não é nada.” (GOIABA)

Observou-se nessas falas que a saúde é reconhecida formalmente como preservação da vida e dignidade humana. Possivelmente, trata-se de uma concepção dinâmica da saúde, entendida como algo que as pessoas constroem ao longo de suas vidas, em suas relações sociais e culturais.

De acordo com Albuquerque e Silva (2014) a palavra saúde, de origem latina salute — salvação, conservação da vida — possui significados diversos. Isso é decorrente da concepção de saúde que permeia as relações humanas e não pode ser compreendida de forma abstrata ou isolada. Os valores, recursos e estilos de vida que contextualizam e compõem a situação de saúde de pessoas e grupos em diferentes épocas e formações sociais se expressam por meio de seus recursos para a valorização da vida, de seus sistemas de cura, assim como das políticas públicas que revelam as prioridades estabelecidas.

Percebeu-se uma intensa relação entre a saúde e o trabalho, demonstrando o valor do trabalho como fonte de saúde exercendo ação na subjetividade e na identidade dos trabalhadores rurais entrevistados:

“Agora a saúde ocê tem que ter a saúde, porque se não tiver a saúde, cê não tem como trabalhar, entendeu? Não tem como trabalhar, cê não tem... cê não tem... como se diz... cê não tem ânimo pra fazer as coisas.” (FEIJÃO)

“(...) porque se não tiver saúde, como cê vai fazer pra trabalhar?” (ABACATE)

“(...) porque sem saúde a gente não trabalha!” (LARANJA)

Para os trabalhadores rurais, saúde proporciona condições para o trabalho. Portanto, não ter saúde significa não poder trabalhar. O trabalho possui centralidade na vida social desses homens. Essa visão possivelmente está relacionada à importância do trabalho e da renda, uma vez que garantem seu sustento e possibilitam que tenham mais qualidade de vida.

A saúde é entendida como uma capacidade para a vida e para o trabalho, é considerada determinante de todos os processos da vida cotidiana dos entrevistados. A doença impossibilita o fazer, que no caso dos entrevistados, é o trabalho rural. E para além disso, não poder trabalhar afeta diretamente a subsistência e reprodução social dessa população, emergindo daí uma série de dificuldades (RIQUINHO; GERHARDT, 2010).

Algumas falas demonstraram que a ausência da saúde implica na perda de autonomia:

“Já pensou se eu cair em cima numa cama, leva pra lá, leva pra cá? É melhor morrer!” (GOIABA)

“Tem que ter saúde pra gente alimentar, pra gente trabalhar, movimentar, caminhar, andar... Pra tudo a gente tem que ter saúde. Se não tiver... Fica difícil!” (MANGA)

O entendimento de saúde assinala a possibilidade de tomar as próprias decisões, realizar as próprias vontades. Para os entrevistados, ficar doente e depender dos cuidados de terceiros é algo pior do que a morte. O sentido simbólico do movimentar, andar, caminhar, refere-se ao processo de escolher os próprios caminhos. Segundo Riquinho e Gerhardt (2010), mesmo que os trabalhadores rurais dependam do uso de medicamento para o controle das comorbidades, ele é encarado, num sentido metafórico, como uma muleta, como um instrumento que ampara a caminhada.

Desta forma, pode-se inferir que trabalho é algo que impacta na saúde mental dos homens, já que, dada a formação cultural, o espaço público do homem é delimitado pelo trabalho, pois é a partir dele que o homem estabelece suas relações sociais. Neste contexto, a falta de saúde representa a ruptura com a figura masculina do trabalhador e provedor (MIRANDA; DURAES; VASCONCELLOS, 2020).

Apesar dos achados dessa pesquisa indicarem a valorização, o reconhecimento e importância do “estar bem de saúde”, as reflexões suscitadas corroboram os estudos de Miranda, Duraes e Vasconcellos (2020) e Arruda, Maia e Alves (2018) sobre uma certa negligência dos homens com relação ao cuidado com a saúde:

“E a saúde, muitas vezes a gente como homem, é... num preocupa muito com a saúde.” (ORQUÍDEA)

Tendo em vista o significado atribuído à saúde pelos entrevistados, o reconhecimento de uma certa negligência com os cuidados de saúde chega a ser contraditório. Os trechos das entrevistas apresentados e discutidos remetem ao entendimento de que a saúde cumpre importante papel social na vida dos entrevistados, vista como algo essencial e, portanto, deveria ser cuidada e monitorada constantemente. A falta da saúde leva a uma perda do significado e da identidade da pessoa, uma vez que é a saúde que capacita para a vida e para o trabalho, e o cumprimento do papel social atribuído aos homens provém justamente dessa capacidade.

Categoria 2: Bem-estar

Nesta categoria, o significado atribuído à saúde está relacionado a bem-estar e felicidade:

“Saúde é muita coisa! Saúde é bem-estar, família, bem-estar ambiental também... e físico também.” (CANA)

“Saúde pra mim é estar bem, com potência pra trabalhar, ajudando os outros, pra ser feliz né!? Porque saúde é felicidade!” (ARROZ)

Esses relatos provavelmente indicam uma satisfação com a condição de saúde e se relaciona com a vivência diária positiva. A saúde é entendida como um sentimento de prazer ou gratificação em relação aos objetos naturais e sociais e às possíveis escolhas individuais. Apontam a importância do equilíbrio físico e ambiental para um viver saudável, ou seja, indicam que a saúde depende da forma que se constrói o viver.

Segundo Diener, Scollon e Lucas (2003), bem-estar é um conceito que requer autoavaliação, ou seja, só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo. Essas concepções subjetivas consideram como cada pessoa avalia sua própria vida, apoia-se em suas próprias expectativas, valores, emoções e

experiências prévias. Estão organizadas em pensamentos e sentimentos sobre a existência individual.

Em relação à saúde, o vocábulo bem-estar está relacionado à qualidade de vida, pois ambos contemplam a satisfação de necessidades físicas, psicológicas e sociais (CÂMARA; STRELHOW, 2018). Isso implica na consideração de aspectos como estabilidade, felicidade e todos os outros necessários à satisfação com a vida (BAKAR, 2012).

O sentimento de que saúde é felicidade pode estar relacionado ao fato de estar vivo e com saúde. Demonstra a valorização e importância que esses trabalhadores imputam às ocorrências do cotidiano. De acordo com Pais-Ribeiro (2012), existe grande subjetividade no conceito de felicidade, pois é percebida por cada sujeito de forma diferente e particular. Refere-se às experiências subjetivas dos sujeitos e a como ele reage frente às circunstâncias de vida.

Quanto à felicidade, está se relaciona a um crescimento da consciência, ou seja, quanto mais a pessoa estiver atenta ao seu viver, mais consciência dele terá e melhor poderá escolher o que é bom para si. Isso colabora na elaboração de um sentimento positivo em relação à vida. É um estado emocional positivo, que traz sensação de bem-estar e equilíbrio emocional (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Categoria 3: Autoavaliação da saúde

A autoavaliação da condição de saúde é um relevante indicador do constructo multidimensional da saúde. Significa a percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde. É, portanto, um indicador subjetivo, envolve componentes físicos, emocionais, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida. A percepção de se sentir doente não ocorre apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença do agravo (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Alguns participantes consideraram ter uma “boa saúde” mesmo quando existe a presença de comorbidades e a necessidade do uso diário de medicamentos:

“Ah, mais ou menos! Tá boa não! Eu trabalho normal. Trabalhando, mas desde que tomou remédio cê não é a mesma pessoa, entendeu? Então, vai levando a vida. Que a gente nem são nunca é cem por cento. Mas eu não tenho muito comigo não. Graças a Deus, assim, reavaliando, tá até bão. Trabalho normal, não sinto nada. Só tomo uns remedinho aí. Tem que tomar mesmo, não tem jeito.” (GOIABA)

“No momento eu creio que minha saúde tá bem. Tô cuidando já da pressão alta, uso o medicamento e tá bem. No momento me sinto bem.” (ORQUÍDEA)

“No mais é só essa pressão alta, quando vem ela. Aí eu tomo uns comprimidinho e rapidamente, graças a Deus, ela vai embora.” (LARANJA)

Esses depoimentos indicam um discurso biologicista. Provavelmente, a situação de saúde está relacionada ao entendimento implícito da capacidade de realizar o trabalho diário e deriva da percepção subjetiva da não gravidade percebida da doença. Indivíduos acometidos por doenças crônicas necessitam utilizar rotineiramente medicamentos visando controle dos sintomas ocasionados por estas. Há necessidade de aprendizado em relação as várias limitações em seu cotidiano, uma vez que a doença exige adaptação

do paciente e dos familiares.

A visão positiva alcançada com a autoavaliação da saúde na perspectiva de Coelho, Giacomini e Firmo (2016) pode ser explicada pela comparação com a situação de outras pessoas considerada pior ou mesmo pela falta de sintomas, dado o controle medicamentoso. Segundo Riquinho e Gerhardt (2010) o controle pelo uso de medicamentos remete ao modelo de saúde biomédico, cujo foco são as doenças.

Pode-se, ainda, identificar resistência em reconhecer a necessidade de cuidado formal em saúde. A resistência na busca por serviços de saúde no entendimento de Coelho, Giacomini e Firmo (2016) pode ser confirmada por um comportamento masculino e pela associação entre cuidado formal e falta de saúde. Este fato decorre da visão dos homens de que o cuidado em saúde é pertinente ao âmbito informal, das redes e contatos, enquanto os profissionais de saúde são responsáveis pelo cuidado da doença. O cuidado formal é associado à doença e não a promoção e prevenção da saúde, possivelmente a razão pela qual os homens relutam em buscar atendimento:

“Tomo remédio por conta própria. (...) Quando eu vejo que tá normal eu paro de tomar. Ai quando desregula eu começo tomar de novo até regular (...) eu mesmo já aprendi a resolver, ai não precisa de médico.” (LARANJA)

O depoimento acima se caracteriza como uma particularidade quanto ao uso de medicamento e o cuidado formal em saúde. O uso de medicamento por conta própria, sem acompanhamento e prescrição médica possivelmente resulta da falta de exigência quanto à prescrição medicamentosa. A automedicação, sem orientação médica é uma forma expressa da recusa em reconhecer a necessidade de cuidados com a saúde.

Segundo Coelho, Giacomini e Firmo (2016), a resistência na busca por serviços de saúde é ratificada por um comportamento masculino e pela associação entre cuidado formal e falta de saúde. Essa ratificação também decorre da visão dos homens de que o cuidado em saúde é pertinente ao âmbito informal, das redes e contatos, enquanto os profissionais de saúde são responsáveis pelo cuidado da doença. De acordo com Riquinho e Gerhardt (2010) o cuidado formal é associado à doença e não à promoção da saúde, possivelmente a razão pela qual os homens relutam em buscar atendimento, já que, no entendimento popular, a necessidade dos cuidados com a saúde concebida à esfera privada, é papel das famílias.

Assim como as questões culturais, as desigualdades sociais que marcam a vida rural influenciam o processo saúde-doença. O próprio processo de saúde-doença é vivenciado de forma diferente entre homens e mulheres, inclusive quanto ao acesso aos serviços de saúde em regiões rurais (MIRANDA, DURAES e VASCONCELLOS, 2020). Condições socioeconômicas podem influenciar populações residentes tanto em áreas rurais como urbanas, a diferentes condições de acesso a diferentes políticas públicas, como, por exemplo, o acesso ao serviço de saúde:

“Ultimamente agora, sem agente de saúde, tá um pouco precário pra mim, porque marcar consulta tem que ir até lá. Deslocar até lá.” (LIMÃO)

A ausência de visitas do agente comunitário de saúde (ACS) entre os trabalhadores rurais é um fato preocupante, pois pode acarretar o aumento do risco de doenças infecto parasitárias (diarreia, cólera, leptospirose, leishmaniose, esquistossomose) e doenças reemergentes, como a dengue. Segundo Travassos

e Viacava (2007) a extensão do território rural, em que a cobertura dos serviços de saúde apresenta baixa disponibilidade, o acesso aos serviços (ou a falta dele) é determinante para o cuidado em saúde da população.

O ACS é considerado um ator que aproxima a população e os serviços de saúde. Facilita o acesso aos serviços sendo, portanto, a porta de entrada da atenção primária à saúde (SOARES *et al.*, 2020). O trabalho do ACS apresenta relevância, não apenas no âmbito individual, mas também coletivo, pois tem caráter educativo. As possibilidades de intervenção são diversas, seja durante as visitas domiciliares, seja nas reuniões coletivas da comunidade. Por meio de sua prática, este agente pode influenciar a percepção de saúde das pessoas, como também contribuir para a prevenção de doenças.

“Hoje tô bem de saúde, tratamento nenhum, acompanhamento de vez em quando né!?” (ARROZ)

A vivência relatada pelos entrevistados no contexto da autoavaliação da saúde revela uma dimensão atribuída ao cuidado que valoriza a prevenção. Apesar de relatarem não realizar tratamento de saúde, as falas apontam uma preocupação em acompanhar a condição de saúde, saber se está tudo bem e aferir potenciais riscos como forma de se antecipar ao adoecimento.

TEMÁTICA 2: NÃO ENTENDIMENTO DE DOENÇA

Nessa temática buscou-se analisar a compreensão da percepção de doença dos trabalhadores rurais a partir de seus conhecimentos e experiências prévias. O estudo da percepção do processo saúde-doença é importante pois se fundamenta nas práticas e atitudes dos indivíduos, assim como as relações que se estabelecem com o seu contexto social e com aquilo que lhes acontece.

Os conceitos de saúde e doença mudam ao longo do tempo e dependem do enfoque e paradigmas utilizados, das formas de organização sociais, da relação do indivíduo com seu meio, a cultura e o momento histórico/político. O entendimento de saúde e doença no transcorrer dos anos transitou do sobrenatural ao natural, do religioso ao científico – compreendido como o resultado de consequências externas, contra as quais o ser humano não tem controle. Emerge como resultado de algo que o próprio doente tivesse provocado, considerando as doenças como punições. Com avanço da ciência, admitiu-se a influência de fatores sociais e ambientais (LERMAN; FIORE; BLAY, 2016).

Categoria 1: Entendimento da doença e seus processos

Esta categoria aborda o entendimento da doença e seus processos. As experiências e as características pessoais de cada participante influenciam a visão que possuem de doença. Demonstram necessidade de se proteger dos sentimentos despertados nas experiências relacionadas à doença, morte, dor e sofrimento.

Observou-se entre os participantes dificuldade em responder sobre o significado/entendimento de doença. As respostas sinalizaram a doença como algo ruim, mas a não-definição de doença emerge mais pelas consequências do que pelo sentido em si mesmo:

“Doença, eu vou te falar... Com o perdão da palavra, mas é uma tentação! Acaba com a saúde! Uma coisa que acaba com a vida, com a saúde... é coisa do mal!” (MANGA)

Essa dificuldade possivelmente se relaciona às questões culturais e o lugar tradicionalmente atribuído aos doentes, relacionado à fragilidade e incapacidade. Os participantes não conseguiram formular os conceitos de doença e relacioná-los aos aspectos sociais, econômicos, culturais, psicológicos e biológicos do processo do adoecer. No entanto, conseguiram explicar a doença como algo do mal, ou, talvez, uma punição baseada em concepções populares e a sua própria inserção no mundo material, histórico, vivo e repleto de contradições.

No entendimento de doença emerge uma visão religiosa. A doença como algo ruim seria então fruto do mal, o profano, enquanto a saúde é vista como bênção. Ao se referir à saúde e a doença, a menção de Deus assinala uma espécie de salvação da doença pela fé. Ainda que os depoimentos revelem um não-entendimento de doença, Deus é quem pode salvar da doença e abençoar com a saúde.

“Eu não penso em doença! Passa nada de doença na minha cabeça. Nessa parte aí eu sô bão. Peço a Deus todo dia que vou deitar e vou dormir e não penso em doença nenhuma.” (GOIABA)

Percebeu-se por esse grupo que Deus é considerado quem dirige a vida e é nele que encontram a fonte da harmonia, a existência terrena. A visão mística da doença representa a manifestação de um constructo histórico que vem desde os tempos remotos e provém de processos histórico-culturais decorrentes da mitologia grega, das crenças indígenas e das escritas bíblicas.

Na perspectiva de Rocha e Fleck (2011) diversos fatores influenciam a percepção do ser humano sobre sua saúde, dentre eles a religião, crenças, valores, imagens, imaginários e símbolos nos quais se insere o ser humano diariamente e que acabam por interferir na compreensão do seu viver. Várias pessoas relacionam sua melhora na saúde mais às forças espirituais e divinas do que ao próprio tratamento recebido. A percepção sobre a doença também parece estar relacionada à sintomatologia.

Observou-se que a hipertensão arterial relatada pelos participantes não é entendida como doença, possivelmente por não apresentar sintomas, ser capaz de ser controlada por meio medicamentoso e cuidados adequados. A subjetividade do processo e da vivência como hipertenso faz com que se entenda que, com os cuidados adequados, a pressão arterial fica sob controle e não interfere na sua vida cotidiana, porque não possui um caráter limitante.

“Pressão alta, isso pra mim não é doença. Se tiver cuidado a gente vai superando no dia-a-dia. Esse é meu modo de pensar.” (ORQUÍDEA)

Essa fala revela não considerar a hipertensão como uma doença, possivelmente, se relaciona ao fato desse agravo estar associado ao ciclo da vida. No entanto, a hipertensão arterial pode acarretar riscos a órgãos como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. É reconhecida como um grave problema de saúde pública, por ser doença crônica, que gera altos custos com internação, por ser causa de invalidez e aposentadoria precoce. Como é uma doença silenciosa e de evolução lenta, muitas vezes é diagnosticada de forma tardia. O risco de desenvolver a hipertensão é aumentado pelo processo de envelhecimento e impacta a qualidade de vida (CARVALHO et al., 2013).

Contudo, as possíveis limitações decorrentes de agravos, na visão de Ferraz et al. (2013), são o principal motivo que induz os trabalhadores rurais a acessar serviços de saúde. No geral, a queixa é não

conseguir trabalhar devido a dor e o pedido é quase sempre o mesmo: uma injeção para acabar com a dor e retornar ao trabalho. Diante da força da cultura para influenciar vários aspectos da vida cotidiana, a crença de que o homem é desprovido da dor e da fragilidade incide fortemente na qualidade de vida individual e coletiva.

Como manifestação cultural, o estereótipo do homem forte, másculo e viril, pode ter relação direta com o desconhecimento do entendimento de doença pelos homens trabalhadores rurais. O (re)conhecimento da doença implica um aprendizado ou experiência anterior da doença, como perda da autonomia e da capacidade para a vida e para o trabalho. O não entendimento da doença reforça vieses culturais de que doença é manifestação da fragilidade, por isso é pouco aceito culturalmente.

Categoria 2: Ações e atos - comportamento diário

Nessa categoria será descrito o entendimento da doença como resultado do comportamento diário. Os comportamentos de saúde de uma população são construídos a partir da percepção de saúde e de seu contexto sociocultural. O conhecimento da percepção de saúde determina o pensar e o agir da população perante o processo saúde-doença. É fundamental para a eficiência das ações de assistência e educação em saúde.

A visão que relaciona a doença com o comportamento diário é resultante de um discurso biomédico presente nos serviços de saúde e canais de informação. Esse discurso é reproduzido, sobretudo quando se trata de identificar as causas dos problemas de saúde (COELHO et al., 2016). No entanto, de acordo com o estudo de Riquinho e Gerhardt (2010) as concepções, causas e consequências de ficar doente são o somatório do contexto de vida e das experiências adquiridas. A concepção de doença como decorrente das ações e atos do indivíduo é uma perspectiva que desvia o olhar e o debate dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Observou-se nesta fala que doença se relaciona, principalmente, com hábitos alimentares:

“Doença é tipo assim... é no dia-a-dia, o que você faz, o que você alimenta. Principalmente alimentação. Se cê tem uma alimentação boa, a tendência é ter uma vida boa, uma saúde, sem estresse, sem correria na vida.” (FEIJÃO)

Esse entendimento pode significar que ter alimentação é imprescindível para a saúde, ou seja, uma preocupação com a doença, indicando que alimentação tem a função de evitá-la. Significa que ter acesso à alimentação é fundamental para se garantir o próprio direito à saúde, e consequentemente à vida. Assim, a alimentação pode ser entendida como direito social inalienável do ser humano.

Segundo Carvalho, Luz e Prado (2011) a biomedicina, em suas pesquisas, se apropria do alimento, compreendendo-o como elemento da ordem da natureza associado a uma concepção de corpo orgânico funcional e objeto de modificações nesse corpo. Assim, a alimentação como fonte de segurança nutricional adquire fundamental importância para o bom funcionamento do organismo e para a promoção da saúde. A percepção está condicionada ao processo de interação dos trabalhadores rurais com seu meio e pode revelar características específicas de como vêm construindo suas histórias e suas vivências em relação a doença:

“Doença pode ser da parte física as enfermidades, que cada dia tá aparecendo mais, e doença psicológica eu acho que tá atingindo muito né!? Muita gente tendo problema psicológico, bota aquilo na cabeça aí sofre muito com a parte psiquiátrica né!? Depressão, muita gente tendo depressão. (...) Essa questão psicológica, tem muita gente que deixa se levar um pouco. O psicológico muito fraco, acaba ficando doente de verdade com outras doenças físicas.” (CANA)

“Eu sou assim: por exemplo, depressão, essas coisas que vem surgindo, essas coisas eu acho que é muita falta de atividade, é falta de reação, a pessoa ficar muito parada, ele fica doente. Eu acho que a pessoa tem que levantar, trabalhar, exercitar, resolver o que tem que ser resolvido no dia. Hoje em dia, a pessoa parece que já nasce doente.” (ORA-PRO-NOBIS).

Esses relatos indicam um entendimento de doença para além do aspecto físico e inclui o mental, provavelmente, demonstrando uma visão ampliada desses trabalhadores rurais. Considerar o entendimento e cuidado em uma perspectiva psicossocial implica no alargamento do conceito de saúde, contemplando a variedade de determinações que produzem os processos de saúde-doença.

Para Costa Neto (2017) refletir sobre o cuidado em saúde mental a partir das condições de vida das populações rurais, bem como dos modos de sociabilidade e convivência que marcam as relações cotidianas nesses cenários, levanta uma série de desafios teórico-metodológicos para a atenção e gestão em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação à saúde mental, segundo Ferraz et al. (2013) há um crescente aumento de trabalhadores rurais acometidos pela depressão. Atinge predominantemente homens casados, de 25 a 55 anos, apontam um aumento do número de suicídios entre a população rural e da incidência de transtornos mentais. A saúde mental dos homens trabalhadores rurais pode se constituir como uma especificidade complexa, pois é duplamente atravessada pelo estereótipo masculino de força e pelo estigma que envolve transtornos mentais.

Ressalta-se que a visão de saúde e doença é resultado de processos subjetivos e das experiências de vida, logo, a percepção da doença como decorrente de ações e atos da pessoa pode indicar a necessidade de ações educativas capazes de influenciar os processos subjetivos dos trabalhadores rurais. Isso porque os processos saúde-doença não são concebidos de forma isolada, mas na interação socioeconômica, histórica e cultural, conforme a visão ampliada dos determinantes sociais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o significado que trabalhadores rurais atribuem à saúde e à doença pode impactar as formas de atenção e organização dos serviços de saúde referenciados nas áreas rurais. Por não ter uma política própria de atenção à saúde do trabalhador rural (especialmente de sexo masculino), o Brasil precisa concentrar esforços na combinação transversal das políticas públicas de saúde já existentes, a exemplo da PNCIPCF e Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Apesar da existência dessas políticas públicas, a principal matriz de atenção à saúde dos trabalhadores rurais ainda é a PNAB.

O trabalho aparece com centralidade na percepção de saúde e doença dos trabalhadores rurais, pois é a partir dele que se dá a sobrevivência e reprodução social dessa população. Daí decorre a percepção apreendida de que a saúde é indispensável para os entrevistados, por permitir a realização da vida cotidiana. Sem a capacidade para o trabalho conferida pela saúde, os trabalhadores rurais têm sua subsistência

ameaçada, afetando diretamente a sua reprodução social. Como resultado dos processos, interações e relações sociais, a identidade dos trabalhadores rurais é significativamente impactada.

Há de se destacar que os homens ocupam um lugar de provedor na sociedade, condicionados por uma visão cultural, que publicamente relaciona o homem à força e trabalho. Deste modo, a saúde é determinante para o exercício do seu papel de trabalhador/provedor, em que a doença é inconcebível. Se a saúde aparece numa visão ampliada, que é essencial e está relacionada ao bem-estar, a doença é entendida como resultado do comportamento diário, embora não seja definida, mas possui uma significação: impedimento para o trabalho. Neste sentido, as comorbidades não são percebidas como doenças, pois podem ser controladas e não limitam o fazer.

Do estudo ora apresentado, emerge uma visão de saúde dos homens trabalhadores rurais extremamente ligada à autonomia, em que a doença não é definida, mas sua consequência – a falta de saúde – é uma constante, pois impede o cumprimento de seu papel na sociedade – o de prover.

As percepções de saúde e doença dos homens trabalhadores rurais que surgem do presente estudo indicam uma complexidade da vida rural, expressa por meio das subjetividades. Essa complexidade precisa ser levada em consideração no planejamento e execução de políticas públicas, sobretudo, políticas de saúde. O conceito ampliado de saúde traz a importância das ações de prevenção e de promoção da saúde e precisam ser efetivadas para superar a visão de que o cuidado formal em saúde não decorre da doença, mas da consolidação da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, v. 38, N. 103, p. 953-965, 2014.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G., ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad Saúde Pública**, 2018; 34:e00213816. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n6/e00213816/>. Acesso em: 08 abr. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: MS; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

CÂMARA, S. G.; STRELHOW, M. R. W. (2018). Self-perceived health among school-aged adolescents: a school-based study in Southern Brazil. **Applied Research Quality Life**, 14(3), 603-615.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T.; PRADO, S. D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, p. 155-163, 2011.

CARVALHO, M.V. *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, p. 164-174, 2013.

COELHO, J.S; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J.O.A. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 2, p. 408-421, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00408.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.

COSTA NETO, M. C.; DIMENSTEIN, M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1653-1664, 2017.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Tradução: Rosa, S.M. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341 p.

DIENER, E., SCOLLON, C. N.; LUCAS, R. E. The involving concept of subjective well being: The multifaceted nature of happiness. **Advances in Cell Aging and Gerontology**, 15, 187-219, 2003.

FERRAZ, R. B., TAVARES, H.; ZILBERMAN, M. L. Felicidade: uma revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 35(5), 2007.

LERMAN, T. G.; FIORE, M. L. M.; BLAY, S. L. O Significado de Saúde e Doença para o Aluno de Medicina ao longo da Graduação: Estudo Exploratório entre Alunos da Unifesp-EPM. Pesquisa. **Rev. bras. educ. med.** 40 (4), 2016.

MINAYO-GOMEZ, C. MACHADO, J. M. H.; PENA, G. L. (Orgs.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MIRANDA, S. V. C.; DURAES, P. S.; VASCONCELLOS, L. C. F. A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020, v. 25, n. 4, pp. 1519-1528. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21602018>. Acesso em: 11 abr. 2021.

MOREIRA, J. P. L.; OLIVEIRA, B. L. C. A.; MUZI, C. D.; CUNHA C. L. F.; BRITO, A. S.; LUIZ, R. R. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1698-1708, ago. 2015.