

## A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde

The vision of the rural male worker from north Minas Gerais on health care in the context of primary health care

Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda (<https://orcid.org/0000-0002-8482-7560>)<sup>1</sup>

Pamela Scarlatt Duraes (<https://orcid.org/0000-0001-6084-5011>)<sup>2</sup>

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (<https://orcid.org/0000-0002-7679-9870>)<sup>3</sup>

**Abstract** *This paper aimed to understand the perceptions of rural male workers, residents in a northern territory of Minas Gerais, Brazil, regarding care practices developed during their production process. This is a qualitative research, with the application of the field observation technique, with records on a diary and accomplishment of individual interviews. Data analysis used the hermeneutic-dialectic method, allowing for the construction of three thematic categories. The men surveyed have a vision based on curative care model and on great dependence on the physician. Some related healthcare practices with habits and healthy life style, such as nutrition; hydration and non-consumption of alcohol and/or tobacco. It is important to highlight that most of the men considered the job as a tool for health care, having a direct relationship with the prevention of occupational risks. In this context, the primary healthcare professionals should encourage the distancing from the biomedical, prescriptive and non-preventive model that still predominates in the vision of the Brazilian population and mainly in the male culture and in rural areas, seeking an integral look for health promotion and maintenance.*

**Key word** *Rural workers, Man's health, Health care, Healthcare models*

**Resumo** *Este artigo objetivou compreender as percepções de homens trabalhadores rurais, residentes em um território do norte de Minas Gerais, Brasil, frente às práticas de cuidado desenvolvidas durante o seu processo produtivo. Trata-se de pesquisa qualitativa, com aplicação da técnica de observação de campo, registros em um diário e realização de entrevistas individuais. Para a análise dos dados foi utilizado o método da hermenêutica-dialética, possibilitando a construção de três categorias temáticas. Os homens pesquisados possuem uma visão baseada no modelo assistencial curativo e na grande dependência pelo médico. Alguns relacionaram práticas de cuidado em saúde com hábitos e estilo de vida saudável, como a alimentação; hidratação e não consumir álcool e/ou tabaco. Importante destacar que a maioria dos homens considerou o trabalho como uma ferramenta para cuidar da saúde, tendo relação direta com a prevenção dos riscos ocupacionais. Nessa conjuntura, os profissionais da atenção primária à saúde devem incentivar o distanciamento desse modelo dito biomédico, prescritivo e não preventivo que ainda predomina na visão da população brasileira e principalmente na cultura masculina e nos territórios rurais, buscando um olhar integral para a promoção e manutenção da saúde.*

**Palavras-chave** *Trabalhador rural, Saúde do homem, Cuidado em saúde, Modelos de atenção à saúde*

<sup>1</sup> Coordenação da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Japonvar. Praça Presidente Castelo Branco s/n, Centro. 39335-000 Japonvar MG Brasil. [sergioenfermagem@yahoo.com.br](mailto:sergioenfermagem@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros MG Brasil.

<sup>3</sup> Direitos Humanos e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

Cada grupo de uma sociedade constrói comportamentos e hábitos específicos gerando diferentes modos de vida. A diversidade desses grupos sociais se constitui a partir do gênero, idade, região, época, além de fatores econômicos, políticos e culturais<sup>1</sup>. Dessa forma cada grupo elabora, por exemplo, suas próprias concepções sobre a saúde e a doença, a partir do entendimento construído socialmente e da sua interação com muitos outros fatores culturais.

No Brasil, o termo rural é frequentemente utilizado em contraposição ao urbano. Para Kageyama<sup>2</sup>, as áreas rurais são espaços não urbanizados e de baixa densidade populacional, com características de pluriatividade, multissetorial e multifuncional. Apresenta principalmente função produtiva, ambiental, ecológica e de organização social de grupos populacionais. Para entender-se o território rural, não se deve reduzi-lo somente a uma simples realidade quantitativa, mas sim considerá-lo dentro de um contexto histórico com suas inter-relações com o urbano, com o resto do território e as relações de trabalho estabelecidas internamente.

Quando se fala em populações rurais, não se fala apenas em um universo econômico da produção, mas em um circuito de relações sociais mais amplas. Nesse contexto, os profissionais que atuam na saúde coletiva devem conhecer como essas populações se organizam, produzem e adoecem. O que produzir e quanto produzir é determinado pelo pai, que na hierarquia do grupo exerce o papel de chefe da família e orienta a divisão sexual do trabalho: o homem trabalha na roça e as mulheres ajudam na casa.

O trabalho é caracterizado por Marx<sup>3</sup>, como uma interação do homem com o mundo natural, sendo a forma pela qual se apropria da natureza a fim de satisfazer suas necessidades. O trabalho é indispensável à sobrevivência humana e fundamental para a organização social, tendo como principal função a produção de valores de uso e de valores de troca no meio rural. Nesse sentido, a categoria trabalho apresenta-se como um dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença entre a população rural.

Na metade do século XX, a discussão sobre masculinidade e a posição dos homens nos diferentes contextos socioculturais se ampliou. No final da década de 1970 surgiram os primeiros estudos sobre a saúde dos homens e apenas a partir da década de 1990, a temática da masculinidade começou a ser abordada no Brasil sob uma pers-

pectiva diferenciada e integral<sup>4</sup>. Essa discussão deve refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre o segmento masculino, focalizando a ressignificação do sexo masculino e a busca de um avanço e melhorias no processo de cuidado.

O cuidado consiste em um modo de agir, que é produzido como experiência de um modo de vida específico e que se traduz em práticas de espaço e de ação em uma dada sociedade. O cuidado em saúde é uma ação integral entre usuários, famílias, profissionais de saúde, instituições, territórios e comunidades<sup>5</sup>. Pensar o direito de ser na saúde é ter cuidado com as diferenças dos sujeitos, que são portadores de necessidades específicas. Nessa direção, é fundamental conceber o homem trabalhador rural como sujeito social, capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento e de protagonismo do seu cuidado.

Um importante fator vinculado à problemática do cuidado em saúde dos homens é a consideração de que há dificuldade, neste grupo, em reconhecer suas próprias necessidades de saúde, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, mantendo até hoje a questão cultural da invulnerabilidade masculina<sup>6</sup>. Assim, procurar pelos serviços da Atenção Primária a Saúde (APS), muitas vezes significa, para o gênero masculino, ausentar-se do trabalho, colocando em risco sua subsistência econômica e deixando, desse modo, sua saúde em uma ordem de escolha secundária<sup>4,6</sup>.

O debate sobre a saúde do homem ganha contornos especiais quando se trata da saúde do homem trabalhador rural. As populações do campo enfrentam historicamente a fragmentação de ações propostas por políticas públicas de saúde e modelos assistenciais que não se fixam na prática dos serviços de saúde<sup>6,7</sup>. Uma das propostas de avanços – a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo Floresta e Águas (PNSIPCFA) – foi apresentada e aprovada por unanimidade, no Conselho Nacional de Saúde, em agosto de 2008 e publicada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 (revogada).

A PNSIPCFA (mantida na Portaria MS/GM de Consolidação nº 1, de 28/09/2017) tem como objetivo, melhorar o nível de saúde dessas populações, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as suas especificidades, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida<sup>7</sup>.

O destaque nessa política de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) foi à inclusão de ações que visam promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do campo, tendo como parceira a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem<sup>8</sup>. Um dos caminhos para se chegar a uma aproximação entre os homens trabalhadores rurais e os cuidados à saúde pode ser a escuta dos próprios usuários masculinos.

Este artigo buscou compreender as percepções de homens trabalhadores rurais, residentes em um território do norte de Minas Gerais, Brasil, frente às práticas de cuidado em saúde desenvolvidas durante o seu processo produtivo. Espera-se trazer subsídios para a integração das políticas públicas voltadas à saúde do homem, a saúde do trabalhador e a saúde no campo, fortalecendo as ações de promoção e manutenção da saúde, para que esses homens possam transformar-se em seus próprios cuidadores.

## Material e métodos

O estudo foi realizado por meio da abordagem qualitativa, tendo como método a hermenêutica dialética de base materialista histórica. Segundo Gadamer<sup>9</sup>, a hermenêutica fundamenta-se na compreensão dos sentidos que ocorrem pela comunicação entre os seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central.

A dialética considera como fundamento da comunicação as relações sociais que são historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas. Para Habermas<sup>10</sup>, a dialética busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles.

De acordo com Minayo<sup>11</sup>, a articulação entre a hermenêutica e a dialética possibilita uma reflexão que se funda na práxis, constituindo-se em um importante caminho para as pesquisas qualitativas com fundamentação marxista. Nessa concepção, consideramos que a masculinidade, o trabalho rural e o cuidado em saúde são socialmente determinados, onde transformações sociais ocorridas em um dado momento histórico geram movimentos contraditórios no processo saúde-doença.

Laurell e Noriega<sup>12</sup> destacam que é essencial correlacionar o processo produtivo com as experiências, percepções e opiniões dos próprios trabalhadores. Neste fazer, os pesquisadores colo-

caram os homens participantes do estudo como construtores ativos do processo de compreensão dos fenômenos, a partir do seu processo de trabalho e da sua vida cotidiana.

A pesquisa foi realizada com 36 homens trabalhadores rurais, residentes no território de Nova Minda, zona rural do município de Japonvar, norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. Foram selecionados homens, de 18 a 60 anos, que estivessem desempenhando o trabalho rural como principal atividade, por um período mínimo de um ano e que no momento da coleta dos dados estivessem preparando a terra, plantando e/ou colhendo. Para se efetivar as entrevistas foi aplicado um pré-teste com cinco homens, que possuíram as mesmas características de estudo, confirmando a viabilidade e estratégias de coleta de dados. Essas informações não fizeram parte das análises.

A coleta de dados ocorreu de março a maio de 2016, com a aplicação da técnica de observação de campo, das atitudes e comportamentos desses homens durante o seu processo de trabalho; realização de entrevistas individuais e registro em um diário das impressões e fatos considerados relevantes, como a movimentação e postura dos entrevistados durante o trabalho. O tamanho da amostra foi considerado suficiente para a compreensão em profundidade do fenômeno, onde após a realização das entrevistas os dados mostraram-se saturados<sup>11</sup>.

Durante visitas pelo território para observação de campo, as entrevistas foram sendo realizadas, em ambientes que permitiram de forma confortável e sigilosa a conversa. O roteiro foi composto principalmente pelos seguintes tópicos: Como é o cotidiano/rotina do seu trabalho? O que é ter saúde? Como você tem cuidado da sua saúde? Os depoimentos foram gravados em áudio, tendo duração média de 50 minutos e, para preservar o anonimato, cada homem recebeu a sigla H1, H2, H3 e assim respectivamente até o H36.

Para a análise dos dados foi utilizado o método da hermenêutica-dialética. Num primeiro nível de interpretação, de acordo com Minayo<sup>11</sup>, os dados da observação de campo foram trabalhados por meio do mapeamento das características sociais, culturais e históricas dos homens trabalhadores rurais desse território, além de uma reflexão e compreensão sobre as características do seu processo de trabalho.

No segundo nível de interpretação foram organizados todos os dados empíricos como as entrevistas realizadas, os relatos do diário do pes-

quisador e os documentos elaborados no mapeamento de campo. Para este segundo nível de interpretação, Minayo<sup>11</sup> sugere as seguintes etapas que foram integralmente realizadas:

**Pré-análise:** todo o material foi explorado por meio da ordenação e transcrição das gravações, organização dos relatos e dos dados da observação de campo, constituindo-se no corpus tecnicamente trabalhado no presente artigo.

**Classificação dos dados:** nessa fase realizou-se a leitura horizontal e exaustiva dos textos e a construção das categorias empíricas, bem como a leitura transversal de cada subconjunto da totalidade dos dados, por meio das variáveis teóricas<sup>3,6-8</sup> adotadas pelos pesquisadores para o estudo.

**Análise final:** nesse momento constituiu-se a síntese da análise dos dados, utilizando as categorias empíricas e as categorias teóricas, possibilitando assim a compreensão e reflexão crítica da percepção desses homens frente às práticas de cuidado em saúde desenvolvidas durante o seu processo produtivo.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (FIOCRUZ/ENSP). Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após os pesquisadores responderem todas as suas dúvidas, deixando clara a preservação do sigilo das informações e a importância do estudo.

## Resultados e discussão

### Caracterização dos participantes

Entre os entrevistados, 33 (91%) residem na região desde que nasceram. A predominância de homens que desenvolvem o trabalho rural na região foi na faixa etária de 50 a 59 anos, com 13 homens (36%) e de 40 a 49 anos, com cinco homens (14%). Para 22 homens (61%), o tempo de atuação, cuja principal atividade profissional foi o trabalho rural, correspondeu a mais de 10 anos. Sobre a situação trabalhista, os 36 homens (100%) relataram ser autônomos, não possuindo vínculo com a previdência social, trabalhando em média 44 horas semanais e com uma média salarial de até um salário mínimo.

Com a aplicação dos níveis de interpretação dos dados<sup>11</sup>, as falas dos pesquisados foram situadas no seu contexto, sendo identificadas três categorias empíricas para melhor compreensão dos

resultados encontrados: “Valorização do modelo biomédico como prática de cuidado”; “O trabalho como ferramenta para cuidar da saúde”; e “A relação com as práticas alimentares e estilo de vida saudável”. Essas categorias serão discutidas a seguir.

### Valorização do modelo biomédico como prática de cuidado

Ao discutir sobre as práticas de cuidado em saúde desses homens, faz-se necessário refletir como ocorre a apropriação de conceitos, ideias, valores e condutas da população sobre os modelos assistenciais em saúde. No Brasil, com o surgimento da economia agroexportadora, teve início práticas de saúde conhecidas como campanhas sanitaristas, pautadas na unicausalidade biologicista<sup>13</sup>.

Esse modelo conhecido como biomédico associa a doença à lesão e acaba reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo os fatores psicológicos e as dimensões histórico-sociais, como a cultura, o trabalho, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente<sup>5,13</sup>. Uma das características marcantes desse modelo foi à geração na população brasileira de uma cultura sobre a importância das intervenções médicas para o cuidado em saúde.

No presente estudo, ficou evidente essa valorização da figura do médico:

*Cuidar da saúde para mim é ‘tá sempre no médico, consultando’ (H18).*

*Qualquer problema que a gente sente deve procurar o posto de saúde para passar com o médico (H3).*

*O homem que trabalha na roça tem que estar sempre preocupado com sua saúde e consultar para cuidar do corpo ‘né’ (H21).*

Pesquisas<sup>14,15</sup> demonstram que os principais motivos para a procura pela consulta médica são as ações programáticas; diagnósticos de problemas agudos e o acompanhamento para as doenças crônicas. Sobre a valorização do médico, Costa et al.<sup>16</sup> destacam que ela está relacionada diretamente a questões pessoais, culturais e socioeconômicos. As pessoas adultas dão maior importância para as consultas médicas, com uma frequência três vezes maior do que os adolescentes. Outros estudos<sup>4,6</sup> demonstraram que os homens procuraram mais os médicos para questões pontuais, como as queixas agudas.

Historicamente, para a população o médico tem assumido uma posição de destaque nas equi-

pes de saúde. O conhecimento específico desse profissional frente aos sinais e sintomas das doenças garante poder para exercerem o controle sobre a saúde dos usuários e a grande dependência por seu atendimento<sup>13,16</sup>. Lefèvre e Lefèvre<sup>17</sup> colocam que tal concepção centrada no médico, produz respostas que equivalem à busca rápida pela cura ou resolução de um problema de saúde pela via das tecnologias de intervenção nos corpos e/ou mentes ou nos agentes causadores.

No discurso hegemônico da saúde, o importante é o cuidado médico capaz de recuperar os indivíduos. Essa concepção é a mesma tanto para a classe dominante quanto para a classe trabalhadora<sup>13,14</sup>. Torna-se, portanto fundamental a abordagem de questões mais complexas frente a essa medicalização social que ocorre com o trabalhador rural. Assim como o trabalho, a raça/etnia e a classe social, o gênero se desenvolve nessa realidade empírica, como uma categoria que permite a compreensão de como são organizadas as relações sociais e suas repercussões nas práticas de cuidado a saúde.

Segundo Gomes<sup>18</sup>, a identidade de cada homem é estruturada simbolicamente pela masculinidade que circula por diferentes espaços. Nesse sentido o comportamento dos homens, representado por meio de atitudes e emoções não só se diferencia ao longo do tempo como também no interior de classes, segmentos sociais e territórios. Para Connell<sup>19</sup> existem diferentes modelos de masculinidade e, em seu conjunto, pode haver uma que seja mais valorizada do que outras, passando a ocupar o lugar de hegemonia.

Esse modelo costuma ser baseado na posição dominante dos homens na sociedade e na subordinação das mulheres. Na literatura<sup>4</sup> sobre a saúde do homem, podemos observar o quanto os homens são influenciados por representações de uma masculinidade que se associa ao poder, a força e a independência para o trabalho e a vida social. Esses comportamentos ditos hegemônicos colocam em risco a saúde do homem pela desvalorização do autocuidado<sup>6,18</sup>.

Abordar a questão da masculinidade é fundamental para a reflexão de como o gênero nesse território tem configurado as relações de diferença entre o cuidado a saúde de homens e mulheres. Isto requer o desenvolvimento de um pensamento crítico que considere o cuidado do homem com sua saúde como sendo também um atribuição masculina<sup>4,5,20</sup> e não apenas uma preocupação feminina, passando a ter importância similar a do trabalho. Associadas a essa questão, encontram-se fortalecidas as dificuldades que os

homens do campo possuem em verbalizar as suas próprias necessidades de cuidado para os profissionais de saúde.

Nesse sentido, existe ainda um discurso coletivo que indica a necessidade permanente de um estado positivo de saúde e a luta contra processos de adoecimento. Alguns entrevistados quando perguntados se possuíam algum tipo de doença, reagiram imediatamente com a negação:

*Moço eu não tenho nenhuma doença não! 'Tô forte... não sinto nada* (H9).

*(...) Olha, graças a Deus eu não tenho 'nenhuma' problema de saúde* (H20).

*Não estou sentindo nada. Às vezes que fiquei doente não foi nada de muito grave... é sempre uma coisa simples* (H19).

Ao situarem o processo saúde-doença como um problema histórico contemporâneo, Lefèvre e Lefèvre<sup>17</sup> consideram que existe uma tensão entre estar doente ou ter saúde para a maioria da população brasileira. A integralidade surge, então, como orientadora das políticas e ações da APS, visando responder às particularidades que cada população apresenta frente à complexidade de saberes sobre as diferentes abordagens do processo saúde-doença e as distintas dimensões, biológica, cultural e social do cuidado<sup>5,21</sup>.

### O trabalho como ferramenta para cuidar da saúde

A categoria trabalho, ao longo do tempo, vem se transformando e se apresentando como um elemento indispensável na discussão sobre as formas de cuidar da saúde da população rural. De acordo com estudos realizados por Cavalheiro e Tolfo<sup>22</sup>, desde a história antiga e mitológica o trabalho é experienciado como fonte de dor e sofrimento. Outros autores<sup>3,12,21</sup> abordam a questão da expressão de conquista e dignidade pelo trabalho, sendo considerado como meio de sobrevivência ou referência de integração social.

Assim, torna-se oportuno apresentar alguns aspectos relatados pelos homens trabalhadores rurais sobre o cuidado relacionado diretamente ao seu processo de trabalho:

*Trabalhar faz parte da vida do homem aqui... é o meio de conseguir a nossa sobrevivência* (H4).

*O trabalho ajuda muito a cuidar do homem. A gente vai aprendendo coisas novas [habilidades] e exercitando aquela rotina todo dia* (H32).

*(...) É uma troca 'né'. A natureza 'dá' os alimentos e a gente cuida dela com o nosso trabalho* (H13).

O trabalho rural, portanto, permite que o homem transforme a natureza em produtos que

possuem a capacidade de satisfazer as suas necessidades. Por meio do trabalho o ser humano adquire e desenvolve novas habilidades à medida que trabalha<sup>3,21</sup>. Surge então a questão do trabalho criativo como um tema relevante na produção do cuidado. Franco<sup>23</sup> realizou uma observação sobre trabalhadores e o seu protagonismo cotidiano, concluindo que é difícil um processo de trabalho que opere apenas pela exploração ou pela liberdade do trabalho. Entre estas duas possibilidades, verifica-se ser mais provável uma variação definida pela luta entre as forças de classe, onde diferentes graus de satisfação se impõem no processo de trabalho.

Muito se tem falado sobre a qualidade de vida no trabalho<sup>24</sup> onde a satisfação de trabalhar, independente da profissão, ocupação ou local de trabalho, não pode estar isolada da vida do indivíduo como um todo:

*O homem que trabalha na roça ocupa o seu tempo... a gente aqui tem tantos problemas: a falta de dinheiro, a seca e as preocupações com os filhos. Quando eu estou trabalhando eu me sinto bem... não penso em nada de ruim! Tem os compadres que trabalha junto... aí vamos trocando as amarguras da vida na roça (H8).*

De acordo com estudos de Duarte et al.<sup>24</sup>, os trabalhadores que possuem uma vida familiar insatisfatória têm o trabalho como o único ou maior meio para obter a satisfação de muitas de suas necessidades, principalmente as sociais. Porém, devido à pressão no trabalho por produtividade, os problemas psicológicos podem surgir aliados aos problemas sociais, com a precariedade de vínculos, subemprego e baixos salários:

*O ano que chove muito a gente tem que trabalhar mais. Acordar cedo e só parar quando o sol vai embora (H36).*

*(...) A gente ganha muito pouco com o que produz, então tem que produzir muito. Mas às vezes o corpo e a mente cansam e começa a dar aquela preocupação: como vou sustentar minha família? É muito difícil trabalhar na roça nos dias de hoje (H9).*

Além destas questões, Wunsch et al.<sup>25</sup> coloca que a vida no campo estabelece uma rotina dinâmica, vinculada diretamente ao trabalho rural. Esse trabalho é considerado um dos mais vulneráveis à ocorrência de acidentes pela quantidade e diversidade de riscos ocupacionais envolvidos, tendo efeitos diretos sobre o viver e o adoecer dessa população. Nessa interface, o trabalhador rural apresenta saberes e práticas de cuidado a saúde que são exercitados diariamente durante o seu processo produtivo para a prevenção desses riscos:

*A gente veste uma calça comprida, veste uma camisa de manga grande e coloca o chapéu na cabeça (H29).*

*Tem que trabalhar sempre protegido desse sol forte... passo um protetor, mas é muito caro e às vezes não dá para estar usando sempre. Mas tem que cuidar de algum jeito para evitar doença de pele grave (H2).*

Existe também o risco de problemas ergonômicos causados pelo trabalho rural, como as posturas inadequadas e forçadas, o carregamento de peso, a repetitividade e a flexão/rotação de tronco:

*A gente na roça pega muito peso, então tem que ter cuidado porque senão a coluna não aguenta (H4).*

*Tem que trabalhar com o corpo em uma posição boa. Quando 'tô' arrancando o feijão mesmo... aquela posição repetida causa uma dor. O jeito é ir mudando de posição para aliviar um pouco (H25).*

*Tem que pegar os sacos de feijão com a ajuda de outro colega. Dividir o peso 'né' (H11).*

Outros tipos de risco estão relacionados, como os cortes decorrentes do uso de ferramentas e de máquinas em condições precárias de utilização e segurança e os acidentes com animais peçonhentos:

*(...) Uso sempre a botina para proteger o pé de espinho, do corte da enxada e por causa que tem muita cobra aqui. É o jeito de 'tá cuidando da sua saúde durante o trabalho (H19).*

*A foice e o facão tem que estar sempre limpos, livre de ferrugem para não dar tétano. Eu sempre tomo aquela vacina no posto de saúde (H23).*

Marx<sup>3</sup> destaca que ao final do seu processo de trabalho o homem já não é mais o mesmo, pois ele transformou a natureza, mas também se transformou. Ou seja, nem a sua corporalidade nem a sua consciência a respeito do mundo são mais os mesmos. Segundo Souza e Mendonça<sup>21</sup> nesse processo social, o cuidado comparece como uma práxis particular, portanto, fundada pelo trabalho.

Ayres<sup>26</sup> coloca que a compreensão de cuidado requer uma dimensão ampliada das condições de vida, considerando a individualidade dos sujeitos, sem perder de vista o coletivo, o meio social em que vivem e se identificam. Tratamos aqui do cuidado como um constructo filosófico<sup>5,26</sup>. Ou seja, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações de vida para esses homens.

Para Wunsch et al.<sup>25</sup> o cuidado desenvolvido no meio rural e suas múltiplas gêneses eviden-

ciam hábitos e modos de vida singulares. Essas particularidades fornecem significados que se constituem na essência do viver rural. Para as famílias rurais, o cuidado encontra-se concebido na “externalidade do corpo, no conjunto das relações que abrangem a família, no trabalho e na terra”. No entanto, verifica-se que a produção do conhecimento, envolvendo a temática rural, mantém-se ainda bastante reduzida, o que demanda a ampliação do conhecimento acerca dessa temática e das questões que a envolvem.

### **A relação com as práticas alimentares e estilo de vida saudável**

Para a Organização Mundial de Saúde<sup>27</sup>, o estilo de vida corresponde a um conjunto de hábitos e costumes que são influenciados e modificados pelo processo de socialização e que contribuem diretamente para a promoção da saúde. Entre esses hábitos e costumes está incluído o uso de substâncias como o álcool, fumo, chá ou café, consumo alimentar e a prática de exercícios físicos.

No cuidado da saúde, a alimentação é um aspecto fundamental para a promoção da saúde. Rotenberg e Vargas<sup>28</sup> destacam que a nutrição e as práticas alimentares são práticas sociais que não podem ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar, já que o seu significado ultrapassa o mero ato biológico de ingerir os alimentos. Compreendem-se como práticas alimentares nesse território a seleção, o consumo, a produção da refeição, o modo de preparar e de ingerir os alimentos pelas famílias. Segundo o estudo sobre dinâmicas alimentares rurais, realizado por Lima et al.<sup>29</sup>, os modos de vida tendem a propiciar uma série de modificações nas relações de consumo e na identidade alimentar dos indivíduos no meio rural, podendo interferir nos hábitos alimentares, nos horários e locais das refeições, no consumo e na própria produção de alimentos.

Nesse sentido, os homens pesquisados relacionaram a alimentação e hidratação como uma das formas de cuidado a saúde:

*(...) Não é toda comida que eu posso comer... então busco me alimentar bem, de forma saudável (H21).*

*O homem tem que se proteger muito. Não pode sair comendo aquele monte de gordura, muito sal e coisa doce (H6).*

*A gente tem que beber bastante água durante o trabalho... o dia todo! Isso ajuda repor o cansaço do trabalho. Um suco também é bom (H25).*

No contexto pesquisado é presente o consumo elevado de açúcar, gorduras saturadas e sal, apresentando-se como fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial e respectivamente o aumento no risco de doenças cardiovasculares<sup>30</sup>. Para a garantia de uma alimentação adequada e saudável no campo, deve ser contemplado o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem a produção e o consumo de alimentos locais, variados, de baixo custo e elevado valor nutritivo, e principalmente livre de contaminantes<sup>29</sup>.

Não consumir bebida alcoólica e/ou não fumar foi outro aspecto considerado como prática de cuidado nas narrativas:

*Uai, para cuidar a gente evita beber. Eu mesmo não bebo nada que tem álcool (H11).*

*O cigarro faz muito mal... aquela fumaça ataca 'os pulmão' e pode causar até aquela doença ruim [câncer]. Um jeito de evitar as doenças é não fumar 'né' (H35).*

*Eu mesmo fumei por muitos anos e parei. Agora 'tá' faltando é parar de beber. Mas aqui é muito difícil parar pois tem muita fábrica de cachaça (H4).*

Com o avanço da globalização e da tecnologia, os indivíduos passaram a adotar modos de vida mais sedentários, tornando-se mais inativos fisicamente<sup>31</sup>, mesmo sendo disseminada a expressiva associação entre estilo de vida ativo, menor possibilidade de morte e melhor qualidade de vida<sup>30</sup>. É perceptível para esses homens que cuidar da saúde inclui também a realização de atividades físicas:

*(...) Outra coisa importante é fazer uma caminhada, movimentar o corpo (H12).*

*Tem que praticar algum exercício físico, como jogar bola no final de semana. Isso ajuda a perder um pouco de peso e ter mais saúde (H7).*

A literatura<sup>30,31</sup> recomenda que para a prática de atividade física devem ser considerados interesses individuais, as necessidades de saúde e o estado clínico do indivíduo ou da população-alvo. Os benefícios de saúde advindos da prática regular de atividade física serão diretamente influenciados pela quantidade e intensidade com que ela é praticada, sendo considerada uma importante ferramenta para a promoção da saúde. Vale ressaltar que o empoderamento e o autocuidado vêm sendo cada vez mais utilizados para as ações de promoção da saúde pelos serviços da APS, cabendo, portanto, às equipes de saúde incluir esses homens nessas ações.

### Considerações finais

Em relação ao objetivo proposto por este estudo, foi possível obter um panorama das percepções de homens trabalhadores rurais frente às práticas de cuidado em saúde desenvolvidas no seu território, durante o seu processo produtivo. A pesquisa permitiu explorar um pouco do universo da masculinidade e do cuidado em saúde desses trabalhadores, abrindo uma ampla gama de possibilidades de aprofundamento para trabalhos posteriores.

Sobre os saberes e práticas de cuidado em saúde, observou-se que os homens pesquisados possuem uma visão baseada no modelo assistencial curativo e na grande dependência pelo médico. Por outro lado, não foram todos os pesquisados que apresentaram essa visão medicocêntrica. Alguns homens relacionaram práticas de cuidar da saúde com hábitos e estilo de vida saudável, como alimentação, hidratação, evitar o consumo de álcool e/ou tabaco e o desenvolvimento de algum tipo de atividade física.

Na discussão sobre o trabalho, as atividades produtivas foram consideradas como prioridades para essa população masculina, destacando que a maioria dos homens considerou o trabalho

como uma ferramenta importante para cuidar da saúde, tendo relação direta com a prevenção dos riscos ocupacionais a que estão expostos e para a satisfação de suas necessidades sociais.

Tal constatação remete à reflexão sobre a ideologia que vem fortemente alicerçada na identidade masculina da região, que vincula ao homem o papel de provedor, implicando assim negativamente no cuidar da sua própria saúde. É necessária uma visão crítica e permanente do ambiente de trabalho para entender quais são as barreiras que esse trabalhador rural apresenta para o cuidado em saúde. Devem ser levadas em conta questões culturais e sociais, que se apresentam como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Nessa conjuntura, nota-se a ausência de estratégias específicas direcionadas aos homens trabalhadores rurais, especialmente, no que diz respeito à prevenção de agravos e à promoção de sua saúde. Destaca-se que os profissionais da atenção primária à saúde devem incentivar o distanciamento desse modelo prescritivo e não preventivo que ainda predomina na visão dos homens e nos territórios rurais, buscando sensibilizá-los sobre a importância de se tornar em seus próprios cuidadores.

### Colaboradores

Os autores declaram que participaram da concepção, análise de resultados e contribuíram efetivamente na realização do artigo.

## Referências

1. Coelho JS. *O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem* [dissertação]. Fiocruz/Centro de Pesquisas René Rachou: Belo Horizonte; 2014.
2. Kageyama A. Desenvolvimento rural: conceito e medida. *Cad Cien Tecnol* 2004; 21(3):379-408.
3. Marx K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro 1. São Paulo: Abril Cultural; 1985.
4. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Rev Cad Saude Publica* 2006; 22(5):901-911.
5. Pereira IB. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
6. Schraiber LB, Figueiredo WDS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Rev Cad Saude Publica* 2010; 26(5):961-970.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: MS; 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2009.
9. Gadamer HG. *Verdade e Método*. 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
10. Habermas J. *Conhecimento e interesse*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2014.
12. Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção de saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.
13. Alvarenga LMCA. *Prática médica no Programa de Saúde da Família e sua contribuição para mudança do modelo técnico-assistencial em saúde: limites e possibilidades* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.
14. Amâncio Filho A, Moreira MCG, organizadores. *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
15. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Reichert FF, Hallal PRC. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. *Rev Saude Publica* 2009; 43(6):961-971.
16. Costa JSD, Olinto MT, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, Santos IS, Fuchs SC. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):353-363.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. *PHYSIS: Rev Saude Colet* 2007; 17(1):15-28.
18. Gomes R. *A saúde do homem em foco*. São Paulo: Editora UNESP; 2010.
19. Connell RW. La organización social de la masculinidad. In: Valdes T, Olavaria J, editores. *Masculinidad: poder y crisis*. Santiago do Chile: Ediciones de las Mujeres; 1997.
20. Connell RW, Messerschmidt J. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Rev Estudos Feministas* 2013; 21(1):241-242.
21. Souza DO, Mendonça HPF. Work, social being and health care: an approach from Marx and Lukács. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(62):543-552.
22. Cavalheiro G, Tolfo SR. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Rev Psico-USF* 2011; 16(2):241-249.
23. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Rev Saude Soc São Paulo* 2015; 24(1):102-114.
24. Duarte DVR, Bordin ECP, Almeida MA. A qualidade de vida no trabalho - QVT e sua influência na vida dos bancários. *Rev Eletrônica Polêmica* 2010; 9(4):74-81.
25. Wunsch S, Budó MLD, Beuter M, Garca RP, Seiffert MA. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. *Esc Anna Nery* 2014; 18(3):533-538.
26. Ayres JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface (Botucatu)* 2004; 8(14):73-92.
27. World Health Organization (WHO). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. Genebra: WHO; 2004.
28. Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev Bras Saude Materno Infantil* 2004; 4(1):85-94.
29. Lima RS, Ferreira Neto JA, Farias RCP. Dinâmicas alimentares na relação rural-urbano: o caminho entre o tradicional e o moderno. In: Prado SD, Amparo-Santos L, Silva LF, Arnaiz MG, Bosi MLM, organizadoras. *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2016.
30. Lima DF, Levy RB, Luiz OC. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 36(3):164-170.
31. Farinatti PTV, Ferreira MS. *Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2006.

Artigo apresentado em 16/02/2018

Aprovado em 07/08/2018

Versão final apresentada em 09/08/2018

