

**Universidade Federal de Mato Grosso**  
**Instituto de Saúde Coletiva**

**O mundo do trabalho e a experiência da doença:  
representações sociais de trabalhadores da área de  
influência da BR-163.**

**Janete Silva Porto**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva do  
Instituto de Saúde Coletiva para obtenção  
do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sueli Pereira Castro

Cuiabá

2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**O mundo do trabalho e a experiência da doença:  
representações sociais de trabalhadores da área de  
influência da BR-163.**

**Janete Silva Porto**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sueli Pereira Castro

Cuiabá

2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

### FICHA CATALOGRÁFICA

P853m Porto, Janete Silva

O mundo do trabalho e a experiência da doença: representações sociais de trabalhadores da área de influência da BR-163 / Janete Silva Porto. – 2009.

169p.: il.; color.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Saúde e Sociedade, 2009.

“Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sueli Pereira Castro”.

1. Medicina social. 2. Saúde e trabalho. 3. Trabalhadores – BR-163. 4. Trabalhadores – Representações sociais. 5. Saúde e sociedade. 6. Trabalhadores – Saúde-doença. I. Título.

CDU – 616-058

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente Söhn – CRB-1/931

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu querido esposo Ricardo, à minha filhinha Gabriela e ao meu anjinho Tiago.

## AGRADECIMENTOS

O crescimento pessoal e profissional proporcionado pela vivência do mestrado é algo imensurável. Mais do que um aprendizado acadêmico é uma oportunidade de autoconhecimento, de crescimento interior possibilitado pela convivência com *o outro*, partilhando conhecimento, experiências e emoções, passando por várias reflexões como pessoa e como profissional.

Este momento importante da minha vida teve a participação de muitas pessoas. Algumas em particular desejo registrar meus agradecimentos:

De forma muito especial, agradeço aos trabalhadores deste estudo, pela oportunidade de conhecer suas histórias de trabalho e de vida que me permitiram produzir esta dissertação.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sueli, por se mostrar mais do que minha orientadora, uma amiga que me compreendeu nos momentos difíceis atravessados na minha trajetória no mestrado, e principalmente por acreditar na concretização deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aldenan por ter aceitado o convite de ser avaliadora na qualificação e na defesa, e por suas importantes contribuições.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta que muito contribuiu com suas vivências e conhecimento no campo da saúde coletiva.

Ao Prof. Dr. João Carlos Barrozo que tive o prazer de conhecer e receber suas contribuições como avaliador na defesa da dissertação.

Ao Hailton, à Jurema e demais funcionários do Instituto de Saúde Coletiva pela prontidão, disponibilidade e paciência com que sempre me atenderam.

À UFMT, ao Hospital Universitário Julio Muller pela liberação para a realização do curso e ao CNPq pelo apoio financeiro.

Aos profissionais das clínicas médica e cirúrgica por me abrirem as portas para o trabalho de campo. Em especial às colegas Ana Bernadete e Adriane pela preocupação em me comunicar sobre possíveis participantes para o estudo.

À equipe do Serviço de Saúde Ocupacional do HUJM: Galega, Ismael, Viviane, Vilson, Tereza e Elenice pela dedicação ao setor na minha ausência e pelo carinho que sempre demonstraram.

Aos meus pais Nivaldo e Iracema, exemplos de vida e de coragem, sempre presentes, me incentivando e me apoiando.

Ao meu esposo Ricardo, por ter caminhado sempre ao meu lado, dando-me apoio, segurança e estímulo; por compreender minha ausência e muitas vezes, minha impaciência.

À Nilda e à Odete pela atenção e carinho que dedicaram à pequena Gabriela nos períodos em que estive ausente.

A Deus, fonte de inspiração e sabedoria. Força presente em todo o meu caminhar.

PORTO JS. O mundo do trabalho e a experiência da doença: representações sociais de trabalhadores da área de influência da BR-163 [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2009.

## RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de compreender as representações sociais dos trabalhadores internados no Hospital Universitário Julio Muller provenientes dos municípios da área de influência da BR-163 quanto à relação saúde-doença-trabalho. Estes trabalhadores estão inseridos nos setores produtivos da agropecuária, indústria madeireira e garimpos de ouro e diamante. Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, cujo referencial teórico baseia-se na teoria bourdiesiana, em que alguns conceitos como *habitus*, *ethos*, *estratégia*, *espaço social*, *trajetória social* e *campo* são adotados para entendimento da realidade, tendo como instrumentos de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação de campo. Os resultados mostram trajetórias com traços comuns a essa classe de trabalhadores. Ainda cedo, adentraram no mundo do trabalho, são migrantes, católicos e enfermos e, a maioria possui vínculo informal de trabalho. Observam-se ainda traços distintivos nas trajetórias, tais como: idade, gênero, ascensão social e o estabelecimento de relações formais de trabalho. Encontraram na migração uma oportunidade para a reprodução de seu modo de vida. Neste processo os trabalhadores se sujeitam a relações de produção precárias e perigosas que se concretizam com o adoecimento. Na experiência da doença o trabalhador procura dar sentido para seu adoecimento, apoiando-se na determinação pluralística do processo saúde-doença. No entanto, percebe a saúde, a doença, o risco como de responsabilidade individual e por consequência tem-se a crença da culpabilização individual, além do desamparo social. Os serviços de saúde mostram-se despreparados para o atendimento em relação à saúde do trabalhador, além de participar da legitimação da responsabilização individual pela saúde-doença. Mudar esta realidade implica mudar também o olhar dos profissionais de saúde para a atenção à saúde dos trabalhadores. **Palavras-chave:** representações sociais, trabalhadores, mundo do trabalho, processo saúde-doença-trabalho.

PORTO JS. The world of work and the experience of the disease: social representations of workers from the influence area of the BR 163 [dissertation]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2009.

## ABSTRACT

This dissertation aim understands the social representations of workers hospitalized at the Julio Muller University Hospital about the relation *health-disease-work*. Those workers are inserted at the productive sectors of agriculture and cattle raising, wood industry and extraction of gold and diamond. This is one exploratory study with qualitative nature that the theoretical reference is based on the theory of Bourdieu were some concepts as *habitus*, *ethos*, *strategy*, *social space*, *social trajectory*, and *field*, are adopted for the understanding of the reality. The data collection instruments were the semi-structured interview and the field research. The results show trajectories with common traces among this group of workers. In early years, they had started at the world of work. They are migrants, Catholics, sickly and have informal contracts of work. Distinctive traces on trajectories can be observed as age, gender, social ascension and establishment of formal relations of work. They had found through migration the opportunity for the reproduction of their way of life. On this process, these workers are submitted at dangerous and precarious conditions that are concretized at the disease. On the disease experience, the worker looks forward for a sense on the illness, through a pluralistic vision of the health-disease process. Despite it, perceive the health, the disease and the risk as one personal responsibility, leading for the believe of individual culpability in addition to social abandonment. The health services aren't prepared for the care on health and safety for workers and contribute for the legitimation on workers accountability for health and disease. Change this reality implicate a changing vision of the professionals about the health care for workers.

**Key-words:** social representations, workers, world of work, health-disease-work process.

## INDICE

INTRODUÇÃO	12
Objetivo geral e objetivos específicos	22
CAPÍTULO I	
1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	25
1.1. Trabalho de campo	38
1.2. Passos percorridos na coleta de dados	41
CAPÍTULO II	
2. CENÁRIOS E PERSONAGENS	46
2.1. Cenários	49
2.2. Personagens	61
2.3. Trajetória do grupo	67
CAPÍTULO III	
3. O MUNDO DO TRABALHO	79
3.1. A dinâmica das migrações	81
3.2. Representações sociais sobre o trabalho e o modo de produção	88
3.3. Representações sociais sobre os riscos de acidentes e doenças na indústria madeireira	97
3.4. Representações sociais sobre os riscos de acidentes e doenças nos garimpos	103
3.5. Representações sociais sobre os riscos de acidentes e doenças no seringal	109
3.6. Representações sociais sobre os riscos de acidentes e doenças na agricultura e na pecuária	110
CAPÍTULO IV	
4. A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA	114
4.1. Representações sociais sobre saúde e doença	116
4.2. Representações sociais sobre a relação trabalho-doença	126
4.3. A interação dos trabalhadores com os serviços de saúde	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	169
ANEXOS	
I – Termo de consentimento livre e esclarecido	172
II – Roteiro para entrevista semi-estruturada	174
III – Trajetórias dos trabalhadores	176
IV – Recorte “O Brasil mais rico”	178

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos trabalhadores entrevistados de acordo com a faixa etária. Mato Grosso, 2007.	49
<b>Tabela 2</b>	Distribuição dos trabalhadores pesquisados de acordo com a naturalidade. Mato Grosso, 2007.	53
<b>Tabela 3</b>	Distribuição dos trabalhadores segundo setores produtivos que atuam ou atuaram ao longo de suas trajetórias no trabalho. Mato Grosso, 2007.	58
<b>Tabela 4</b>	Frequência dos setores produtivos nas entrevistas com os trabalhadores. Mato Grosso, 2007.	58
<b>Tabela 5</b>	Tempo de serviço referido pelos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.	71
<b>Tabela 6</b>	Escolaridade referida pelos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.	73
<b>Tabela 7</b>	Estado civil dos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.	75
<b>Tabela 8</b>	Número de filhos dos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.	75
<b>Tabela 9</b>	Distribuição da ocupação registrada nos prontuários clínicos dos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.	145

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Mapa do estado do Mato Grosso. 2007.	50
<b>Figura 2</b>	Trecho da BR163 entre os municípios de Itaúba e Sinop/MT.	52
<b>Figura 3</b>	Localidades de residência e/ou trabalho referidas pelos trabalhadores. Mato Grosso, 2007.	56
<b>Figura 4</b>	Processo produtivo de um seringal. Mato Grosso, 2007.	89
<b>Figura 5</b>	Processo produtivo de uma serraria. Mato Grosso, 2007.	91
<b>Figura 6</b>	Destopadeira sem proteção em serra circular e correias. Sinop/MT, 2000.	99
<b>Figura 7</b>	Trabalhador com braço mecânico devido perda do membro em acidente com a serra destopadeira. Sinop/MT, 2000.	100
<b>Figura 8</b>	Descarregamento de caminhão de toras no pátio da serraria. Mato Grosso, 1999/2000.	101
<b>Figura 9</b>	Processo produtivo de um garimpo de diamante. Mato Grosso, 2007.	107

## **INTRODUÇÃO**

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação se inscreve na área de saúde do trabalhador e teve como objetivo geral compreender as representações sociais sobre a relação trabalho-doença dos trabalhadores em tratamento no Hospital Universitário Julio Muller. Mais especificamente, trabalhadores provenientes da área de influência da BR-163 que estão ou estiveram inseridos nos setores produtivos da agropecuária, indústria madeireira e garimpos de ouro e diamante.

Considerando a importância que MILLS (1982) atribui à relação entre o tema da pesquisa e a biografia do pesquisador, de modo a “conferir alma à pesquisa”, busquei incorporar a experiência de quase uma década como profissional da área de saúde no trabalho com os setores aqui abordados à temática proposta. O autor acrescenta que o tema e a biografia do pesquisador se complementam, uma coisa enriquece a outra e neste movimento o pesquisador não separa sua vida de seu trabalho.

A minha experiência, obtida através da atuação nos locais de trabalho das indústrias em Mato Grosso, proporcionou-me a percepção de que a indústria madeireira e o setor agropecuário se destacam no que tange aos riscos, doenças e acidentes ocupacionais no Estado.

No início de minha atuação profissional, como enfermeira, tive a oportunidade de atuar no Projeto Vida<sup>1</sup> que nos anos de 1999 e 2000 visitou 999 indústrias madeireiras do Estado de Mato Grosso e avaliou 4.381 trabalhadores com o intuito de realizar um diagnóstico de saúde e segurança no trabalho e de orientar trabalhadores e empregadores quanto à prevenção das doenças e acidentes de

---

<sup>1</sup> Projeto Vida – Programa de Saúde e Segurança no Trabalho nas Indústrias Madeireiras do Estado de Mato Grosso, 1999 a 2001. Sistema Federação das Indústrias do Estado de Mato Grosso, Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, Serviço Social da Indústria, Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

Este Projeto foi desenvolvido com os objetivos de orientar trabalhadores e empregadores e realizar um levantamento sobre a situação de saúde e segurança dos trabalhadores do setor madeireiro. Foram visitados 42 municípios, 999 indústrias madeireiras e avaliados 4.381 trabalhadores.

trabalho. Segundo as estatísticas na década de 1990 o segmento madeireiro foi apontado como campeão no *ranking* estadual de acidentes fatais, seguido da construção civil (MINISTÉRIO DA PREVIDENCIA SOCIAL, 1996).

Este trabalho tem um imenso significado para mim enquanto profissional da saúde e especialmente como ser humano. Através dele conheci de perto a realidade de mais de vinte municípios de Mato Grosso, principalmente da região norte, onde segundo ALMEIDA & ZUBLER (2001)<sup>2</sup> se concentra o maior número de indústrias madeireiras do Estado. Esta região se caracteriza pela alta biodiversidade, constituindo-se em fonte riquíssima de matéria-prima para o setor.

Através do Projeto Vida foi realizada avaliação da situação de saúde em aproximadamente 10% (dez por cento) dos trabalhadores das indústrias madeireiras do Estado, totalizando 4.381 trabalhadores avaliados. Destes 31,58% apresentavam seqüelas de acidentes de trabalho, entre cicatrizes e perda de parte do corpo e aproximadamente 16% apresentaram elevação da pressão arterial. Vale destacar que este número representa apenas o universo de trabalhadores em atividade e que não foram levantados os acidentes que resultaram em óbito ou afastamento por incapacidade permanente.

Chamo a atenção do leitor para o fato de que os trabalhadores mesmo mutilados, e com seqüelas em decorrência de acidentes de trabalho, continuam em atividade no setor. Isto sem receber qualquer benefício previdenciário ou indenização trabalhista, pois grande parte deles não possui vínculo formal de trabalho, não possuindo registro em carteira e conseqüentemente estão excluídos da previdência social.

Dentre outros fatos verificados durante o Projeto podemos citar a baixa escolaridade destes trabalhadores, o não fornecimento ou fornecimento parcial dos equipamentos de proteção individual (EPIs) pelos patrões, o uso incorreto dos EPIs por muitos dos trabalhadores que os recebem, as precárias condições de moradia, alimentação e baixa remuneração. Além dos riscos iminentes de acidentes e doenças do trabalho.

---

<sup>2</sup> Estes autores atuaram no Projeto Vida realizando o levantamento relativo ao processo produtivo.

Quanto aos riscos no ambiente de trabalho os trabalhadores<sup>3</sup>, de forma geral, apresentaram relatos como: *é perigoso, tem máquina aqui que já deixou gente sem braço* ou *não tem perigo não, é só trabalhar com cuidado, com atenção. Eu trabalho há muitos anos e nunca me aconteceu nada.* E ainda com relação ao uso dos equipamentos de proteção individual: *esse negócio (protetor auditivo) incomoda, esquenta e não dá pra escutar o barulho das máquinas quando estão serrando a madeira* ou sobre a luva de raspa: *é ruim, a gente não sente quando pega na madeira e esquenta muito. Às vezes é até mais perigoso porque ela pode enganchar as pontas na serra e cortar a mão porque a gente não sente direito.*

Muitos dos que disseram nunca ter sofrido acidente ou doença apresentavam cicatrizes de cortes, pontas dos dedos mutiladas, porém não consideravam como acidente, banalizando os fatos. Quando questionados sobre as cicatrizes, costumavam dizer: *ah isso não foi nada, só um arranhãozinho na serra alinhadeira<sup>4</sup>* ou ainda: *essa ponta do dedo eu cortei na guilhotina<sup>5</sup>, sarou rápido, nem precisou de médico.*

Dentre aqueles que manifestaram considerar o trabalho perigoso devido aos riscos de acidente, alguns disseram: *é perigoso, mas a gente tem que trabalhar* ou: *é o serviço que tem aqui, é isso que eu sei fazer, com família para sustentar temos que encarar.*

Ao adentrar o universo dos trabalhadores, observei suas condições de trabalho, presenciei acidentes, identifiquei problemas de saúde importantes como: hipertensão arterial, deficiência visual, problemas dermatológicos, entre outros. Apesar de ser apenas um levantamento e um trabalho de caráter orientativo e não de diagnóstico clínico e tratamento, encaminhei muitos casos para os serviços de saúde locais.

Estes trabalhadores que, na maioria das vezes sem saber, já estavam doentes, propensos a desenvolver doenças mais graves e irreversíveis. Alguns mais falantes outros menos, sempre tinham algo para contar, experiências de vida e de trabalho que chocavam quem ouvia. Histórias de colegas que morreram descarregando toras nas

---

<sup>3</sup> Estes relatos foram ouvidos, repetidamente, durante as atividades do Projeto Vida nos ambientes de trabalho das madeireiras, sendo comuns entre os trabalhadores.

<sup>4</sup> Alinhadeira é uma máquina que alinha/acerta as laterais da prancha.

<sup>5</sup> Guilhotina é uma máquina utilizada para cortar as lâminas de madeira que posteriormente serão transformadas em placas de compensado para a indústria moveleira.

serrarias, derrubando árvores na mata, serrados ao meio por serras fitas<sup>6</sup>, entre outras, foram contadas por trabalhadores que se comoviam ao lembrar as tragédias.

Após a conclusão das atividades do Projeto Vida permaneci no Serviço Social da Indústria – SESI MT, por um ano no município de Sinop e por mais dois anos na coordenação regional de saúde em Cuiabá. Em função disso passei a ter contato com a realidade de outros segmentos, especialmente dos frigoríficos, oficinas mecânicas, algodozeiras, sementeiras, alimentos e bebidas, construção civil, dentre outros. Neste período recebi do SESI incentivo para especializar-me em enfermagem do trabalho, fato que muito contribuiu para manter-me no caminho da saúde do trabalhador.

Neste caminho ingressei no Serviço de Saúde Ocupacional do HUJM, e posteriormente passei a representá-lo no Núcleo de Estudos em Ambiente e Saúde do Trabalhador – NEAST, onde participei do Projeto “O impacto das transformações produtivas no ambiente e na saúde da população da área de influência da BR 163 – Estado de Mato Grosso, 2000 a 2005<sup>7</sup>”. Concomitantemente desenvolvi este trabalho de mestrado, cuja temática é parte integrante do referido projeto.

Desenvolvendo ações dentro dos locais de trabalho, seja pelo atendimento médico ocupacional, seja nas atividades educativas (campanhas de prevenção, de vacinação) o aprendizado foi diário, pois em cada situação de trabalho conheci os ambientes e nestes os riscos, as condições de trabalho de forma geral, as condições de saúde dos trabalhadores e, principalmente, as doenças que acometem os trabalhadores de determinados setores produtivos.

Assim, além do setor madeiro, já esboçado, minha atuação como profissional, permitiu constatar também os riscos e as doenças dos trabalhadores do setor agropecuário e dos garimpos.

Nas fazendas, onde se realiza o cultivo do algodão, soja, arroz, milho, entre outros, os riscos mais evidentes são relacionados ao uso dos venenos, também conhecidos como agrotóxicos ou ainda como defensivos agrícolas (termo utilizado pelos fabricantes e vendedores).

---

<sup>6</sup> Serras fitas são máquinas utilizadas na primeira etapa do processo produtivo para transformar as toras em pranchas.

<sup>7</sup> Este projeto foi desenvolvido pelo NEAST-ISC-UFMT com financiamento do CNPq.

SILVA, NOVATO-SILVA, FARIA e PINHEIRO (2005) destacam os demais riscos presentes no processo de trabalho agrícola. Para estes autores os principais estão evidenciados através de acidentes envolvendo ferramentas manuais, máquinas e implementos agrícolas; acidentes com animais peçonhentos; infecções por agentes parasitários como a malária e a esquistossomose; câimbras, exaustão por calor, envelhecimento precoce e câncer de pele ocasionado pela exposição a radiações solares; perda auditiva, fadiga, irritabilidade, aumento da pressão arterial, distúrbios do sono gerados pela exposição ao ruído excessivo; dor lombar, problemas na coluna vertebral por exposição a vibrações; doenças respiratórias, especialmente asma ocupacional e as alergias devido contato com as partículas de grãos, ácaros, polens, detritos de origem animal; LER/DORT provocadas por jornadas prolongadas de trabalho, ritmo intenso, ausência de pausas, cobrança rigorosa de produtividade; *intoxicações graves e mortais pelo contato com fertilizantes manifestadas por hemorragias, perfuração intestinal, úlceras, câncer; intoxicações crônicas e agudas por agrotóxicos.* (grifos meus)

É importante considerar as condições de vida destes trabalhadores, pois os precários alojamentos e alimentação de baixa qualidade, bem como o consumo de água não tratada, são fatores desencadeantes de diversas doenças. Um dos relatos encontrados neste estudo exemplifica esta exposição:

*Nessa ultima fazenda que eu trabalhei tinha alojamento, mas nas outras nunca tinha alojamento, era barraco de lona mesmo!*  
(AC, 50 anos)

Conforme divulgado pela SEPLAN (2007) no ano de 2006 havia aproximadamente 410.000 pessoas trabalhando no setor agropecuário no Estado de Mato Grosso. Este número representa uma participação estimada de 30% na mão-de-obra total empregada no Estado (acima de 10 anos de idade). Neste contingente estão homens, mulheres e menores expostos aos agrotóxicos.

Os trabalhadores envolvidos neste processo de trabalho possuem baixa escolaridade, não dispõem de formação técnica para manipulação de agrotóxicos e por conta disso são apontados, erroneamente, como principais responsáveis pela ocorrência de intoxicações ocupacionais e contaminações ambientais. Estes mesmos

trabalhadores, e também outros, são vítimas de diversos problemas de saúde adquiridos ao longo de seus históricos ocupacionais. (SOBREIRA e ADISSI, 2003).

PIGNATI (2007) relata que as aplicações de agrotóxicos nas monoculturas de Mato Grosso são realizadas por meio de pulverizações por tratores ou aviões agrícolas, desta forma névoas de agrotóxicos atingem tanto os trabalhadores como o meio ambiente de maneira geral, afetando a população que vive no entorno destas áreas, expondo também as famílias dos trabalhadores.

Estudos mostram que o Brasil está entre o terceiro e quarto lugar em consumo de agrotóxicos no *ranking* mundial, utiliza aproximadamente 3,2 kg de agrotóxicos por hectare. O país conta com uma estimativa de 400.000 pessoas contaminadas anualmente por agrotóxicos (PIRES, CALDAS e RECENA 2005, PERES, OLIVEIRA-SILVA, DELLA-ROSA e LUCCA 2005).

Em 1990 a Organização Mundial de Saúde<sup>8</sup> já estimava a ocorrência de aproximadamente três milhões de intoxicações anualmente no mundo, com cerca de 220 mil mortes. Sabendo do sub-registro destas intoxicações, podemos dizer que este número pode ser consideravelmente maior.

Segundo o INDEA<sup>9</sup> o Estado do Mato Grosso possui duzentos e oitenta empresas autorizadas a comercializar agrotóxicos e quarenta e três autorizadas a aplicar os produtos, sendo que grande parte destas está concentrada na região norte do Estado.

Sobre as doenças advindas das atividades no garimpo, a minha atuação no Hospital Universitário Julio Muller, nas áreas de clínicas médica e cirúrgica e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI adulto), possibilitou-me conhecer a realidade dos garimpeiros que em decorrência da exposição ao mercúrio já se encontravam em estado grave de saúde, inclusive evoluindo para o óbito.

Do ponto de vista de saúde do trabalhador este foi um dos fatos que mais me chamou a atenção, pois era evidente a associação da doença pulmonar diagnosticada em vários pacientes com a exposição aos riscos inerentes ao trabalho no garimpo.

---

<sup>8</sup>WHO (World Health Organization). Public Health Impact of Pesticides Used in Agriculture. Genebra. WHO, 1990.

<sup>9</sup> Disponível em: <http://www.seplan.mt.gov.br/anuario2006.html> (consulta em 26/11/2008 às 10:04 h). Quadro 10.2.2 Número de empresas autorizadas para comercialização e aplicação de agrotóxicos por município MT/2003. Instituto de Defesa Agropecuária do Estado de Mato Grosso - INDEA, 2006.

O setor produtivo da extração mineral está presente em vários municípios do Estado. De acordo com a Secretaria da Fazenda do Estado de Mato Grosso – SEFAZ/MT<sup>10</sup> existem em Mato Grosso aproximadamente 250 indústrias, incluindo os extração de minerais metálicos, não metálicos e carvão.

Apesar de o número de garimpos não ser tão expressivo se comparado aos demais setores, como o madeireiro que está em torno de mil empresas no Estado, o setor garimpeiro se destaca quanto à produção de ouro (2.766 kg em 2006<sup>11</sup>) e à produção de doenças graves e fatais.

Uma das principais doenças é o mercuralismo, decorrente da intoxicação pelo mercúrio, manifestando-se depois de cessada a exposição através de sintomas neuropsíquicos de ansiedade e mudanças de humor, desânimo, perda da auto-estima e depressão maior, perda de memória, insônia e distúrbios do sono, cefaléia, dores musculares, tremores, hipertensão arterial, alterações renais e alérgicas (FARIA 2003).

CÂMARA, TAMBELLINI, CASTRO e WAISSMANN (2003) relatam que as atividades de trabalho que produzem poeiras minerais podem causar pneumoconiose, uma doença caracterizada por alterações no sistema respiratório, persistente e irreversível, podendo progredir e levar a morte. Além disso, reforça que trabalhadores que se expõem ao mercúrio podem sofrer alterações no sistema respiratório e nervoso. O caso relatado por um dos entrevistados deste estudo ilustra tal afirmação:

*Esse mercúrio se não tiver cuidado pega o pulmão, aí seca o pulmão da pessoa. O cuidado que tem que ter é ficar virado para o outro lado do vento. Se o vento está para um lado você tem que ficar para o outro lado. Já vi um doente em Sorriso, atacou o pulmão, secou e não agüentou, morreu. Novo ainda, tinha média de uns 30 anos. Para trabalhar tem que usar a máscara, mas se não souber usar é mais perigoso, porque quando a pessoa está com aquela máscara ela descuida do vento e respira demais perto da fumaça, acaba fazendo mais mal ainda (AC, 50 anos).*

---

<sup>10</sup> Informação extraída do Anuário Estatístico do Estado de Mato Grosso. Secretaria Estadual de Planejamento. Cuiabá/MT: 2005.

<sup>11</sup> <http://www.seplan.mt.gov.br/anuario2007> (acessado em 19/02/2009).

Um estudo epidemiológico realizado por CASTRO, SILVA e VICENTIN (2005) sobre internações por pneumoconioses, aponta a região centro-oeste e a região norte como as de maior prevalência destas doenças. Os autores destacam a importância de se considerar o ambiente de trabalho como fator de risco para tal ocorrência.

SANTOS et al (1995) estudaram garimpos no Estado do Pará e, acrescentam a importância das condições de vida e trabalho dos trabalhadores como potenciais determinantes no aparecimento de outras doenças decorrentes da falta de saneamento, qualidade da alimentação, hábitos como tabagismo e etilismo frequentes nesta população. Destacam a alta prevalência de anemia, gripes/resfriados, doenças sexualmente transmissíveis, hepatite e verminoses.

Portanto, foi através das vivências como profissional de saúde que pude observar as histórias de vida dos trabalhadores doentes, fragilizados, desamparados, que sofrem hoje as consequências de uma vida de exposição a condições precárias de trabalho. Nasceu a partir disso a motivação para realizar este estudo em moldes qualitativos, buscando através de entrevistas semi-estruturadas e da observação de campo aprofundar-me nas questões relacionadas à saúde, doença e trabalho destes trabalhadores, nos seus aspectos objetivos e subjetivos presentes em suas trajetórias de vida.

Tanto nas pesquisas anteriores que participei como neste estudo mais específico constata-se que entre os referidos setores existem diferenças, porém existem muitas semelhanças. Divergem na natureza do risco, mas todos possuem riscos intensos de acidentes e doenças; divergem no processo produtivo, mas igualmente exigem grande esforço físico, longas jornadas de trabalho, lidam com máquinas, equipamentos e ferramentas perigosos; a maioria das empresas está na região norte do Estado. Alguns adentram mais a mata, outros menos, no entanto na maioria dos casos as condições de moradia, alimentação e trabalho são precárias.

Além disso, o baixo nível de escolaridade e a baixa qualificação para alguns tipos de trabalho é algo comum entre os trabalhadores que aprendem conforme a necessidade. Quando falta serviço em um ramo, partem para outro onde há oferta e assim fazem rodízio nos três setores. Frequentemente tem-se a ocorrência de acidentes, de sub-notificação, de sub-remuneração, de não registro da carteira de

trabalho, de difícil acesso aos serviços de saúde, de desamparo social no momento da doença. Estas são algumas semelhanças das condições as que estão submetidos os trabalhadores destes setores.

Esta realidade choca e causa incômodo em quem lida diretamente com estes trabalhadores. É assim que me sinto, chocada, incomodada quando me deparo com situações em que os desgastes causados pela exposição diária às precárias condições de trabalho e de vida são concretizados em corpos adoecidos no leito hospitalar. Acreditar que é possível evitar ou pelo menos reduzir os riscos de doenças e acidentes, melhorando as condições de moradia, alimentação, água, oferecendo equipamentos de proteção individual e coletiva aos trabalhadores é algo que me estimula a continuar a luta pela consolidação da área de conhecimento de saúde do trabalhador em Mato Grosso.<sup>12</sup>.

A produção de conhecimento sobre esta realidade é urgente para que ações efetivas dos serviços de saúde possam contemplar as necessidades dos trabalhadores, principalmente aqueles que exercem atividades manuais, que via de regra, são abandonados a sua própria sorte sem o devido amparo social.

O desamparo é citado por vários trabalhadores e está relacionado tanto com os serviços de saúde quanto com os benefícios trabalhistas e previdenciários. É comum ouvir dos trabalhadores que gastaram tudo o que tinham sendo atendidos nos serviços de saúde privados devido a dificuldades de acesso aos serviços públicos ou por não encontrar resolutividade nestes.

*Já tive serviço de ganhar 5, 6 mil reais no mês. Isso nós em cinco, seis trabalhando juntos... dá assim uns 900 por mês para cada um. Chega até mil por mês. Ganhei muito dinheiro, mas agora com essa doença gastei tudo no médico particular (S, 47 anos).*

Alguns relatam que para se conseguir o atendimento público é necessária a ajuda de outros para encaminhá-los e quando se sentem atendidos retribuem com

---

<sup>12</sup> A atuação do NEAST, em conjunto com o Programa de Saúde Coletiva, ISC/ UFMT, vêm procurando exatamente produzir conhecimento sobre a saúde do trabalhador mato-grossense.

gratidão e até com presentes. No atual estudo encontramos relatos de trabalhadores que foram atendidos após a intervenção de assessores de políticos da região.

Todo este quadro também tem motivado profissionais e instituições ligadas ao trabalhador, como o Ministério do Trabalho, Ministério Público e Secretaria Estadual de Saúde a buscar alternativas capazes de amenizar o sofrimento dos trabalhadores. Um dos fatos que despertou a atenção foi a vinda de trabalhadores vítimas de problemas respiratórios graves decorrentes da exposição à poeira mineral, inclusive com óbitos registrados<sup>13</sup> para o município de Cuiabá, especialmente no Hospital Universitário Julio Muller – HUJM.

No Brasil as responsabilidades pela atenção a saúde do trabalhador são compartilhadas de forma diferenciada pelos empregadores, pelos próprios trabalhadores e pelo Estado. Para a classe trabalhadora o Sistema Único de Saúde – SUS representa a única alternativa disponível de cuidado, e está em processo de estruturação para atendimento à saúde do trabalhador.

Atualmente o trabalhador é atendido de forma comum, não sendo considerada, de maneira geral, a possibilidade de associação da doença com a exposição ocupacional. Este fato foi confirmado ao manipular os 13 (treze) prontuários clínicos dos trabalhadores deste estudo, pois somente em sete deles foi preenchido o campo ocupação e ainda assim quatro divergiram do informado pelos trabalhadores.

Na tentativa de se conhecer melhor a realidade da saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde, está estruturando a rede sentinela (em instalação e avaliação em alguns municípios), de modo a registrar os agravos identificados na rede pública e privada através do Sistema de Notificação de Agravos à Saúde do Trabalhador – SINAST e assim obter um banco de dados que possibilite traçar as prioridades das políticas de saúde do trabalhador em cada região.

Neste sentido DIAS e HOEFEL (2005) destacam que apesar dos avanços na definição de políticas de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde – SUS, existem várias dificuldades para sua implementação, especialmente relacionadas ao despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com

---

<sup>13</sup> Relatórios de Internação emitidos pelo Sistema de Informação HOSPUB do Hospital Universitário Julio Muller, 2005.

os riscos e agravos à saúde relacionados com o trabalho e à baixa cobertura das ações. Soma-se a isto a complexidade decorrente da diversidade de danos para sua saúde devido o entrelaçamento das “doenças profissionais” e das “doenças comuns”, agravadas ou modificadas pelo trabalho.

Além disso, a carência geral de informações quantitativas sistematizadas sobre a verdadeira magnitude do problema, a deficiência do sistema de coleta de informações por parte do setor público, a sub-notificação nas empresas e ainda diagnósticos incorretos impedem a inclusão no rol de doenças relacionadas ao trabalho reconhecidas (GOMEZ, CARVALHO e PORTO 1992).

Acrescenta-se ainda a dificuldade de fiscalização eficaz por parte do Ministério do Trabalho e Emprego que ocorre principalmente, por insuficiência de recursos humanos para visitar as indústrias e exigir com rigor o cumprimento da legislação. É possível observar que legalmente o trabalhador está amparado, porém na prática fica a mercê do empregador e assim é raro encontrar trabalhadores com carteira assinada e garantias trabalhistas. Neste estudo apenas um trabalhador informou ter carteira assinada, quatro tiveram (por pouco tempo), cinco nunca assinaram, um está aposentado como produtor rural, um por idade e outro como autônomo.

Foram todas estas questões e, especialmente o desejo de ultrapassar o universo frio e objetivo dos dados e variáveis quantitativas e adentrar o mundo subjetivo destes trabalhadores, que me despertaram para o desenvolvimento deste estudo, tendo como objeto as representações sociais, na expectativa de identificar como estes trabalhadores vêem a relação entre o adoecimento e o trabalho que exercem ou que exerceram ao longo de suas trajetórias de vida.

Assim, este estudo tem como **objetivo geral** compreender as representações sobre a relação trabalho-doença dos trabalhadores inseridos nos setores produtivos da agropecuária, da indústria madeireira e dos garimpos, provenientes da área de influência da BR 163.

Como **objetivos específicos** buscamos: 1) identificar a partir da ótica dos trabalhadores, as experiências objetivas do mundo do trabalho – situações concretas e seus impactos na saúde; 2) identificar as experiências subjetivas do mundo do

trabalho – representações sociais; 3) caracterizar o processo da experiência da doença e suas conseqüências para os trabalhadores na esfera de suas representações.

Como opção metodológica, para o estudo das representações sociais dos trabalhadores sobre a relação trabalho-doença, a pesquisa desenvolvida é de cunho qualitativo, pois permite conhecer as motivações, os valores, enfim, as representações do real dos agentes sociais investigados, uma vez que se busca a compreensão do significado e uma “descrição densa” do fenômeno observado. A entrevista semi-estruturada e a entrevista em profundidade foram os recursos técnicos utilizados, assim como a observação de campo.

Os dados foram colhidos no Hospital Universitário Julio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso, no período de abril a outubro de 2007, sendo entrevistados treze trabalhadores, 12 (doze) homens e uma (01) mulher, com idade variando entre 20 (vinte) e 85 (oitenta e cinco) anos. Estes entrevistados são trabalhadores migrantes que se deslocaram de outras regiões do país, especialmente do sul, para residir e trabalhar em municípios localizados na área de influencia da BR 163.

Nas pesquisas qualitativas a *objetivação* implica como destaca BOURDIEU (2003) o esforço controlado de conter a subjetividade, que como aponta, não é possível realizá-la plenamente, mas é essencial enquanto meta. O controle implica em se ter consciência de suas preferências e explicitar o contexto da pesquisa, a orientação teórica, o momento sócio histórico, a personalidade do pesquisador, o *ethos* dos pesquisados.

É nesta perspectiva, que no primeiro capítulo apresento tanto os referenciais teórico-metodológicos como todos os passos do processo de pesquisa. Este estudo foi ancorado no referencial teórico proposto por Pierre Bourdieu, dada suas características sócio-antropológicas. Assim os conceitos de *habitus*, *ethos*, *capital* (*econômico, cultural, social e simbólico*), *estratégia*, *estrutura*, *trajetória*, *campo* e *espaço social* permearam a análise dos dados.

No segundo capítulo apresento uma caracterização dos trabalhadores e da região de influência da BR 163 no Estado de Mato Grosso, para contextualizar as discussões ligadas às representações saúde, doença e trabalho. Esta caracterização permite conhecer quem são estes trabalhadores e qual o cenário de suas trajetórias de

vida. Destaca-se o papel da migração nestas trajetórias, de percursos semelhantes como força de trabalho para a área de fronteira, impulsionados pelo capital econômico e cultural. Como agentes sociais os trabalhadores migram em busca de oportunidades de reprodução do modo de vida de sua classe social.

O terceiro capítulo traz a contextualização do mundo do trabalho, as experiências objetivas e as representações sociais dos trabalhadores sobre o processo produtivo, o ambiente de trabalho e os riscos a que estão expostos. Esta discussão sobre o mundo do trabalho permite identificar as relações de trabalho em que se evidencia a importância do “saber-fazer”<sup>14</sup> na percepção dos riscos, o processo de precarização das condições de vida e trabalho e o desamparo social a que estão sujeitos.

O quarto e último capítulo mostra as representações sociais sobre o processo saúde-doença e sobre a relação trabalho-doença e a interação dos trabalhadores com os serviços de saúde. A experiência da doença é evidenciada como divisor de águas em relação à percepção dos riscos de acidentes e doenças e possibilita a reflexão sobre a associação da doença com o trabalho. Além disso, no capítulo são evidenciadas as relações dos trabalhadores com serviços de saúde que ainda não se mostram preparados para o atendimento voltado as questões de saúde do trabalhador.

---

<sup>14</sup> “Savoir faire” é uma expressão francesa que se traduzida para o português significa “saber fazer”. Esta expressão é adotada para designar o conhecimento necessário à realização de uma tarefa ou de um processo.

## **CAPITULO I**

### **REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

*...a verdadeira riqueza está expressa em um dialogar, no sorriso ou em um pensar...*

Trecho de uma poesia do trabalhador R, 20 anos, agricultor, Matupá/MT

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A relação com o objeto da pesquisa se iniciou a muitos anos, desde que iniciei no Projeto Vida (1999). A curiosidade em conhecer os aspectos da saúde, da doença e especialmente do trabalho a partir da ótica dos trabalhadores fazia com que me aprofundasse nas conversas com os trabalhadores no momento da avaliação de saúde. Inúmeras vezes ficávamos conversando demoradamente sobre suas experiências. Isto também ocorria no atendimento às empresas pelo SESI em Sinop/MT.

Este vivenciar a problemática da saúde dos trabalhadores mato-grossenses, como profissional, buscando sempre estabelecer um diálogo com estes agentes sociais, permitiu-me questionar: como eles percebem os problemas de saúde com relação ao trabalho que exercem ou que exerceram ao longo de suas experiências profissionais? E mais especificamente, quais as representações sociais que possuem sobre a relação trabalho-doença?

As representações sociais, como objeto de reflexão, têm permitido pensar as relações entre os pólos representacional e vivencial do processo de saúde-doença e sua complementaridade. Assim, a valorização do estudo das representações sociais como categoria analítica na área de saúde baseia-se na concepção de que ela permite trazer para a reflexão, ao mesmo tempo, a dimensão social e individual do processo saúde/doença. Desta forma, permite superar cisões entre representações e práticas, ação e estrutura, na medida em que esta categoria exige duplamente uma interface entre a esfera individual e a social (ALVES e RABELO, 1999).

Enquanto construções feitas pelos indivíduos acerca de um dado fenômeno, que influenciam na maneira de interpretar e se relacionar com a realidade, as representações sociais são engendradas no contexto imediato do sujeito, porém histórico. Desta forma, articulam-se às condições estruturais e conjunturais dos sujeitos, caracterizando a reciprocidade na relação indivíduo/sociedade na construção da realidade.

Diante da grande variedade de autores que se apropriam desta categoria, segui o conselho de CHAUI (1994, p.21): “ler é aprender a pensar na esteira deixada pelo pensamento do outro (...) é retomar a reflexão de outrem como matéria-prima para o trabalho de nossa própria reflexão”, assim me pus a ler, direcionando meu olhar para a utilização das representações sociais do grupo que me propus estudar, buscando nos campos da psicologia social, da sociologia e da antropologia um referencial teórico metodológico que melhor correspondesse à temática e às minhas expectativas enquanto pesquisadora e enquanto pessoa.

Tendo como precursor Serge Moscovici, a teoria das representações sociais tem sido cada vez mais utilizada no campo da saúde coletiva. Como mencionado anteriormente tem se mostrado de grande importância na mudança das práticas pelo fato de considerar as dimensões sociais, culturais e ideológicas como fundamentais na elaboração de políticas de prevenção de doenças e outros agravos à população.

A consolidação desta teoria ocorreu, principalmente, a partir da obra de Serge Moscovici, nos anos de 1960, e se constitui uma ruptura epistemológica no âmbito da Psicologia Social. E, como aponta JOVCHELOVITCH (1995), a emergência e crescimento desta teoria, longe de ser um “fato asséptico que faz o prazer e o gosto dos cânones estabelecidos por aquela disciplina” (p.63), repõe contradições e dilemas como a relação indivíduo/sociedade e como esta relação se constrói. Associada a esta contradição, continua a autora, há outra bastante similar sobre o domínio das operações simbólicas, este um espaço das construções humanas sobre o real, onde a realidade enquanto campo contratual pode ser expandida, redefinida, e eventualmente transformada, que impõe repensarmos à relação entre o mundo material e o mundo simbólico.

As pesquisas sobre o processo saúde/doença que têm como eixo central as representações sociais deparam-se, portanto, com estes dilemas também. E, como aponta MINAYO (1998), a tentativa de tratar a influência recíproca da estrutura social e a do sujeito, vem implicando para o campo da Saúde Coletiva, a reconstrução de toda uma trajetória de filiações ideológicas, ou as tradições, do conhecimento produzido sobre aquele processo. O conhecimento é sempre interessado e o reconhecimento do mundo como biológico e social implica, portanto,

sempre construir uma reflexão sobre o epistemológico e político no processo investigativo.

Mas, como nos alerta HERZLILCH (2005), a categoria representação social pode se constituir uma metanoção se os estudos não indicarem o modo como estas representações estão enraizadas na realidade social e histórica.

Para a Psicologia Social (SPINK 1992) o estudo das representações sociais abarca dois aspectos centrais: a construção do conhecimento (sócio-cognitivo) e a funcionalidade desses conhecimentos nas práticas sociais. No primeiro conceitua a ideologia como visão de mundo, o segundo privilegia as práticas sociais, possibilitando a emergência da ideologia como representações hegemônicas a serviço das relações de poder, por isso as representações sociais são sempre ideológicas (p. 201). Nesta perspectiva, admite-se que o homem situa-se no processo histórico, entretanto, existe espaço para as forças criativas da subjetividade, buscando superar as visões dicotômicas de um determinismo (homem-produto da sociedade) e o voluntarismo do contratualismo (sujeito-livre agente).

Quanto à dimensão ideológica e sua relação com representação social, GUARESCHI (2003) define ideologia como mediação nas relações de dominação e exploração e destaca que “nossas representações não são independentes: têm a ver com nossa concepção de ser humano e de sociedade” (p. 200).

No âmbito da Sociologia e da Antropologia as representações sociais são elementos coletivos comunicados repetidamente e assimilados pelos sujeitos sociais de uma dada formação social. Isto é, elas baseiam-se nas regras, nas crenças e nos modos de pensar e agir interiorizados pelos sujeitos ao longo do processo de socialização, e estes envolvem uma multiplicidade de aspectos: físicos-biológicos, cultural e social. “Representações sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou no conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categoriais de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (MINAYO, 1998, p. 89).

A autora ao buscar a gênese do conceito de representações sociais na sociologia clássica nos aponta Durkheim como o autor que trabalha explicitamente o conceito de Representações Sociais usando o mesmo sentido dado para Representações Coletivas. Os termos referem-se a categorias de pensamento por

meio das quais determinada sociedade elabora e expressa a realidade. A importância deste autor está em demonstrar que as categorias do pensamento não são dadas *a priori* e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos fatos sociais passíveis de observação e de interpretação.

As representações coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não dos indivíduos. Os símbolos com que ela se pensa mudam de acordo com a sua natureza (DURKHEIM, 1978, p. 79).

Na sua elaboração teórica as representações sociais, como representação do coletivo, respondem de diferentes formas a condições dadas da existência humana e, neste sentido não existem como “falsas”, pois elas, assim como as estruturas e as instituições são maneiras de agir, pensar e sentir, exteriores ao indivíduo e dotadas de um poder coercitivo que lhes é imposto (DURKHEIM, 1978).

O poder de coerção atribuído à sociedade sobre os indivíduos, de maneira absoluta, no pensamento durkheimiano e seus seguidores tem sido uma das críticas na elaboração da Teoria das Representações Sociais, principalmente pela abordagem fenomenológica. Já para os marxistas, a visão de Durkheim elimina o pluralismo fundamental da realidade social, em particular as lutas e o antagonismo de classe (MYNAYO, 1995).

Para Marx, a produção das idéias, das representações, da consciência está de início diretamente entrelaçada com a atividade material e com o intercâmbio entre os homens. Para este pensador o princípio básico do pensamento e da consciência, de determinado modo de vida dos indivíduos, é condicionado pelo modo de produção de sua vida material. E, como salienta MINAYO (1995), a categoria consciência é chave em Marx para tratar do campo das idéias e das representações.

A produção de idéias, das representações e da consciência está, antes de mais nada, direta e intimamente ligada à atividade material e ao comércio material dos homens; é a linguagem da vida real. Os homens são produtores de suas representações, de suas idéias, etc., mas os homens reais, atuantes, condicionados que são por desenvolvimento determinado de suas forças produtivas e das relações a elas correspondentes, incluindo-se as mais amplas formas que estas

possam tomar. A consciência jamais pode ser outra coisa que o ser dos homens é o seu processo de vida real. Não é a consciência que determina a vida, mas é a vida que determina a consciência (MARX, 1984, p. 42-43).

Nesta direção BARSAGLINI (1999) lembra George Lukács que relaciona representações com a noção de “visão de mundo” constituindo-se no principal aspecto concreto do fenômeno da “consciência coletiva”. E destaca que representação:

é o conjunto de aspirações, sentimentos e idéias que reúne os membros de um grupo (ou classe social) e as opõem aos outros grupos. Aponta para a determinação da base material sobre as idéias, uma vez que os homens são obrigados a se preocupar com as atividades que garantam a sua existência ou à conservação de seus privilégios, à gerência e aumento de sua fortuna (p.11).

Retomando os campos da sociologia e da antropologia, observa-se que a teoria de Pierre Bourdieu aproxima aspectos do pensamento marxista, admitindo a existência de relações de poder entre classes ou grupos e a influência do capitalismo na relação indivíduo/sociedade. Amplia a discussão das representações sociais na sociedade moderna empregando, principalmente, os conceitos de *habitus*, *campo* e neste caso, *trajetória social* para explicar a realidade.

A teoria da prática, a praxeologia, de Bourdieu, tem como objeto apreender a articulação entre o plano da ação ou das práticas subjetivas e o plano das estruturas, investigar as relações dialéticas entre estrutura e o agente, isto é, investigar o processo de “interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade”. É neste contexto que o conceito de *habitus* é estratégico no seu esquema de explicação para a articulação entre estrutura e o agente social buscando enfocar a mediação entre o sujeito e as relações objetivas do mundo social.

Nesta perspectiva, a teoria bourdiesiana constitui-se no instrumental teórico fundamental na apreensão e compreensão das representações sociais dos trabalhadores quanto à relação trabalho-doença, objetivo geral deste estudo. Ela mostra-se capaz de abarcar os aspectos da dinâmica capitalista existente em nossa sociedade, bem como seus aspectos sociais, culturais e ideológicos. Considera o

campo econômico como preponderante na elaboração das representações dos agentes, mas não determinante como encontrado na teoria marxista.

Para BOURDIEU (2005) o trabalhador age individualmente ou em grupos, onde as ações estão direcionadas em função de suas ideologias e práticas formando o *habitus*. Conceitua *habitus* como um “sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes” (p. 191).

Os indivíduos têm a possibilidade de fazer escolhas, apesar de serem dentro dos limites da classe ou do grupo social a que pertencem. Agem de acordo com suas práticas e ideologias (*habitus*) que são sedimentadas ao longo das histórias de vida.

BOURDIEU (2005) destaca ainda as possibilidades objetivas e subjetivas dos agentes. A primeira está relacionada ao que realmente/concretamente acontece (o garimpeiro vai de fato estar exposto a diversos riscos e adoecer), a segunda está relacionada à sua ideologia, ao que os agentes aspiram (o garimpeiro vai encontrar um diamante e ficará milionário).

De acordo com esta teoria existem possibilidades definidas estruturalmente dentro de um *campo* (*de poder*), onde os indivíduos ou grupos de indivíduos mantêm relações de poder caracterizadas pela relação entre grupos dominantes, grupos dominados e grupos de dominantes-dominados.

Para MONTAGNER (2006) “as representações sociais são manifestações de um *habitus*, assim podem ser apreendidas e estudadas, especialmente por suas características mediadoras entre o que pensa o indivíduo e o papel que representa na sociedade” (p. 524).

Os agentes incorporam a estrutura social ao mesmo tempo em que a produzem, legitimam e reproduzem. A estrutura define e/ou coage a ação dos agentes, porém no cotidiano, através de suas práticas, utilizando-se de estratégias, os mesmos podem transformá-la ou conservá-la (BOURDIEU 1996).

MONTAGNER (2007) destaca que isto é um movimento, há uma dinâmica de acordo com as mudanças na estrutura social, especialmente econômicas, ou seja, levadas pelo capital. O campo está em constante mudança e a trajetória social é o movimento dentro deste campo. E enfatiza que:

O sentido, ou os sentidos, de cada ato do agente ou de um grupo social, só ganha solidez sociológica quando relacionado com os estados pelos quais passou a estrutura do campo enquanto espaço relacional dos postos, posições e disposições dos agentes dentro desse campo em cada momento (p. 255).

BOURDIEU (1996) aponta que trajetória é a objetivação das relações entre os agentes e as forças presentes no campo, descreve a série de posições sucessivamente ocupadas em espaços sucessivos, deve ser compreendida como uma maneira singular de percorrer o *espaço social*, onde se exprimem as disposições do *habitus* e reconstitui a série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente ou por um grupo de agentes em espaços sucessivos.

O autor afirma que o *espaço social* é onde os agentes estão posicionados de acordo com o volume e a estrutura do capital, sendo um espaço multidimensional de posições, de tal forma que na primeira dimensão os agentes se distribuem segundo o volume global de capital e na segunda dimensão de acordo com a estrutura do seu capital (econômico, social, cultural e simbólico). Este conceito rompe com a estrutura social piramidal, que leva em consideração a posição dos agentes apenas segundo o capital econômico.

Admitindo o caráter sócio-antropológico deste estudo, a teoria da prática, de Bourdieu, enquanto instrumental, permite relacionar as fontes de dados ligadas as subjetividades individuais, ao mundo real concreto das relações humanas, através do conceito de *trajetória*. Se o campo está em permanente mudança a trajetória social é o movimento dentro de um campo de possíveis definido estruturalmente, mesmo que as estratégias e os movimentos individuais sejam ao acaso. O sentido, ou sentidos, de cada ato do agente ou de um grupo social, só ganha solidez sociológica quando relacionado com os estados pelos quais passou a estrutura do campo enquanto espaço relacional dos postos, posições e disposições dos agentes dentro desse campo em cada momento.

Portanto, de acordo com a teoria bourdiesiana, a biografia independe do indivíduo, pois está ligada ao conceito de agente operando em um campo de forças, muitas vezes sem atinar para o sentido real de sua ação, em um conjunto mais vasto de caminhos possíveis à sua geração. Os acontecimentos biográficos são eventos em

um fluxo social mais vasto, correspondem a abalos parciais, cujo epicentro escapa ao ângulo de mirada do próprio agente.

Estas concepções são balizares na análise das trajetórias de vida dos entrevistados neste estudo, pois assumo que o conceito de representações sociais mostra-se semelhante ao de *habitus*, ou seja, é nas práticas e nas ideologias que se encontram as representações que os agentes possuem a cerca da relação trabalho-doença.

Apropriar-me desta teoria não foi algo fácil, exigiu repetidas leituras, especialmente por ser o primeiro contato. A formação de enfermeira (pelo menos há dez anos quando me formei) dava ênfase no conhecimento técnico e então a sociologia, antropologia e filosofia eram disciplinas secundárias.

Atualmente está crescendo a quantidade de estudos de abordagem sociológica e antropológica no campo da saúde, especialmente entre os profissionais enfermeiros. A percepção do processo saúde-doença, o recurso médico e a medicalização, os atos e as representações que constituem as práticas de saúde de uma população, estão imbricados a estrutura social e impulsionam o diálogo entre as Ciências da Saúde e as Ciências Sociais (CANESQUI, 1997 e NUNES, 1999).

É nesta perspectiva, do diálogo com os diversos saberes que o objeto de pesquisa foi impondo, que fui tecendo a urdidura deste trabalho. Além da experiência prática, o contato com a literatura pertinente possibilitou uma maior aproximação com o objeto. Porém, meu olhar sobre o objeto foi se modificando e se consolidando a partir das leituras das teorias sócio-antropológicas. Esta etapa da pesquisa compreendeu o que CARDOSO DE OLIVEIRA (1996) denomina como o “*olhar e o ouvir* do antropólogo. Faculdades que se complementam com o *escrever*. O momento do *escrever* consiste no desafio de fazer a junção entre o *olhar* e o *ouvir* e produzir então o resultado final da pesquisa.

Neste processo há uma interação entre o pesquisador e o objeto de estudo. Como afirma SALLES (1999) “ninguém passa pela experiência de interação com seu objeto de estudo sem modificá-lo e sem ser modificado por ele” (p. 2).

Para alcançar os objetivos propostos foi necessário estabelecer um método de investigação. Afinal como destaca OLIVEIRA (2001), o método representa um

caminho seguro para o desenvolvimento de um estudo, permitindo interpretar com maior coerência as questões sociais propostas.

Nesta perspectiva CHAUI (1994) acrescenta ainda que “*methodos* significa uma investigação que segue um modo ou uma maneira planejada e determinada para conhecer alguma coisa; procedimento racional para o conhecimento seguindo um percurso fixado” (p. 354).

Adotei o método qualitativo para estudar as representações sociais sobre trabalho-doença dos trabalhadores internados nas clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário Julio Muller. Estes trabalhadores são provenientes da área de influência da BR 163 em Mato Grosso, atuam ou atuaram nos setores da agropecuária, da indústria madeireira e dos garimpos.

Vale destacar que diante da escassez de estudos com estas características no âmbito nacional, e inexistência no regional, bem como da carência de informações relacionadas à relação trabalho-doença, esta pesquisa é considerada exploratória.

A pesquisa qualitativa é adequada para estudos desta natureza, pois possibilita a apreensão da realidade. Esta realidade que é cultural, política, ideológica e historicamente construída (MINAYO (1998).

Esta ênfase também é apresentada por TURATO (2005), destacando que o método qualitativo é empregado não para estudar os fenômenos em si, mas o que estes significam individualmente ou coletivamente na vida das pessoas, ou seja, possibilita conhecer a fundo suas vivências e as representações que possuem quanto às experiências de vida.

A observação de campo e a entrevista semi-estruturada foram adotadas como instrumentos da coleta de dados.

a) observação de campo – observei o fluxo e a rotina das unidades de atendimento, a demanda de pacientes relacionados ao estudo, realizei o contato com a equipe médica e de enfermagem, o estudo dos prontuários clínicos dos entrevistados, acessei o livro de registro de entrada e saída dos pacientes das unidades, anotei as impressões sobre o local da pesquisa, sobre o conteúdo de cada entrevista e o comportamento dos entrevistados, dentre outros aspectos. Isto possibilitou a identificação dos participantes da pesquisa de acordo com os critérios

de inclusão e exclusão, o acesso aos mesmos e a realização das entrevistas conforme proposta do estudo.

As observações foram registradas no diário de campo que favoreceu o detalhamento da coleta de dados, bem como as impressões da pesquisadora, enriquecendo a discussão dos resultados. Para MINAYO (2004) esse acervo de informações torna mais completa a pesquisa de campo. Ainda nesta direção OLIVEIRA (1996) enfatiza ainda que:

Os dados contidos no diário e nas cadernetas de campo ganham inteligibilidade sempre que rememorados pelo pesquisador; o que equivale dizer que a memória constitui provavelmente o elemento mais rico na redação de um texto, contendo ela mesma uma massa de dados cuja significação é mais bem alcançável quando o pesquisador a traz de volta do passado, tornando-a presente no ato de escrever (p. 31).

b) entrevista semi-estruturada direcionada por um roteiro versando sobre a temática da pesquisa (questões relacionadas à saúde, doença e trabalho, suas representações e práticas). Foram gravadas, com o consentimento dos participantes, e transcritas na íntegra.

MINAYO (2004) considera que estes instrumentos são adequados para estudos qualitativos desta natureza. A entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas de modo que o entrevistado discorre sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada. Ressalta ainda que “a entrevista, como forma de interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade” (p. 262). Assim, cada entrevista expressa a realidade de forma diferenciada.

VIEIRA E QUEIROZ (2006) ressaltam ainda que em uma pesquisa qualitativa as perguntas vão se desenvolvendo conforme o andamento do estudo, de modo que precisa ser flexível para acompanhar os desdobramentos da relação do pesquisador com seu objeto de pesquisa.

Além disso, verificamos no campo, que a entrevista semi-estruturada produz maior aproximação entre pesquisador e pesquisado, pois as entrevistas transformam-se em conversas, que perdem a formalidade e dão lugar a diálogos que transcorrem

com maior fluidez. É claro que sempre que necessário direcionamos as narrativas para as questões do estudo, porém sem causar interrupções bruscas e evitando imposições.

De posse dos dados, qual a melhor forma para organizá-los e interpretá-los de modo a responder aos objetivos do estudo? Partindo desta pergunta o desafio foi identificar o referencial teórico metodológico para fundamentar a análise dos dados.

Este processo se iniciou ainda na concepção do projeto, no entanto passou por muitas modificações e só se consolidou no ato de *escrever*.

A necessidade de fundir o olhar profissional e técnico com o olhar sócio-antropológico se deu justamente ao me deparar com os aspectos quantitativos da saúde do trabalhador, bem como com as enfermidades encontradas nos trabalhadores internados e com as falas dos trabalhadores tanto nos locais de trabalho quanto no hospital.

A importância de se compreender as representações sociais da relação trabalho-doença sob a ótica dos trabalhadores está em acreditar que a partir do entendimento que os mesmos têm a cerca do trabalho, da doença e da relação entre estes pode auxiliar na adoção de medidas preventivas não somente relacionadas a doenças e acidentes, mas relacionadas ao amparo social (benefícios previdenciários e trabalhistas, serviços de saúde, entre outros) para os trabalhadores sadios e para os que já estão acometidos pelas doenças e seqüelas de acidentes.

Nesta perspectiva, as representações dos trabalhadores foram tidas como ponto central para discussão, pois são estes que vivenciam o risco e a experiência da doença, sendo, portanto, uma fonte riquíssima para entendimento da realidade. É a participação no processo produtivo que possibilita compreender o risco em suas várias dimensões, especialmente pela experiência que estes trabalhadores acumulam em relação às situações concretas de trabalho. Além disso, a percepção individual de pontos chaves das relações de trabalho pode conferir risco e proteção aos trabalhadores (PORTO e FREITAS 1997; SILVA, NOVATO-SILVA, FARIA e PINHEIRO 2005; CORREA FILHO, 1994).

Desta forma, as representações dos trabalhadores mostram-se elementos importantes na construção da percepção de riscos, constituindo instrumentos de

prevenção no ambiente de trabalho (PERES, OLIVEIRA-SILVA, DELLA-ROSA e LUCCA, 2005).

O trabalhador na condição de paciente, vivenciando a doença, pode contribuir no sentido de que o momento da doença exige uma interpretação, passa a ter uma significação, que é socialmente construída (GOMEZ, MENDONÇA e PONTES, 2002). Assim, o trabalhador doente torna-se importante para este estudo, uma vez que além de possuir a experiência das situações concretas de trabalho, é carregado de representações constituídas a partir da experiência da doença.

ALVES e RABELO (1999) ressaltam que a experiência da doença é a forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significado, além de que as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores.

Daí se explica minha escolha por buscar nos trabalhadores doentes as representações que têm sobre a relação trabalho-doença, a experiência da doença lhes confere significado, ao contrário dos trabalhadores em atividade que por não terem vivenciado o momento da doença, não lhe atribuem significado, e muitas vezes, ignoram a possibilidade de adoecer. No momento da doença a saúde passa a ter mais “valor”.

*A saúde pra mim é uma coisa fantástica. É por isso que eu falo: quando a gente está com saúde, experiência própria mesmo, a gente abusa muito dela. Pensa, estou com saúde estou bom. Está nada. Eu estava dirigindo, fazendo tudo, de repente não sou nada. Estou aqui doente, sem poder fazer nada. Do final de semana até a quarta-feira eu já estava desse jeito, com essa ferida, sem poder andar, nem nada. Quando que eu pensava que podia acontecer isso comigo?! (LP, 62 anos).*

Este depoimento mostra que a doença é algo inesperado, especialmente para o trabalhador que se julga “forte”, com saúde. É no vivenciar a doença que tem a oportunidade de refletir sobre o que isto significa para ele. De maneira geral, conversando com os trabalhadores nos locais de trabalho é comum se ouvir: *não tem perigo não, sempre trabalhei em serraria e nunca aconteceu nada; não precisa usar*

*nada não, esse veneno não faz mal, é só medir direitinho; o barulho não faz mal, eu sempre trabalhei aqui e nunca tive nada, isso é conversa.*

Em se tratando de saúde do trabalhador, em que a exposição aos riscos existentes nos locais de trabalho é fator preponderante no aparecimento de doenças e acidentes, a doença passa a ser para estes trabalhadores a concretização do risco. Como relata este entrevistado:

*Eu até penso que esse meu problema da perna é por causa da quentura que ela tomou. Tinha dia em que ela ficava vermelha porque no trator, por exemplo, a embreagem fica fora. Quando aperta lá no fundo fica paralelo com o motor e o motor esquenta. Faz só uns três anos que eu fui trabalhar na chácara. Trabalho com máquinas tem bem uns seis anos e continuo trabalhando para as fazendas até hoje (LP, 62 anos).*

Neste sentido, buscamos através dos referenciais acima mencionados desvendar a realidade dos trabalhadores quanto as suas representações sociais sobre as relações saúde-doença-trabalho, e a partir disto, como já mencionamos, contribuir para a formulação de medidas preventivas voltadas não somente para as doenças e acidentes, mas também relacionadas ao amparo social para esta classe trabalhadora.

## **1.1. O trabalho de campo**

Para a coleta de dados escolhi o Hospital Universitário Julio Muller (HUJM), localizado no município de Cuiabá/MT. Pertence a Universidade Federal de Mato Grosso, atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolve atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Possui uma área aproximada de 10.700 m<sup>2</sup>. Os recursos humanos somam um total aproximado de mil servidores: técnicos e docentes efetivos; contratados via

convênios; e cedidos de outros órgãos. Dispõe de 126 leitos de internação, quatro ambulatorios e duas Unidades de Terapia Intensiva, sendo uma para adultos e outra neonatal.

Do total de treze entrevistas, dez foram realizadas com trabalhadores internados na clínica médica e três na clínica cirúrgica, de acordo com a demanda encontrada. A clínica médica e a clínica cirúrgica possuem um total de cinquenta leitos, sendo vinte e seis e vinte e quatro, respectivamente.

A escolha pelo HUJM como campo de coleta de dados ocorreu por diversos motivos:

1 – pela liberdade de acesso e conhecimento de sua estrutura e demanda, uma vez que sou servidora da Instituição há mais de cinco anos, tendo assim a segurança de que encontraria trabalhadores que atendessem aos critérios do estudo;

2 – o HUJM é referência em doenças infecciosas e parasitárias e recebe pacientes de todo o Estado e adjacências, facilitando o encontro com os trabalhadores da área de influência da BR163;

3 – por ser hospital escola tem como característica a realização de pesquisas, fato que facilitou a autorização para efetivação do estudo; além disso, o acesso aos participantes e aos prontuários ocorreria sem dificuldades.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a outubro/07. Encerrou-se ao notar a suficiência de informações para o estudo e a repetição de algumas falas. Terminei a coleta satisfeita com o conteúdo das entrevistas que apesar de terem sido feitas em poucos encontros, algumas em um único encontro, acredito ter alcançado a profundidade desejada.

Foi possível encontrar trabalhadores que atuaram nos três setores produtivos na área de influência da BR 163, sendo doze do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idade variando entre 20 e 85 anos.

O trabalho de campo proporcionou a aproximação com estes trabalhadores e, neste contato a afetividade esteve sempre presente. Estabelecer um diálogo, colher histórias tão particulares da vida de cada um que expôs suas experiências, angústias, alegrias, não foi tarefa fácil, especialmente quando o contato aconteceu em uma única vez. Assim, utilizei-me de estratégias para me aproximar e tornar o contato mais caloroso.

Ao adentrar as enfermarias, sempre me dirigia a todos de forma alegre, cumprimentando-os, perguntando como estavam passando, oferecendo-lhes apoio, conforto. Levava revistas variadas (de notícias, agricultura, novelas e gibis), palavras cruzadas, cadernos, canetas para que pudessem escrever, desenhar, se distraírem e aliviar a frieza do ambiente hospitalar. O esclarecimento de dúvidas sobre direitos trabalhistas, sobre a doença e orientação sobre procedimentos para requerimento de benefícios previdenciários também ajudaram na aproximação com os trabalhadores e as conversas fluíram com maior naturalidade. Nesta relação esteve em evidência a teoria da reciprocidade de MAUSS (2003), em que o ato de *dar e receber* estabelecido entre pesquisador e pesquisado foi fundamental na construção das entrevistas.

Os trabalhadores confiaram-me suas histórias, contaram experiências de vida e trabalho, muitas vezes, íntimas, profundas. Lágrimas, risos, fizeram parte das conversas que tivemos ao longo do trabalho de campo. Em respeito a eles e na expectativa de preservar ao máximo a integridade das falas, preferi mantê-las no texto como foram ditas e transcritas após as gravações, apenas alterando as incorreções gramaticais. Procurei protegê-los utilizando codinomes, assim como para os familiares que por vezes se pronunciaram durante as entrevistas.

Para identificar os participantes da pesquisa, utilizei a primeira inicial e a idade, quando coincidiu a primeira inicial, utilizei também à segunda. Exemplo: R, 20 anos; AC, 50 anos; AS, 62 anos.

Esta relação de respeito e consideração com o outro e com o contexto social e cultural em que está inserido possibilitou-me colher narrativas sem preocupar-me com o a duração das entrevistas, deixando transcorrer livremente conforme disponibilidade do participante. Apenas em alguns momentos, quando notava necessidade de direcionar sua fala para aspectos da pesquisa, o fazia, porém sem causar interrupções bruscas nas narrativas.

A interação com os participantes não se deu de forma unilateral, pois ao falar de suas vidas e suas emoções nos levam a falar também de nossas vidas e nossas emoções. E esta experiência permanece em nossa memória, influenciando em nossa visão de mundo.

Procurei seguir os ensinamentos de MALINOWSKI (1976) que coloca o respeito à realidade própria do outro como condição *sine qua non* para a produção do conhecimento. Acrescenta que devemos rejeitar a máscara do cientista neutro e separado do objeto e buscar a interação, a relação entre as subjetividades de pesquisador e pesquisados, somente com esse respeito à alteridade é possível uma pesquisa eficiente.

## **1.2. Passos percorridos na coleta de dados**

Antes de iniciar as entrevistas, considerei relevante fazer um reconhecimento do campo e estabelecer um contato com as pessoas que trabalham nas clínicas em que foram realizadas as entrevistas. Após este contato adotei os seguintes procedimentos:

- a) Visita rotineira às unidades selecionadas e contato direto com os pacientes internados para identificação dos possíveis participantes e agendamento/realização das entrevistas;
- b) Contato com técnicos de enfermagem e enfermeiros das unidades selecionadas e do Serviço Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), que têm acesso diariamente aos pacientes internados, também para identificar possíveis participantes (os profissionais comunicavam quando ocorriam novas internações de pacientes relacionados ao estudo);
- c) Realização das entrevistas;
- d) Investigação dos prontuários clínicos.

Ao adentrar as clínicas me apresentava ao enfermeiro responsável para esclarecer sobre a pesquisa e para certificar-me de que os pacientes selecionados estariam disponíveis para a entrevista, procurando interferir minimamente na rotina do serviço, especialmente nos procedimentos previstos para os pacientes.

Como critérios de inclusão foram considerados: idade (entre 18 e 85 anos); ambos os sexos; procedência da área de influência da BR163; trabalho atual ou anterior em atividades produtivas que estejam relacionadas à agropecuária, indústria madeireira e garimpos; e o interesse em participar do estudo. Assim, os casos que não atenderam a estes critérios foram excluídos.

Quanto à atividade produtiva, levou-se em consideração o fato de o participante estar atuando ou ter atuado em algum momento de sua vida nos setores produtivos e nos municípios selecionados.<sup>15</sup>

Foi este contato direto com os trabalhadores internados que possibilitou maior segurança quanto a inclusão ou exclusão conforme critérios estabelecidos, pois os bancos de dados existentes na instituição não possuem informações reais sobre procedência, ocupação e sobre a história ocupacional.

As entrevistas foram realizadas, preferencialmente, aos sábados, domingos e feriados, pois nos finais de semana a demanda de procedimentos é reduzida e há menor movimentação de pessoas nas unidades, por conta disso o ambiente tornava-se mais tranquilo, havendo menos interrupções das entrevistas para realização de procedimentos pelos profissionais de saúde.

Nos casos em que houve necessidade de interrupção, foram agendados novos contatos para complementação/conclusão das mesmas. A interrupção, muitas vezes, causou “quebra” da fala dos entrevistados, dificultando a retomada da entrevista, fato minimizado pela escuta da gravação que possibilitou retornar ao que vinha sendo contado pelo entrevistado.

As entrevistas duraram entre uma hora e cinco minutos a quatro horas e vinte e cinco minutos, com retorno aos participantes para complementação/conclusão das mesmas em torno de uma a quatro vezes. Ocorreram, em sua maioria, dentro das enfermarias. Os participantes se acomodavam no leito e eu me sentava em uma

---

<sup>15</sup> Os municípios pertencem a região de influência da BR 163 entre Cuiabá e divisa com o Estado do Pará com predominância dos municípios do norte de Mato Grosso.

cadeira ao lado. Quando havia a possibilidade do participante se locomover, nos deslocávamos para a praça do hospital, que fica em um espaço entre as clínicas médica e cirúrgica. Sentados em bancos à sombra, a conversa fluía com maior tranquilidade e isto também servia para tirá-los um pouco do ambiente das enfermarias.

Existiram situações em que havia a presença de um acompanhante. Alguns se manifestavam durante as entrevistas e complementava a fala dos entrevistados, porém outros permaneciam calados ou saíam, alegando que era para deixar o participante à vontade.

A maioria dos trabalhadores foi receptiva desde o início da conversa, embora um pouco receosa com a pesquisa, porém alguns se mostraram fechados, pouco comunicativos, e com o decorrer do diálogo ficavam mais soltos e assim ao final das entrevistas já havia sido possível uma gargalhada, uma lágrima e a certeza de boas conversas e ricos depoimentos.

Esta relação com os trabalhadores me possibilitou não tão somente o conteúdo para minha pesquisa, mas crescer como pessoa, pois a cada história que ouvi eu aprendi muito. O sofrimento pela doença, pela perda de pessoas queridas, pela separação dos filhos, pela falta de uma família, de um lar, pelo desamparo, me fez refletir. Assim como a alegria demonstrada por muitos ao se referirem ao que gostam de fazer, aos bons acontecimentos como o nascimento de um filho também me causou comoção. Relatos como estes retratam o a relação estabelecida nos diálogos:

*Foi bom você vir porque o tempo passou tão rápido que já é hora do almoço. Pode vir na segunda-feira de novo (V, 49 anos).*

*Não sei como você conseguiu conversar tanto com ele. Ele anda muito quieto, estava com depressão, agora que ele está melhorando. Foi bom mesmo você ter vindo (Esposa do Sr. V, 49 anos).*

*Se quiser voltar depois devo ter mais coisas para falar (AB, 52 anos).*

*Posso participar sim. Tenho bastante tempo aqui, não faço nada. É até bom quando chega gente para conversar (R, 20 anos).*

O conteúdo das entrevistas é composto por falas desordenadas, não lineares, partem do hoje para o passado, as histórias foram contadas conforme lembradas pelos trabalhadores e interrompidas ou redirecionadas minimamente pela pesquisadora, de modo a não interferir nas lembranças trazidas por eles. Para BOSI (1979) “é do presente que parte o chamado ao qual a lembrança responde” e afirma ainda que:

a memória permite a relação do corpo presente com o passado e, ao mesmo tempo, interfere no processo atual das representações. Pela memória o passado não só vem a tona das águas presentes, misturando-se com as percepções imediatas, como também empurra, desloca estas últimas, ocupando o espaço total da consciência (p. 10).

As lembranças guardadas na memória são como percepções vividas no passado e são capazes de impregnar o momento presente. O que guardamos na memória são fragmentos do que vivemos, percebemos e retemos na memória e, portanto interferem nas representações (BRANDÃO, 1998).

As representações são geradas por estímulos do ambiente que quando não produzem uma ação, produzem uma representação-percepção.

MAURICE HALBWACHS (apud BOSI 1979) lembra ainda que as memórias são reconstruídas, atualizadas pelas percepções-representações, e portanto são dependentes do contexto social e cultural em que o sujeito está inserido.

Além das narrativas, colhi dados nos prontuários clínicos, observei e anotei informações sobre procedência, ocupação, diagnóstico e história da doença. Os prontuários ficam armazenados em uma sala destinada à residência médica. O acesso a estes documentos ocorreu de forma tranqüila, sem qualquer impedimento administrativo ou da equipe médica.

Logo após a realização das entrevistas, que foram gravadas com equipamento MP3, as transcrevi na íntegra, criando um arquivo para cada trabalhador. Após isto, criei arquivos organizando as falas de acordo com o assunto: condições de trabalho, migração, processo produtivo, trabalho, saúde-doença, acidente de trabalho e amparo

social. Esta organização facilitou a identificação das falas para sua inserção na estrutura da dissertação.

Devido à opção por apresentar as narrativas como trajetórias de vida, considerei importante traçá-las considerando os aspectos relacionados a origem, à migração para a área de influência da BR 163, às ocupações dos trabalhadores e às doenças e acidentes referidos por eles. Assim, organizei estas informações em uma planilha eletrônica, utilizando o programa Excel versão 2007.

No que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa, apresentei o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller (sob o Protocolo nº318/CEP-HUJM/07), conforme estabelecido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Somente após autorização do Comitê, em março de 2007, iniciei a coleta de dados.

Os participantes autorizaram a realização das entrevistas, bem como sua utilização no estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (formulário em anexo). O termo continha informações sobre: apresentação da pesquisa, aspectos éticos, riscos e benefícios e divulgação dos resultados.

## CAPITULO II

### CENÁRIOS E PERSONAGENS

*Moçada alegre feliz a cantar  
Dias de chuva com neve, todo dia sem parar  
Dias de tristeza de repente surgiram  
Aos poucos a alegria de nossos corações sumiram  
Momentos de desespero fizeram uma família ir embora  
De repente muita tristeza em um olhar de quem chora  
Passaram por momentos e em um simples piscar chegaram neste lugar  
Lugar diferente, cheio de gente sorridente para conversar  
Tinha tristeza lembrando das belezas que deixaram para trás  
Em poucos dias nem mesmo parecia  
Que tinham infinita alegria para compartilhar  
Mato Grosso querido cheio de culturas para se aprender  
Temos alegria de sonhar, somos felizes por viver.*

Poesia “Viagem para Mato Grosso”  
R, 20 anos, agricultor, Matupá/MT

## 2. CENÁRIOS E PERSONAGENS

A trajetória de vida dos trabalhadores entrevistados, moradores de municípios ao entorno da BR163, em Mato Grosso, aponta como características centrais do grupo serem migrantes, que chegaram a região a partir dos anos de 1970, e não serem trabalhadores especializados, ou, então, que têm na lida com a agropecuária sua especialização, como os pequenos produtores que eventualmente vendem sua mão de obra. De maneira geral, em algum momento de suas vidas trabalharam em madeiras, garimpos ou na agricultura e pecuária. Alguns atuaram em todos estes segmentos, realizando atividades em derrubadas de mata para abertura de fazendas ou para exploração da madeira, roçando pastos, plantando, cuidando de gado, garimpando ouro ou diamante, trabalhando com a madeira (serrando, beneficiando, laminando, transportando). A exceção deste perfil, quanto à inserção no mercado de trabalho, é a única mulher do grupo<sup>16</sup> dos treze entrevistados. Ela, também migrante, tem no trabalho com a agricultura familiar sua trajetória.

Estes trabalhadores e/ou agricultores ao migrarem para a região norte de Mato Grosso, ao entorno da BR163, nas áreas de colonização estatal ou privada, a partir do final da década de 1970, abandonaram seu espaço social, por algum motivo, que pode estar ligado a condicionantes econômicos ou não, foram impulsionados a tomar a decisão da migração. Mas, o abandono não ocorre de forma total, pois, quem migra traz consigo as experiências e vivências, disposições e práticas, acumuladas no lugar *deixado*, e que foram guardadas no espaço da memória podendo ser recordadas no lugar *chegado*.

Os traços na história dos entrevistados apontam um percurso muito semelhante, que permite compreender o espaço social onde se exprimem as disposições do *habitus* e as tomadas de posição (práticas) do grupo. A posição no espaço define-se pela incorporação de dois capitais fundamentais, embora existam outros na teoria bourdiesiana. São eles o capital econômico e o capital cultural.

---

<sup>16</sup> Durante o período da pesquisa somente uma mulher, vinda da região da BR163, foi hospitalizada no HUJM.

Assim, face às mesmas condicionantes sociais destes agentes sociais, pela posição, se produzem *habitus* idênticos, e, portanto, predispostos a tomar o mesmo tipo de decisões.

Este lugar atual, a região norte de Mato Grosso é parte da Amazônia Legal e constituiu-se como uma região de atração de migrantes, enquanto uma área de fronteira agrícola, a partir dos anos de 1970. A Amazônia, a partir do golpe de Estado de 1964 e do estabelecimento da ditadura militar, transformou-se num imenso cenário de ocupação territorial massiva, violenta e rápida (MARTINS, 1997).

Como um “espaço vazio” a ser ocupado, o governo militar direcionou suas políticas no sentido de atrair para a região o “excedente” populacional nordestino, provocado pela seca, e da região sul e sudeste, pela modernização da agricultura dentro dos planos de ocupação geopolítica.

O processo de modernização na agricultura exigiu a reestruturação da organização social da produção no sul do país, e, portanto, trouxe profundos impactos sociais no acesso a terra, a evolução do emprego, a dimensão da migração, a produção de alimentos e sua distribuição (MARTINE e GARCIA, 1987).

E, como aponta MARX (1987), as transformações que ocorrem no modo de produção capitalista que afetam a agricultura têm um princípio geral comum: a divisão social do trabalho. Neste sentido, ao mesmo tempo em que a produção capitalista rompe os laços que uniam a agricultura e a manufatura, cria condições materiais para uma síntese nova, superior, para a união da agricultura e da indústria.

É como excedente de força de trabalho ou como agricultores “expulsos” de suas terras, para a viabilização da agroindústria, principalmente na região sul, e as políticas públicas que transformam a Amazônia no *locus* para onde se canalizou este exército de reserva – que se constituiu muito mais um exército de excluídos – cuja disponibilidade é importante para atender à velocidade do fluxo de capitais e de investimentos, para a reprodução ampliada do capital. (MARTINS, 1997)

É neste processo que se pode compreender as trajetórias de vida dos entrevistados, como força de trabalho para a área de fronteira. Seus sonhos de melhoria de vida. O sonho da profissão ou da terra, no lugar novo, encontra seu território de realização: a BR163.

É nesta perspectiva que este capítulo apresenta o cenário e os personagens desta história. Fragmentada, sim, pois sua reconstrução é feita pelos agentes sociais que a vivenciaram, e, portanto, trazem suas representações sobre este processo. No entanto, ao contar suas trajetórias nos trazem a dimensão das emoções deste vivenciar.

Apesar das diferenças etárias (possuem idade variada entre 20 a 85 anos), visualizadas na tabela 1, suas trajetórias apontam como uma classe social, no sentido dado por Bourdieu, esta classe apresenta pouca variação quanto ao capital econômico, social e cultural.

**Tabela 1** – Distribuição dos trabalhadores entrevistados de acordo com a faixa etária. Mato Grosso, 2007.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Nº trab.</b>
20-30 anos	1
31-40 anos	1
41-50 anos	4
51-60 anos	4
61-70 anos	2
Maior que 70 anos (85 anos)	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

Nove destes trabalhadores nasceram em outros estados e migraram para o Mato Grosso, os demais são mato-grossenses que migraram para a região de influência da BR163 em busca de oportunidades. Cada um possui uma história que lhe é peculiar, todos trazem consigo experiências de vida e de trabalho muito originais que possibilitaram a reflexão, em profundidade, sobre a relação trabalho-doença, questão central deste estudo.

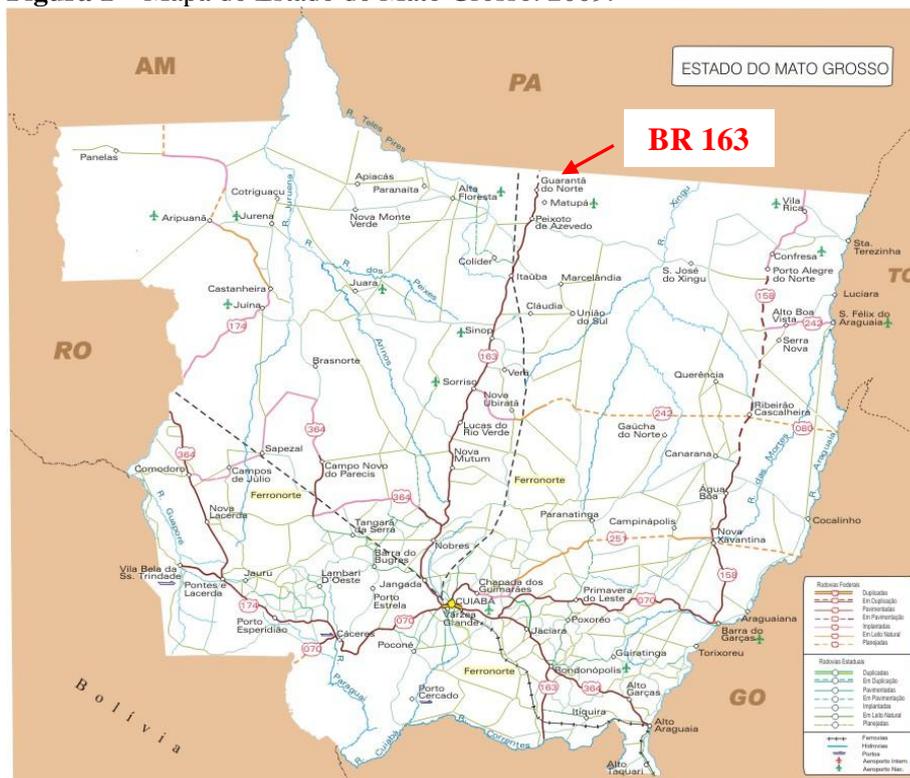
## 2.1. Cenários

A BR 163 (Cuiabá – Santarém), criada no período de 1971-1976, constitui-se na principal via de escoamento da produção do Estado e é acesso a muitos

municípios (figura 1). Os municípios da área de influência da BR 163 compõem o cenário desta história de lutas, sonhos, esperança de uma vida melhor.

Para se entender a dimensão da importância da BR 163 para o Estado é preciso contextualizar historicamente seu surgimento.

**Figura 1** – Mapa do Estado do Mato Grosso. 2009.



Fonte: Ministério dos Transportes, Secretaria Executiva. Brasília, DF. 2009.  
Disponível em: <http://www.transportes.gov.br/bit/estados/port/mt.htm> (acessado em 04/02/2009)

O Estado do Mato Grosso possui uma economia com caráter essencialmente agrícola e com urbanização crescente. Possui ainda extensas áreas de matas e florestas e uma imensa diversidade demográfica e ambiental. Isto explica seu grande dinamismo econômico nos últimos anos, manifestado pelas mudanças tecnológicas e organizacionais que atingiram o mundo da produção e provocaram grandes transformações nos processos e nas relações de trabalho.

CASTRO, BARROZO, COVEZZI e PRETI (2002) ao estudarem o processo de ocupação recente em Mato Grosso, relatam que as transformações se intensificaram após a década de 60 com a introdução de políticas criadas pelo

governo federal, durante o período de ditadura militar, para incentivo aos projetos de colonização visando minimizar os conflitos por posse de terra, bem como a modernização do processo produtivo agrícola.

Destacam que para esta região deslocaram-se especialmente colonos do sul do país, em busca das terras prometidas, incentivados pelas cooperativas locais, que obtiveram grandes incentivos fiscais. A ocupação das chamadas “áreas vazias” da Amazônia implicou, na realidade, na expulsão ou extermínio dos povos indígenas.

Este processo, que viabilizou a implantação e consolidação de uma agricultura que passou a demandar novos recursos tecnológicos e a intensificação do uso de defensivos agrícolas, teve na abertura dos grandes eixos rodoviários, a Transamazônica e a BR-163 - Cuiabá-Santarém - (1971-1976), um marco representativo da efetiva implantação dos projetos de colonização.

A aceleração do processo de colonização dirigida para a região Centro-oeste, e mais intensivamente no norte de Mato Grosso, iniciado nos anos de 1970, levou a criação de diversos municípios novos nesta região de fronteira nos meados dos anos de 1980. São estes novos municípios criados, caracterizados como de pequeno porte, com 20 a 50 mil habitantes, que diante da ausência de infra-estrutura e serviços, principalmente as condições de estradas e atendimento a saúde, tornam precárias as condições de vida e trabalho na região.

*Em 78 quando a gente foi para Claudia, nem estrada tinha. A gente entrava no picadão... a estrada que vai até Santarém, era tudo de chão, tinha cada panelão que quase cabia um caminhão dentro. Daqui de Várzea Grande até Claudia dá uns 640 km, nós levamos uns seis dias para chegar lá (LP, 62 anos).*



**Figura 2** – Trecho da BR163 entre os municípios de Itaúba e Sinop/MT.  
Fonte: arquivo pessoal, fevereiro 2006.

No presente estudo identificamos nove trabalhadores naturais de outros Estados, especialmente do sul e sudeste (tabela 2), que migraram para a área da BR 163 em períodos diferentes: três chegaram nesta região na década de 1970, quatro na década de 1980 e dois na década de 1990. Os outros quatro nascidos no Mato Grosso se dirigiram para a região da BR 163 nas décadas de 1940, 1960 e 1970. Entre estes, dois foram para trabalhar em seringais, mais ao norte do Estado, no período em que esta região recebia imigrantes oriundos da frente de expansão, caracterizada pela predominância de migrantes nordestinos. A partir de 1960 temos a frente pioneira composta principalmente por sulistas que iniciaram o processo de modernização agrícola, alavancados pelos programas regionais de desenvolvimento e colonização (MARTINS, 1997). Notamos que oito trabalhadores migraram nas décadas de 70 e 80, período em que se consolidou o processo de criação dos novos municípios no movimento de frente pioneira.

O relato de um dos entrevistados desta pesquisa mostra a importância dos migrantes nesta dinâmica do crescimento do Estado:

*Veio muita gente do Paraná, do Norte, de São Paulo... foram eles que desbravaram Mato Grosso, não foi Cuiabano, não! Foi o pessoal do Paraná que abriu Mato Grosso! Muita gente veio*

*depois abrir fazenda, mas o foi o pessoal do Paraná que desbravou Mato Grosso! Eu te falo porque quando eu conheci Cuiabá não tinha nada, era uma rua só! Naquele tempo a balsa vinha na beira do rio trazer mercadoria, hoje em dia o rio secou. Aí acabou... eu passei pouco tempo aqui, fiquei mais no mato (OC, 85 anos).*

No depoimento acima, nota-se a importância econômica e social do movimento de migração da frente pioneira, reconhecida inclusive por um trabalhador Mato-grossense.

**Tabela 2** – Distribuição dos trabalhadores pesquisados de acordo com a naturalidade. Mato Grosso, 2007.

<b>Naturalidade</b>	<b>Nº trab.</b>
Mato Grosso	4
São Paulo	4
Santa Catarina	1
Rio Grande de Sul	1
Paraná	2
Mato Grosso do Sul	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

Quando indagados sobre o motivo da migração, os trabalhadores foram unânimes ao dizer que buscavam ‘melhorar de vida’ ou ‘tentar a vida’. Referiram-se às cidades como Juara, Aripuanã e Alta Floresta como ‘lugar novo’, ‘bom de serviço’, ‘bom para ganhar dinheiro’.

*Nós escolhemos Juara porque era lugar novo... nós viemos uma vez conhecemos e gostamos. Isso já faz uns vinte anos. Vendemos a terra no Paraná quando meu pai morreu. Quando nós viemos era só mato, só tinha uma vendinha e umas casinhas na cidade. Daí nós compramos cinco alqueires de terra e ficamos trabalhando lá, mas daí meu irmão casou e a mulher dele não quis ficar lá, então nós vendemos e ele foi embora, ficou só eu! Todo mundo falava bem de Juara, tinha muito serviço lá. Compramos a terra com dinheiro nosso... nunca tivemos ajuda do governo... foi tudo por nossa conta... eu colhia arroz, milho, café... daí quando meu irmão foi embora eu fui trabalhar para os outros (AS, 62 anos).*

O desejo pela posse de terras foi um dos fatores responsáveis por grande parte da imigração. “Naquele tempo era só chegar e cortar o pedaço de terra que você queria que já era seu”. Mas, a perda das terras ocorria facilmente devido ausência de infra-estrutura, de incentivo do governo e ainda pela necessidade do capital para tratamento de saúde.

*Naquele tempo quem chegava lá e queria cortar terra podia cortar. Mas meu pai teve que vender as terras porque ele era muito doente. Eu fui para cidade com ele. No Paraná é difícil. Tem dia de não ter um real no bolso. Não tem emprego (AB, 52 anos).*

*Nós vendemos as terras no Paraná e compramos em Alta Floresta. No começo plantava café, guaraná. Era mais isso! Mas também plantava arroz, feijão e depois nós ficamos só na pecuária (N, 54 anos).*

A migração para as regiões de fronteiras, lugar novo, é vista pelo migrante como possibilidade de ascensão, de mudança da posição social, a partir da concretização do sonho da terra, do emprego, da aspiração de enriquecer ao encontrar ouro e diamante nos garimpos.

As dificuldades encontradas pelos trabalhadores no sul e no sudeste do país, fizeram com que se movessem no espaço geográfico, modificando suas trajetórias motivados pelo capital, pela possibilidade de ascensão.

Os trabalhadores entrevistados passaram por vinte e dois municípios da área de influência da BR 163, sendo que quatro foram mais citados: Alta Floresta, Juína, Juruena e Nova Bandeirantes (figura 3). O rodízio entre os municípios é relatado por vários trabalhadores e se dá pela oportunidade de “serviço”, assim como o rodízio entre os setores da agropecuária, da madeireira e do garimpo. Os municípios mais citados são os relacionados, principalmente, à atividade garimpeira.

*Eu morava em São Paulo, mas começou uma “faltação” de serviço. Eu vim para Mato Grosso. Fiquei trabalhando em fazenda. Ficava um tempo numa fazenda e já ia para outra. Às vezes trabalhava na diária, outras (vezes) na empreita. Agora eu estava em uma fazenda em Nova Bandeirante e antes eu estava em Nova Maringá. Eu fico assim, trabalho mais em*

*fazenda e lavoura. Antes de Nova Maringá estava em Paranatinga, Sorriso, Primavera do Leste, Juína. Sempre trabalhando em fazenda. Em Juína em garimpo também. Quando na fazenda estava fraco de serviço, ia para o garimpo. Fiquei uns cinco anos em Juína, há uns dez anos atrás. Eu corri do garimpo, a malária era demais (AC, 50 anos).*

O relato deste trabalhador indica a alternância entre as atividades na região de influência da BR 163, como uma estratégia de sobrevivência ao fenômeno da sazonalidade existente nestas atividades produtivas.

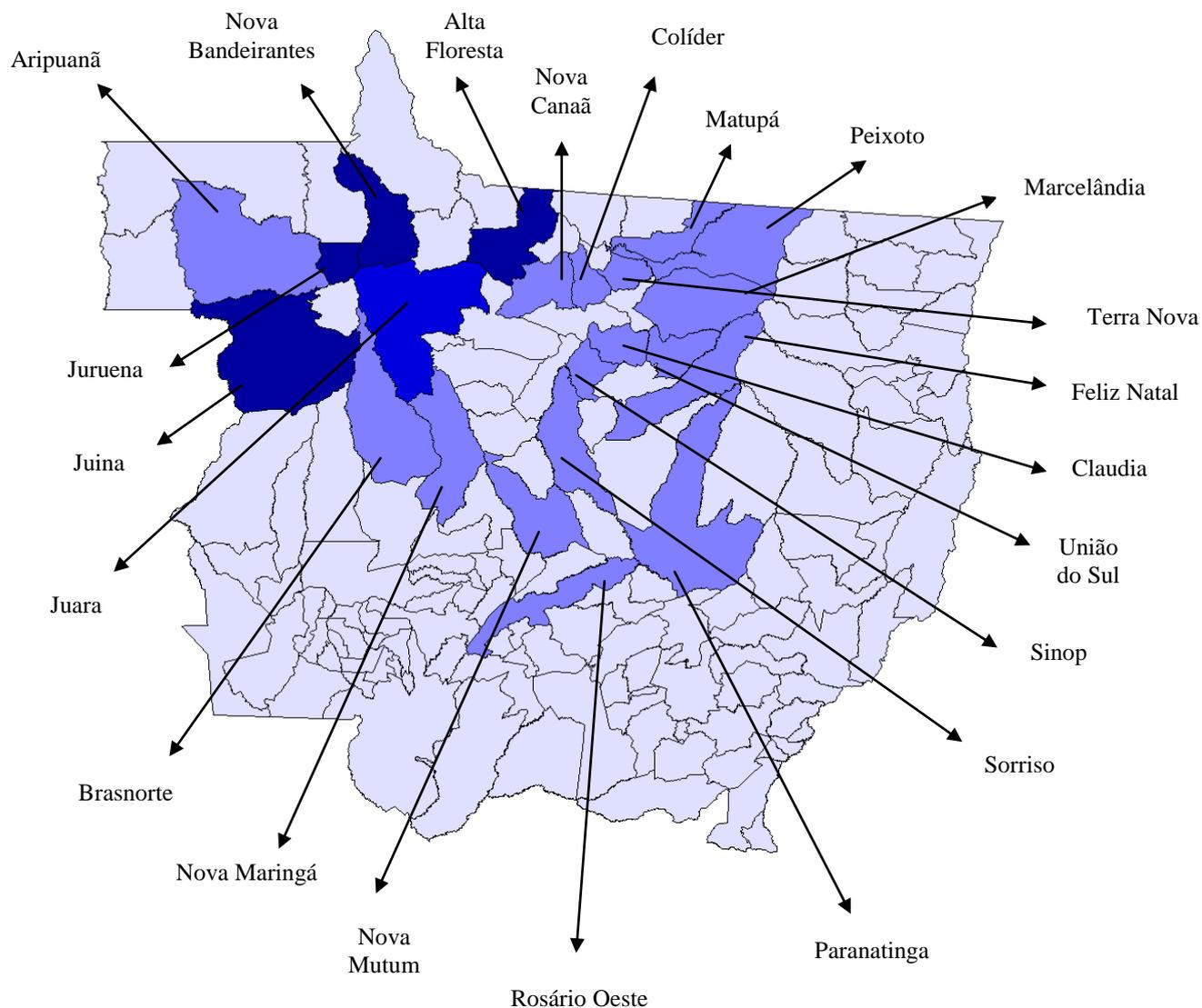
*Sempre trabalhei na roça, nunca fui para madeireira. É um trabalho muito pesado. Eu fui pro garimpo uma vez. Estava sem trabalho, era uma época difícil. Um companheiro me chamou para trabalhar com ele. Eu não gostei de trabalhar no garimpo. Eu peguei uma virose e não deu para continuar. Recebi o que tinha para receber e fui embora. Não deu quase nada, só cinco gramas em três meses! (AB, 52 anos).*

A mobilidade da mão-de-obra é uma característica deste grupo de trabalhadores que se apresentam disponíveis para atuar em locais onde há oferta de trabalho.

*Tem que ir para outros lugares para conseguir serviço porque em Jangada não tem. Como a gente precisa tem que ir. Mas tem que ter coragem (S, 47 anos).*

Nesta alternância entre as atividades produtivas, estes agentes buscam reproduzir o seu modo de vida, de acordo com as possibilidades oferecidas pela estrutura. Na página seguinte observa-se a figura 3 apresentando as localidades em que os trabalhadores deste estudo residiram e trabalharam ao longo de suas trajetórias.

**Figura 3** – Localidades de residência e/ou trabalho referidas pelos trabalhadores.  
Mato Grosso, 2007.



A única via de acesso aos municípios citados pelos trabalhadores é a BR 163 que atravessa uma das áreas de maior potencial econômico da Amazônia. Reconhecendo a relevância da rodovia para integração da região ao restante do país especialmente do ponto de vista econômico, o governo federal tem se preocupado em “ampliar a presença do Estado com ações voltadas para o ordenamento territorial, gestão ambiental, fomento a atividades produtivas sustentáveis, inclusão social e

infra-estrutura” através do Plano BR163 Sustentável que deu início aos investimentos no ano 2005<sup>17</sup>.

O eixo da BR 163 também é o eixo do bolsão de riqueza. Conforme visto na figura (anexo IV, p.178) “O Brasil mais rico”, é nesta região que se encontra o maior PIB per-capita do Estado (dados do triênio 2003-2005). Das 10 regiões com maior PIB per-capita do Brasil, três estão no estado de Mato Grosso, e todas estas estão na área de influência da BR 163 o que reforça a importância deste eixo de expansão para o Estado.

Quanto às atividades produtivas, neste processo de ocupação do território mato-grossense, inicialmente destacou-se os investimentos na agropecuária, mas concomitantemente surgiram outras duas atividades econômicas: a indústria madeireira e a extração mineral, especialmente representada pelos garimpos de ouro. O surgimento dessas duas atividades ocorreu, principalmente, como alternativa para aqueles colonos que por não possuírem capital e somente com uma ajuda mínima do Estado para investir na agricultura não conseguiram avançar neste setor, passaram a extrair madeira e ouro na região, ou abandonaram a terra e retornaram para suas origens (CASTRO, BARROZO, COVEZZI e PRETI, 2002). A atividade madeireira pode ser considerada a primeira fase do agronegócio, uma vez que após o desmate e uso da madeira como matéria prima pela indústria madeireira, o solo torna-se disponível para o plantio.

Doze trabalhadores referiram o trabalho na agropecuária em suas trajetórias, quatro em madeiras, seis em garimpos e três em seringais. Apesar de este último não estar entre os setores propostos neste estudo, considerei relevante incluí-lo neste capítulo, pois os três trabalhadores que relataram a atuação neste ramo produtivo foram incluídos na pesquisa por atuarem também na agropecuária e no garimpo, assim o trabalho no seringal faz parte de suas trajetórias de vida. Além disso, mostraram grande conhecimento sobre este ramo produtivo. Estes trabalhadores compõem o grupo de desbravadores de Mato Grosso participantes da frente de expansão.

---

<sup>17</sup> Plano de Desenvolvimento Sustentável para a Área de Influência da BR163. Grupo de Trabalho Interministerial. Brasília: 2004.

**Tabela 3** – Distribuição dos trabalhadores segundo setores produtivos que atuam ou atuaram ao longo de suas trajetórias no trabalho. Mato Grosso, 2007.

<b>Setores Produtivos</b>	<b>Nº trab.</b>
Agropecuária e garimpo	3
Agropecuária	3
Agropecuária, madeireira e garimpo	1
Agropecuária e madeireira	2
Madeira	1
Agropecuária e seringal	1
Agropecuária, seringal, garimpo	2
<b>Total</b>	<b>13</b>

**Tabela 4** – Frequência dos setores produtivos nas entrevistas com os trabalhadores. Mato Grosso, 2007.

<b>Setores Produtivos</b>	<b>Nº trab.</b>
Agropecuária	12
Madeira	4
Garimpo	6
Seringal	3

Nas tabelas 3 e 4 observa-se a alternância entre os setores produtivos da agropecuária, madeireira, dos garimpos e dos seringais onde agropecuária revelou-se presente na trajetória de vida do grupo, com exceção apenas de um trabalhador que indicou a atividade madeireira como única atividade exercida em sua trajetória.

NASCIMENTO e DRUMOND (2003) ressaltam que o desenvolvimento agroindustrial-florestal tem como frentes as indústrias de mineração, de madeira, de alimentos, as culturas de soja, arroz, milho, algodão, cana-de-açúcar e a pecuária bovina.

O setor agroindustrial é representado predominantemente pela agricultura e pecuária, especialmente pelas cadeias produtivas do arroz, soja, algodão e da pecuária. Segundo dados da Secretaria de Fazenda do Estado de Mato Grosso – SEFAZ/MT (2005)<sup>18</sup>, do total de R\$3.269 bilhões da arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS, R\$337 milhões são provenientes destas cadeias produtivas, correspondendo a aproximadamente 10% da arrecadação do Estado.

<sup>18</sup> Secretaria de Fazenda do Estado de Mato Grosso, Secretaria Adjunta de Receita Pública. Análise da Receita Pública, janeiro a dezembro de 2005.

Os Estados do Mato Grosso e Pará são considerados os maiores produtores de madeira em tora do país, como consequência temos na região extensas áreas desmatadas e posteriormente queimadas com o intuito de investir na pecuária, vista como a alternativa mais imediata para a valorização da terra (CUNHA 2006).

*Nossa historia foi atrás de madeira. Onde tinha madeira nós tínhamos que ir, porque só sabíamos mexer com isso, com serraria. Eu nasci em Presidente Prudente depois meu pai foi para a Terra Roxa no Estado do Paraná. Nós fomos criados lá. Acabou a madeireira e viemos para Mato Grosso do Sul, em 75. Há dez anos nós fomos para Feliz Natal e é onde nós estamos até hoje (V, 49 anos).*

Do ponto de vista econômico, a indústria madeireira, a agricultura, a pecuária e os garimpos são setores produtivos que se destacam na história do Estado do Mato Grosso e se assemelham quando se trata de sua importância na expansão econômica em diversos momentos da história do Estado, que atualmente é sustentado pelos cultivos da soja, algodão e arroz. A indústria madeireira, apesar de ter recuado nos últimos anos, especialmente devido às políticas de preservação ambiental, ainda representa 93 milhões de reais do ICMS arrecadado no Estado em 2007<sup>19</sup>. Os garimpos foram, especialmente nas décadas de 70 e 80, verdadeiras alavancas para a economia da região norte do Mato Grosso.

É claro que este desenvolvimento econômico trouxe consigo impactos relevantes para o ambiente e a saúde da população em geral, mas em especial dos trabalhadores inseridos nestes processos produtivos. Estes impactos são pauta de discussão pelo Governo nas esferas federal, estadual e municipal, Organizações Não Governamentais – ONG's, Empresários, Sociedade Civil, entre outras entidades e motivo de polêmica sobre a recuperação e preservação ambiental e pelos problemas de saúde pública que foge ao alcance dos serviços de saúde.

*Foi bom vir para Mato Grosso. No começo foi difícil. Nós passamos não por dificuldade, mas por causa das estradas, era*

---

<sup>19</sup>Informação disponível no site da Secretaria de Estado de Fazenda de Mato Grosso. [http://www.sefaz.mt.gov.br/porta/tributario/pdf/seminario\\_c\\_analise\\_receita\\_publica2007\\_camara\\_fiscal.pdf](http://www.sefaz.mt.gov.br/porta/tributario/pdf/seminario_c_analise_receita_publica2007_camara_fiscal.pdf) (acessado em 27/02/2009).

*muito difícil chegar lá. Mas agora não. As coisas foram melhorando. No começo vendíamos muito bem as coisas que plantávamos, mas depois de um tempo o preço foi ficando ruim. Com o que nós ganhamos no começo nós compramos mais terra. Como estava ruim o preço, nós começamos a fazer pasto e criar gado. Quase todo mundo fez isso. Hoje quase num tem plantação. É só pecuária. Nós sempre nos viramos por conta própria. Nunca tivemos ajuda do governo (N, 54 anos).*

*No geral a vida hoje é muito melhor. As coisas são muito mais fáceis. Esse povo gaúcho é trabalhador. As cidades que eles construíram dá gosto de ver. Lucas, Sorriso, Sinop é uma maravilha. Eu dou razão para eles. Alta Floresta, naquele fim de mundo, ficou muito bonita! Eu fui a Alta Floresta quando fui para Apiacás comprar motor para o garimpo. Eu achei muito bonita! Naquela época ainda passava pela balsa. Eu era muito curioso. Sempre ia conhecer os lugares, mas acabei ficando em Nova Mutum e Nortelândia (OS, 59 anos).*

Em relação aos cenários é importante fixar a evolução das atividades econômicas preponderantes, com o seringal e atividade madeireira como atividades da frente de expansão. A pecuária, o arroz e a soja como atividades importantes da frente pioneira com a expansão da fronteira agrícola. Os garimpos que em determinado período, foram motores das economias de alguns municípios, trouxeram com seu declínio a decadência destas cidades. E assim tiveram que buscar na agropecuária seu caminho para a reestruturação econômica. Este fato é evidenciado, principalmente, nos municípios de Alta Floresta, Peixoto de Azevedo e Matupá.

Todas estas atividades sejam elas típicas da frente de expansão ou da frente pioneira, em suas relações de trabalho expõem os trabalhadores ao desgaste físico, ao risco de acidentes e doenças e ao desamparo social, tópicos que serão desenvolvidos ao longo do estudo.

## 2.2. Personagens

O Sr. S, 47 anos, casado, baixa estatura, físico médio (nem magro, nem gordo), rosto vincado pelos anos e pela exposição ao sol e, descamando devido seu problema de saúde. Encontrava-se internado para tratamento de reação da hanseníase, por isso apresentava a pele do corpo avermelhada e ressecada. Sempre atento às perguntas, respondia com voz baixa, passando a mão no rosto. De forma simples relatou sua história, respondendo às perguntas com falas curtas. Parecia preocupado com seu problema de saúde, demonstrou (em lágrimas) seu constrangimento por estar com a pele ferida, falou com preocupação sobre a situação financeira de sua família e sobre a impossibilidade de trabalhar, estava a cinco meses afastado do trabalho, sem qualquer renda, uma vez que não possui registro em carteira de trabalho e seus serviços são feitos de empreita<sup>20</sup>. Estive com o Sr. S. apenas uma vez, logo recebeu alta hospitalar.

Contou que sempre residiu em Jangada/MT, de onde é natural, mas desde seus dezoito anos de idade trabalha em outros municípios do interior do Estado: Alta Floresta, Juína, Brasnorte, Juara e Rosário Oeste. Sempre trabalhou roçando pastos, e desmatando áreas (abrindo fazendas). Chegou a trabalhar um ano em garimpos de ouro e diamante, mas não deu muita importância a este fato e não quis contar como foi este período. Falou do arrependimento por não ter estudado e diz que não há outra alternativa atualmente a não ser roçar pastos e abrir fazendas.

O jovem R, 20 anos, residente em Matupá contou-me que trabalha com o pai na terra da família. Vieram de Dourados/MS a doze anos, de onde é natural. Apaixonado por poesias estava escrevendo quando nos encontramos pela primeira vez. Neste dia estava em um quarto de isolamento por precisar de proteção devido a baixa resistência imunológica, sentia-se solitário, mesmo com a presença do pai. Gosta de interagir, estar em contato com outras pessoas. Apesar de distante da escola, devido problema de saúde há dois anos, sonha em voltar a estudar, ser

---

<sup>20</sup> A remuneração é de acordo com a tarefa realizada em determinado momento, não há contrato de trabalho. Quando não está trabalhando, não há renda.

advogado e sonha também com a publicação de suas poesias (diz ter mais de trezentas). O sustento da família vem do que produzem no pequeno sítio há 84 km de Matupá. Relatou não sentir falta do trabalho, mas sim de estudar, jogar bola, ir às festas da comunidade. Por ser portador de um problema respiratório crônico e grave após a internação continua fazendo acompanhamento médico no Hospital Julio Muller e sempre que vem a Cuiabá entra em contato. Certa vez o encontrei no ambulatório, estava abatido, mais magro, triste e disse que estava desanimado com o tratamento, conversamos por longo período e consegui atendimento com uma colega psicóloga e com uma nutricionista. Estabeleceu um vínculo afetivo com a psicóloga, por quem é atendido sempre que está em Cuiabá e para quem escreveu duas poesias. Percebendo seu gosto por poesias, pedi que escrevesse sobre trabalho, doença e sobre sua vinda para o Mato Grosso. Muito prestativo atendeu ao meu pedido. Suas estão dispostas antecedendo os capítulos deste estudo.

O Sr. AC, 50 anos, solteiro, natural de Santa Bárbara D'Oeste/SP, atualmente reside em Nova Bandeirantes/MT e trabalha abrindo fazendas, derrubando matas e roçando pastos. Chegou a Cuiabá na década de 80 e segundo ele viveu muitas experiências no Mato Grosso, de vida e de trabalho, casou-se, separou-se, teve filhos, trabalhou em garimpos, madeireiras, mas permaneceu por mais tempo no trabalho das fazendas. Falou sobre seu prazer em viver no interior, em conviver com animais, pescar, caçar e ir aos bailes. Muito falante, expressivo e bem humorado, esteve sempre disponível para as conversas e até para o desenho do garimpo que fiz com sua orientação para entender como é o processo produtivo do garimpo de diamante. Acometido por uma doença rara (em investigação de febre maculosa), passou por várias instituições de saúde até chegar ao HUJM junto com seus colegas de trabalho. Dentre seis doentes, quatro faleceram e restavam somente ele e outro na UTI. Em fase de recuperação dos movimentos das pernas, estava caminhando com muita dificuldade e sofreu perda parcial da visão, mas ainda assim estava sempre alegre e interagindo com os companheiros da enfermaria.

O Sr. LP, 62 anos, viúvo, também natural de São Paulo, chegou ao Mato Grosso a convite do cunhado para trabalhar no transporte de madeira de Claudia para Sinop/MT. Atuou em vários setores como na madeireira, agricultura onde está até hoje, em transporte rodoviário, em restaurante, como auxiliar de agrônomo e

trabalhou desmatando áreas para abertura de fazendas. Contou-me sobre um acidente de trajeto ocorrido há muito tempo quando transportava hortelã em São Paulo. Este fato o marcou muito, pois perdeu totalmente a visão do olho direito. Mas a maior comoção na sua trajetória foi a perda da esposa, parece sofrer muito sua ausência e apesar de ter uma filha, sente-se muito solitário. Esteve o tempo todo no leito devido uma lesão extensa na perna que o impede de caminhar. Para ele sua doença veio da exposição ao calor do motor do trator que opera no seu trabalho. Deseja muito sua melhora para voltar para a chácara onde mora e cuidar dos seus animais (cachorro, porcos, galinhas) e também para pescar (seu lazer preferido).

O Sr. P, 39 anos, amasiado<sup>21</sup>, natural de Jales/SP, residente em Colorado do Norte/MT, estava acompanhado por sua esposa, mostrou-se um pouco fechado no início da conversa, mas logo foi se sentindo a vontade e contou-me muito de suas experiências de vida e trabalho. Sentamos na praça do hospital e conversamos por longo período. Sua esposa participou da conversa, falando de sua doença e das dificuldades que têm encontrado para fazer o tratamento. Convictos de que a doença (problemas no esôfago, fígado e baço) tem a ver com o veneno que usa no trabalho da lavoura e tristes por estarem desamparados financeiramente, uma vez que não possui registro na carteira, em alguns dos nossos encontros estavam desanimados e preocupados com as dívidas em farmácias e mercados feitas após seu adoecimento e com os filhos menores que deixaram em Alta Floresta na casa da avó materna.

O Sr. E, 41 anos, amasiado, natural de Japurá/PR, residente em Sinop/MT para tratamento do seu problema de saúde, sua residência é em Alta Floresta. Apesar de saber que é doente de AIDS nega este diagnóstico e em momento algum da entrevista deixou espaço para o assunto. Assim, respeitei sua posição, mesmo porque o foco do estudo não era a doença em si. Sua esposa também participou da conversa e nos vimos várias vezes. Sempre muito comunicativo, contou suas experiências desde a infância, falou muito sobre o pai e sua trajetória no trabalho. Tem esperança de ter sua própria chácara, sua “terrinhã” como ele diz. Antes de se afastar do trabalho por conta da doença estava trabalhando como caseiro em fazenda, onde seu

---

<sup>21</sup> Termo utilizado pelos entrevistados que corresponde a uma relação conjugal não formalizada nos termos legais, no entanto refere-se à companheira como esposa, denotando uma relação estável.

trabalho era lidar com gado, pasto, roça. Mas já trabalhou em várias atividades, como garimpeiro, tratorista, vaqueiro e em vários municípios do Estado.

O Sr. AS, 62 anos, solteiro, natural do Paraná, veio para Juara/MT na década de 80, adquiriu uma área junto com um irmão que em seguida decidiu voltar para o Paraná e assim ficou sozinho tocando o sítio. Em sua fala enfatiza o gosto pelo trabalho rural e nunca fez outra coisa a não ser trabalhar a terra, cuidar do gado e outras criações. Não se casou e não teve filhos, apenas uma irmã reside em Juara e é ela quem o ajuda nos afazeres domésticos, pois moram perto um do outro. Com aparência cansada, magro, abatido, vítima de um câncer nos pulmões, sentia dificuldade em se expressar, mas mesmo com a voz baixinha e bastante debilitado aceitou conversar comigo, contou-me um pouco de sua vida e me pediu ajuda para conseguir algum benefício previdenciário, pois segundo ele perdeu tudo em tratamentos particulares e nada resta a não ser o sonho de ficar curado e ter uma casa novamente. Este caso em especial, me causou imensa comoção, vi neste Senhor o medo, a angústia, a solidão, o sentimento de perda, de fracasso e o pior a doença irreversível que possivelmente o levou a morte. Naquele dia foi transferido para o hospital do câncer e não tive mais notícias.

O Sr. AB, 52 anos, solteiro, natural do Rio Grande do Sul, residente em Aripuanã, sempre trabalhou roçando pastos, abrindo matas, plantando, cuidando de gado. Apenas por três meses trabalhou no garimpo, mas diz não ter gostado e decidiu voltar para as fazendas. Foi picado pelo mosquito transmissor da leishmaniose e a lesão complicou, sendo necessária sua vinda para Cuiabá. A lesão localizada no nariz já modificou o som de sua voz, estava usando diariamente uma máscara, por isso às vezes era difícil entender o que dizia, mas sempre muito prestativo repetia o que havia dito. Era perceptível sua dificuldade em interagir com os demais pacientes, portanto gostava quando eu o visitasse e ficava entusiasmado em contar suas experiências. Conversávamos demoradamente e ele sempre se propunha a continuar, caso eu precisasse.

O Sr. V, 49 anos, casado, natural de São Paulo, residente em Feliz Natal desde que chegou ao Mato Grosso há aproximadamente 15 anos, sempre trabalhou em madeireira e mostrou muito conhecimento sobre o assunto. A meu pedido desenhou o processo produtivo de uma serraria para que eu entendesse como

funciona. Quando eu o abordei estava fechado, calado e aparentemente mal humorado. Confesso que fiquei um pouco receosa e hesitei em continuar, mas resolvi insistir. No início as respostas foram secas, curtas. Após alguns minutos a conversa passou a fluir com mais naturalidade, especialmente quando pedi que me contasse sobre sua vinda para o Mato Grosso. Falou-me sobre sua experiência em madeira e sobre Feliz Natal, a cidade que considera ideal para viver o resto da vida, a não ser que receba alguma proposta muito boa em outro local. Mas tem muito ressentimento quanto ao trabalho na madeira, pois acredita que sua doença (câncer de esôfago) tenha sido provocada pela poeira do ambiente de trabalho.

A Sra. N, 54 anos, casada, natural de São Paulo, residente na área rural de Alta Floresta, a única mulher entrevistada nesta pesquisa. Contou sua experiência com a lavoura e a lida com o gado nas terras da família que adquiriram há quase 30 anos. Disse que sempre trabalhou na roça e fazia de tudo, inclusive passar veneno nas plantações. Há algum tempo deixou de trabalhar para cuidar dos filhos. Atualmente faz tratamento de hipertensão e descobriu recentemente um câncer de pulmão. Segundo ela o marido continua trabalhando na roça e os filhos já se casaram e se mudaram. Falou das saudades que sente do tempo que podia trabalhar com ele.

O Sr. OC, 85 anos, casado, natural de Santo Antonio de Leverger, como ele diz: “sou filho de Leverger”. É o participante mais idoso desta pesquisa. Contou-me muitas histórias, desde quando começou a trabalhar aos seus doze anos de idade e de suas experiências no seringal. O trabalho no seringal, na abertura de fazendas (derrubada de matas), nos garimpos, na lavoura e por ultimo em oficina mecânica faz parte de sua trajetória de vida. Mesmo muito debilitado e com dificuldades para ouvir e falar sempre se mostrou disposto a conversar. É orgulhoso por fazer parte de um livro elaborado por americanos donos da terra que cuidou há uns 20 anos. Pedi o livro para conhecê-lo, mas estava com uma neta em Diamantino e apesar de sua insistência com a família para me repassar o livro não foi possível. O Sr. OC encontrava-se em estado grave de saúde, com diagnósticos sugestivos de cirrose, pneumonia e câncer no intestino. Perdi o contato com ele quando me afastei das atividades por problema de saúde.

O Sr. LG, 60 anos, casado, de família indígena, nasceu em uma aldeia do Mato Grosso e atualmente reside em Barra do Bugre. Apesar de não residir na área

de influência da BR 163 fez parte deste estudo por ter trabalhado em seringais, na derrubada de matas e na agricultura na região norte do Estado. Hoje é aposentado como produtor rural, mas trabalha na agricultura somente para subsistência, os filhos já são adultos e estão em formação superior. Contou-me muito sobre suas experiências nos seringais e para ele foi a atividade que mais gostou de fazer, se orgulha em contar que foi o pai que o ensinou. A esposa que o acompanhava no hospital também falou com entusiasmo sobre esta época, pois ela ia junto com ele para os seringais, saíram de lá quando nasceu o segundo filho por conta da distância e da dificuldade de acesso à cidade para mercado, serviço de saúde, entre outros. Toda sua família é indígena, mas de uma aldeia civilizada <sup>22</sup>, que possui toda a infraestrutura de posto de saúde, escola, mercados, lojas e fica próxima à cidade de Barra do Bugres. Veio para o HUJM para controle da diabetes e tratamento de uma lesão no pé ocasionada por esta doença, logo teve alta hospitalar.

O Sr. OS, 59 anos, casado, natural de Rosário Oeste, trabalhou em seringais, garimpos e atualmente é empreiteiro de fazendas, sua equipe faz limpeza de pastos, derrubada de matas, planta, faz cerca, entre outras atividades. Sofreu um acidente com o carro no portão de sua casa e ficou muito machucado. Passou por diversas cirurgias, inclusive em serviço particular em Tangará da Serra e atualmente faz tratamento das seqüelas no HUJM. Estava imensamente feliz porque teria alta naquele dia e se sentia muito bem de saúde, apesar de saber que ainda precisa continuar o tratamento periodicamente aqui em Cuiabá. Sente orgulho da sua vida, especialmente por poder dar estudo aos filhos e a partir da formação superior ter outras possibilidades de trabalho. Sua narrativa foi carregada de emoções, pela sua melhora e pela alta hospitalar, pelo orgulho de ter sido um bom pai, presente, dedicado e também pelas conquistas materiais, frutos do seu trabalho.

---

<sup>22</sup>Expressão utilizada pelo entrevistado, que manteve por trazer toda uma representação sobre o estigma internalizado sobre sua etnia.

### 2.3. Trajetória do Grupo

As trajetórias são o resultado construído de um sistema dos traços pertinentes de uma biografia individual ou de um grupo de biografias (BOURDIEU, 2005). Procuramos, através das entrevistas, conhecer as trajetórias dos trabalhadores migrantes da área de influência da BR 163. Notamos que estes trabalhadores pertencem a classes sociais que possuem características semelhantes, possibilitando agrupá-los. No anexo III, p. 170, são apresentadas em quadros as trajetórias dos trabalhadores desde a origem, ano de nascimento até a situação atual, passando pelo ano de migração para a região da BR 163, os municípios onde residem/residiram, as ocupações e as doenças pelas quais foram acometidos.

Como visto até o momento, todos os trabalhadores são migrantes e todos se deslocaram para o Mato Grosso em busca de uma vida melhor. O trabalho no seringal foi referido por três trabalhadores que nele atuaram nas décadas de 40 e 60. Neste período ainda não havia sedes de municípios na região norte do Estado, “era só mato”. Atualmente são as cidades de Juruena e o distrito de Boa Esperança, próximo a Sinop.

*Fui trabalhar no seringal fazer transporte de mercadoria. Eu era motorista essa época, fazia transporte para os seringueiros. Parece que isso foi no ano de 48. Trabalhei para vários seringalistas, o Antonio Junqueira, o Zé Regis no rio do Sangue... meu ultimo patrão morreu e o irmão dele me deu todo o seringal, foi dado para mim trabalhar. Dá uns 700 km daqui lá, tinha tudo no seringal. Aí eu trabalhei uns cinco, seis anos. Depois veio a inflação, da época do Sarney, você lembra? O preço do salário lá embaixo, mercadoria aumentava o dobro... daí tive que fechar o seringal, muita gente fechou. A terra que eu ganhei dava uns vinte alqueires. Eu fui o primeiro que entrou lá naquele sertão, as terras eram devolutas, eu abri e fiquei com direito capeão dos dois lados do rio. Então quando eu fechei o seringal fui trabalhar de motorista de lancha, transportava tonelada de mercadoria quando estavam abrindo lá porque não tinha nada. Depois fui contratado para abrir outra fazenda para os Americanos. Eles me fizeram uma proposta muito vantajosa e eu fui tomar conta da fazenda deles, trabalhei muito tempo, daí*

*eu saí e voltei pra cá para Cuiabá. Vim trabalhar com esse patrão que eu trabalho com ele até hoje (OC, 85 anos).*

O relato acima mostra a trajetória do trabalhador no espaço geográfico, social e temporal. De “desbravador” da região norte ainda jovem, ao mecânico de 85 anos de idade, este atuou como empregado, como “gato”<sup>23</sup>, chegando a ser proprietário de terras em um determinado momento da trajetória, tendo retornado a situação de empregado na qual permanece até hoje. Em sua trajetória, o mesmo pôde experimentar momentos de ascensão e declínio quanto às posições assumidas no espaço social, sem, no entanto, deixar de pertencer ao grupo de trabalhadores da BR 163.

*Comecei a trabalhar fora com dezessete anos, fui cortar seringa com essa idade. Mas desde gurizinho eu já trabalhava com meu pai na lavoura. Ajudava ele. Eu trabalhava no seringal no tempo que era caçado no mato. Então lá saía dois mateiros para colar e arrumar a estradinha. Fica um mateiro no pé da seringueira e outro vai lá na frente, aí lá na frente o mateiro bate o facão na madeira... tan, tan, tan... aí o que está aqui bate também... tan, tan, tan... aí você vai daqui para lá para encontrar... quando encontra já fica a picadinha. Daí vai de pé em pé de seringa cortando e colocando os copos... a gente bate no pé da seringa, porque senão fica perdido, é no meio do mato... fica no rumo certinho... mas antes de colocar os copos, a gente tem que roçar tudinho, deixar tudo limpinho... daí cola assim em oito, dez estradas... depois que cola (marca as árvores), daí vai encanecar, que é cortar e colocar os copos... tem um negocinho que você corta, é uma pecinha feita de pedaço de lata de óleo ou qualquer outra lata. Você corta ela, emborca ela, fica como um reguinho. Chama buzinode é para escorrer o látex... e o corte que você vem cortando na seringa, chama espiral... tudo tem seu nome...(risos)... a faca de cortar chama alegre, é uma faca torta que se compra nas lojas de ferramentas... depois que encaneca tudo aí você garra cortar... aí quando juntar seringa nos copos, uns dois dia depois que cortou já tem o coalho, aí você vem de lá para cá recolhendo e colocando num saco. É cada sacada pesada, e você vem três, quatro quilômetros com aqueles sacos nas costas e leva para emprensar. Era duro, mas era um época boa para ganhar*

<sup>23</sup>O empreiteiro agenciador de mão-de-obra é também denominado “gato”, responsável pela relação de trabalho caracterizada pelo Ministério do Trabalho e Emprego como “trabalho escravo” ou situação análoga a este.

*dinheiro com isso, meus irmãos já estavam lá quando eu fui... mas é um serviço duro... eu não gostei muito daquilo não (OS, 59 anos).*

A reprodução do capital cultural no seio familiar evidente no conhecimento sobre a natureza e sobre o “saber fazer” da atividade no seringal repassados pelos pais, e a trajetória familiar como elemento determinante da própria trajetória individual, são aspectos importantes observados no relato acima.

As histórias contadas pelos trabalhadores mostram um conhecimento sobre o trabalho nos seringais. O deslocamento para estas atividades ocorreu quando jovem, em torno de 18 anos de idade, no começo do trabalho fora de casa, quando ainda inexperientes, apesar de um deles relatar ter aprendido o ofício com o pai ainda no seio familiar.

O motivo deste deslocamento é decorrente da oportunidade de trabalho. Referem ter sido “bom para ganhar dinheiro”, assim a permanência no seringal esteve diretamente ligada ao capital. Logo que “ficava ruim de serviço” ou que havia mudanças no contexto econômico estes trabalhadores retornavam para suas origens ou continuavam migrando para as regiões consideradas mais promissoras, modificando também suas trajetórias no trabalho.

Nesta dinâmica, temos o importante papel da frente de expansão na movimentação de mão-de-obra para as atividades características desta frente. Com a perda de vitalidade das mesmas, parte destes trabalhadores é absorvida na frente pioneira das atividades agropecuárias.

Dentre as ocupações citadas pelos trabalhadores deste estudo estão: roçador, desmatador, tratorista, vaqueiro, lavrador, caseiro, chacareiro, madeireiro, seringueiro, garimpeiro de ouro e diamante. A maioria dos trabalhadores referiu o trabalho nas fazendas por empreita, apenas um é autônomo, que trabalha como “gato” que se autodenominou como “chefe de equipe”. A maior parte destes trabalhadores trabalhava atualmente em fazendas.

*Pensei muitas vezes em mudar de profissão, mas não tem outras coisas para fazer... em Jangada não tem nada e o que aparece é só esse tipo de serviço em outros lugares. Muitas vezes pensei em estudar daí até eu podia mudar de vida. Quando eu ganhava*

*dinheiro eu achava que ia conseguir juntar e sair daquele serviço, sei lá, abrir um negócio para mim, mas não deu. Eu me arrependo muito de não ter estudado... (pausa)... me arrependo mesmo. Se tivesse estudado agora era diferente. Agora estou velho não tem mais jeito, mas eu gosto desse serviço... é ele que me dá sustento. Eu não tenho preguiça, eu trabalho, sempre trabalhei. Sempre fui muito bom de serviço, tinha muita coragem, então podia ser para roçar pasto em qualquer lugar que eu ia, já fui para muitos lugares. Graças a Deus não me faltava serviço (S, 47 anos).*

Muitas vezes foi citado pelos trabalhadores que na região de influência da BR 163 o trabalho nas fazendas é a única alternativa frente ao fato de não possuírem qualificação para outro tipo de trabalho e a grande demanda de atividades neste ramo.

Sendo esta a única alternativa oferecida pela estrutura neste contexto econômico específico, os trabalhadores passam a incorporá-la como algo bom, que permite o suficiente para o sustento da família, não percebendo o desgaste provocado pelo longo período de exposição às precárias condições de vida e trabalho.

Entre os trabalhadores que referiram o trabalho de empreita, a renda mensal é estimada em setecentos a novecentos reais, os caseiros referiram um a dois salários mínimos, porém acrescidos da meagem da produção (leite, galinhas, horta, etc). Neste ramo somente um trabalhador referiu ser o “empreiteiro”, “chefe da equipe” e por conta disso, sua remuneração é em torno de dois mil reais mensais.

O Sr. V, 49 anos, trabalhador de madeira há 35 anos é o único que atuou sempre neste ramo, não se ligando a nenhuma outra atividade econômica em toda sua trajetória. Relata ter herdado do pai o gosto por este serviço e segundo ele ao longo de sua “carreira” aprendeu a operar máquinas e chegou ao posto de encarregado da serraria, aquele que toma conta da produção e da equipe e com isso alcançou também o máximo da remuneração que poderia receber atuando em serrarias.

Quanto ao tempo de serviço, todos referiram tempo maior que dez anos e iniciaram suas atividades no trabalho ainda crianças, ajudando o pai na lavoura, no seringal, na lida com o gado e até mesmo em madeiras. A maioria possui entre vinte e quarenta anos de tempo de serviço. Quando falaram do tempo de serviço, mostraram orgulho por terem trabalhado muito, pelas longas experiências nos

diversos ramos produtivos. Sentem-se honrados por serem trabalhadores, por “não terem medo de serviço”, pelas conquistas obtidas pelo trabalho.

**Tabela 5** – Tempo de serviço referido pelos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.

<b>Tempo de Serviço</b>	<b>Nº</b>
10-20 anos	3
21-30 anos	5
31-40 anos	2
41-50 anos	2
Maior que 50 anos	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

A maior parte dos entrevistados não possui registro na carteira de trabalho (nove), um é registrado em uma madeireira e três são aposentados (autônomo, por idade e rural).

Alguns referiram não saber dos benefícios de se ter carteira assinada e somente no momento da doença, da incapacidade produtiva sentiram a necessidade do amparo social. Antes não reconheciam a importância do registro. Como, na maioria das vezes, o patrão não lhes proporciona este registro, também não exigem no ato do contrato de trabalho. Isto já é incorporado pelos trabalhadores como algo normal: “fazendeiro nenhum assina carteira não!”, “a gente tem que trabalhar né?”.

Dois trabalhadores referiram contribuir como autônomos para a previdência social e assim um se aposentou por tempo de contribuição e o outro por idade. Um deles é o Sr. OS, 59 anos, chefe de equipe. Segundo ele, seus empregados são registrados. O outro é o Sr. OC, 85 anos que apesar de ser empregado contribuiu para a Previdência como autônomo, pois para ele isto era motivo de honra ou por não ter a chance de um patrão assumir: “eu sempre paguei, nunca dependi de patrão”. Mas de acordo com ele:

*Não valeu muito a pena pagar o INSS não! Porque naquele tempo eu só podia pagar por um salário... um salário é muito micho... se pudesse pagar dois, três, hoje eu estava bem... nem precisava trabalhar mais. Mas não deu. Então tem que trabalhar e quando eu ficar bom, vou voltar a trabalhar (OC, 85 anos).*

No momento da doença, aqueles que não possuem vínculo formal, ou não contribuíram como autônomos para a Previdência Social e portanto não tem acesso a seguridade social, passam a perceber a necessidade do vínculo formal de trabalho e do acesso aos serviços previdenciários. Também buscam se inteirar sobre seus direitos e sinalizam mudança de comportamento em seu retorno ao trabalho.

*Minha carteira assinada foram dois meses só... foi em fazenda, em Rio Verde no Mato Grosso do Sul... aquele patrão era 100%, aqui nunca assinaram minha carteira...se eu tivesse a carteira assinada, pagasse o INSS... tem muita coisa do governo que é benefício para a gente. Mas como eu não tenho então eu não tenho nada. Só que eu não sabia disso... hoje em dia se o patrão é gente boa ele registra e quando não registra, faz um contrato... ele sabe que um empregado que trabalha em uma fazenda, que nem no meu caso. Se Deus me livre eu me acidente ele não tem como me mandar embora e se for para a lei ele vai dançar muito feio. Vai ter que explicar por que não registrou, por que não tem firma registrada e assim por diante... a pessoa tem uma aposentadoria por acidente de trabalho, ela tem direito... se Deus o livre e guarde o cara se quebre, se machuque e não pode exercer mais a profissão, através do patrão e da carteira ele tem algum benefício do governo (E, 41 anos).*

O relato abaixo revela o único caso encontrado onde o trabalhador sente-se amparado pela previdência social, apesar da queda no rendimento mensal devido a não realização de horas extras<sup>24</sup>. Pode-se afirmar que na trajetória do grupo, é uma distinção neste aspecto, um vez que foi o único a conseguir estabelecer relações formais de trabalho por um longo período.

*Eu sempre tive carteira, já tem 35 anos que eu tenho carteira de trabalho... ficou uma parte sem assinar, mas uns 25 anos está assinada (V, 49 anos).*

---

<sup>24</sup> Este trabalhador teve uma subtração de R\$500,00 reais de sua renda com o recebimento do auxílio doença. O rendimento do mesmo em atividade é igual a R\$ 1900,00 reais.

Como pode ser visto na tabela 6, que se refere à escolaridade dos trabalhadores, um é analfabeto, oito possuem a terceira ou quarta série primária (do ensino fundamental), três concluíram o ensino fundamental e um o ensino médio.

**Tabela 6** – Escolaridade referida pelos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.

<b>Escolaridade</b>	<b>Nº trab.</b>
Analfabeto	1
3ª e 4ª série primária	8
Ensino fundamental	3
Ensino médio	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

A maioria demonstrou arrependimento por não ter estudado, porém justificaram este fato devido falta de oportunidades e ao fato de naquele momento as ocupações disponíveis não exigirem estudo (garimpo, agricultura, seringal), assim não percebiam a necessidade de estudar.

*Se eu tivesse estudado, com certeza, seria melhor! Hoje eu podia ser até um doutor! Eu não tive chance, não pela minha mãe, mas pelo meu pai que não me deixou estudar... nunca tive oportunidade de sair da roça para ir para cidade estudar... (E, 41 anos).*

Do total de oito trabalhadores que referiram ter filhos, todos falaram da importância do estudo como possibilidade de ascensão social, de modo a não seguir a ocupação/profissão do pai (madeireiro, garimpeiro, agricultor, entre outros).

*Meus filhos trabalham em outra coisa... é escritório... é coisa assim... eles estudaram. E o pai deles só mexe com pau velho (V, 49 anos)*

A maioria dos trabalhadores referiu ter herdado do pai o ofício de agricultor. São orgulhosos dos ensinamentos do pai e do ofício herdado, dizem gostar das profissões, porém não querem o mesmo para seus filhos. Por isso investem no estudo, mesmo que seja necessário dispor de grandes quantias para pagamento de mensalidades nas faculdades particulares e manutenção dos filhos em outras cidades para que possam ter acesso à formação superior e assim serem desviados da

agricultura. Este fato também ocorre com as filhas que, antes eram preparadas somente para o casamento, hoje têm oportunidades semelhantes a dos irmãos.

*Fui para Nova Mutum em 2000. Lá estava muito bom, crescendo muito... consegui comprar uma casinha por oito mil... nessa época formei duas filhas na faculdade... uma não formou porque não quis, mas está bem empregada em uma firma lá... elas ficaram em Nova Mutum e estudaram lá... eu consegui manter elas lá porque eu tinha alguma coisinha, senão elas tinham que voltar para trás... minha residência é em Nortelândia, então eu ficava entre Nova Mutum e Nortelândia, mas hoje eu moro mais tempo em Nova Mutum porque eu sempre pego serviço por lá. Eu gosto de Nova Mutum (OS, 59 anos).*

O investimento na educação superior para os filhos tem como principal finalidade a ascensão social. É uma estratégia adotada na tentativa de provocar a mudança de posição no espaço social. BONNEWITZ (2003) explica esta estratégia nos termos de Bourdieu como “educativa”, que visa produzir agentes sociais dignos e proporcionar mudanças na trajetória social.

Este fato também é apresentado por BOURDIEU (2003) em um de seus estudos publicados na coletânea “A Miséria do Mundo”. Diante da precarização do trabalho nas fábricas francesas e do desemprego, os pais se apóiam na formação escolar para desviá-los do trabalho na fábrica e obter outras possibilidades, em busca da ascensão social.

*Eu quero fazer alguma coisa para mim! Não quero mais trabalhar em madeireira. Não sei ainda, até lá eu vou pensar... Eu tenho meus filhos que podem me ajudar. Eu já ia parar de trabalhar... hoje estou com meus filhos criados... todos trabalham, então eu ganhando qualquer coisinha aí para comer, beber, pagar a água e a energia, é uma boa! Para que eu vou me matar de trabalhar? (V, 49 anos).*

Esta mudança esperada através da estratégia educativa visa não somente a ascensão dos filhos, mas da família, pois o ‘sucesso dos filhos’ permite aos pais também ascender socialmente. Frente ao desamparo social vivido pelo trabalhador, o

filho ‘bem sucedido’ pode garantir condições mínimas de sobrevivência na velhice ou na invalidez.

A ênfase na estrutura familiar foi identificada na maioria das entrevistas, especialmente entre os que relataram união estável e o viúvo. Na tabela 7 verifica-se que a maioria está casada ou esta em uma relação estável. Do total de quatro trabalhadores solteiros, um revela arrependimento por não ter uma companheira, principalmente pelo fato de estar doente, dependente de cuidados e sozinho.

**Tabela 7** – Estado civil dos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.

<b>Estado Civil</b>	<b>Nº trab.</b>
Casado	5
Solteiro	4
Amasiado	3
Viúvo	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

Na tabela 8, percebe-se que a maioria dos trabalhadores possui entre um a quatro filhos. Quatro deles não tem filhos. Alguns relataram estar no segundo ou terceiro relacionamento e falaram da distância dos filhos nascidos nos relacionamentos anteriores, que ficaram com as mães em outras cidades.

**Tabela 8** – Número de filhos dos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.

<b>Nº de filhos</b>	<b>Nº trab.</b>
Nenhum	4
1	2
2	2
4	2
5	1
6	1
8	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

Percebe-se que os trabalhadores, em função da dinâmica de migração, aquela ligada aos seringais e garimpos, tendem ao longo de suas trajetórias a manter relacionamentos dispersos, muitos destes tendo como resultado a geração de filhos.

*Eu sou solteiro, mas tenho dois filhos... moram em Juina. É do tempo que eu trabalhava em Juina (AC, 50 anos).*

A estrutura familiar tradicional foi verificada nos trabalhadores que tem a agricultura e a madeireira como ramos produtivos predominantes em suas trajetórias como pode ser observado no relato abaixo.

*Meus filhos falam: Pai a gente tem orgulho do Senhor! (choro)... eu fiz de tudo... ajudo eles no que eles precisam... lutei a minha vida inteira para dar alguma coisa melhor para minha família... tudo que eu faço é para eles. Eu não guardo dinheiro para mim... eu tenho muito orgulho da minha família... você vê uma família pobre que deu certo... no Brasil é muito difícil a gente vê isso... ninguém usa droga, não é viciado, todos trabalham, tem profissão, é honesto... e olha que criar seis filhos dá trabalho (OS, 59 anos).*

Existe também o caso daqueles que não constituíram família e que na velhice e na doença sentem-se solitários e desamparados, onde além de não terem acesso a seguridade social, são desprovidos da proteção e amparo familiar.

*Sempre gostei de mexer com gado, não tive filho... sou sozinho! Eu me arrependo de não ter casado. Arrumei mulher boa que podia estar hoje comigo aqui (AS, 62 anos).*

Assim como a família a religião é vista como um ponto de apoio no momento de fragilidade, no momento da doença. A religião católica foi citada por nove trabalhadores, os demais disseram que acreditam em Deus, mas não frequentam a igreja, não tem uma religião. Mesmo assim, todos se referem a Deus ao pedir a cura para suas doenças, a guarda da família, a aquisição de bens materiais, entre outros desejos.

*É difícil agora doente, mas ainda bem que descobriu a doença. Agora tenho que tratar e rezar para sarar logo e voltar a trabalhar (S, 47 anos).*

*Sou católico. Eu acho que a pessoa tem que rezar, de dia, de manhã, de noite, não pode esquecer dele. Tem uma missa*

*transmitida da Aparecida, que eu gosto e eu já pedi muito... eu tenho vontade de ir na Aparecida do Norte (AB, 52 anos).*

Entre as atividades de lazer a pesca e a caça foram as mais citadas entre os trabalhadores. Aqueles que residem nos sítios falaram do gosto pelas festas na comunidade promovidas pela igreja católica. Os demais relataram ir à missa, jogos de futebol e de cartas, churrasco com os amigos e dança nos bailes da cidade.

*Tem clube, tem baile, eu jogo um baralhinho, assim de brincadeira... eu saio para caçar, pescar, dançar, namorar... (AC, 50 anos).*

*Vou à missa, ao culto... vou em festa na comunidade, na cidade (N, 54 anos).*

As trajetórias destes trabalhadores apontam vários traços comuns a esta classe social. Verificamos que todos são migrantes que vieram de outros estados, especialmente do sul do país para trabalhar no eixo da BR 163. Têm como principais características a mobilidade espacial e a disponibilidade para atuar nos três setores abordados, de acordo com as possibilidades que a estrutura oferece a estes agentes. Iniciaram no trabalho muito cedo, ainda quando crianças, ajudando o pai na lavoura ou no seringal.

A maioria encontra-se excluída do sistema de benefícios previdenciários por não possuir vínculo formal de trabalho. Notamos a ênfase na estrutura familiar e especialmente o desejo de desviar os filhos do trabalho na agricultura, pecuária, madeireira e garimpos, utilizando como *estratégia* para esta mudança no *espaço social* o investimento na educação e qualificação para outros tipos de trabalho, principalmente voltado para o *capital intelectual*.

O apego a religião é algo evidente na fala destes trabalhadores, sendo a religião católica a mais citada entre eles. Quanto às atividades de lazer apreciam a pesca, a caça, o futebol, as festas da comunidade, o baralho, o churrasco com os amigos e os bailes da cidade, de acordo com os costumes que nas citações são distintos na zona rural e urbana.

Existem distinções quanto as trajetórias destes trabalhadores, que podem ser exemplificadas pela distinção de idade, tendo o Sr. OC. de 85 anos e o jovem R. de 20 anos de idade. Com relação ao gênero temos a Sra. N. 54 anos como a única mulher do grupo. Em relação à ascensão social, o Sr. OS. 59 anos foi o único a conseguir um aumento em todos os capitais (econômico, cultural, simbólico e social). No outro extremo o Sr. AS 62 anos, que apresenta um declínio em sua trajetória social, com grande comprometimento de seus capitais, principalmente do econômico, social e simbólico. Temos ainda o Sr. V.49 anos, como o único trabalhador que na maior parte de sua trajetória possuiu vínculo formal de trabalho. Sendo também este o único a se manter na mesma atividade durante toda a trajetória de vida.

Para BOURDIEU (1996), os agentes de uma classe social compartilham o mesmo *habitus* de classe, porém podem ocupar posições distintas dentro do espaço social de acordo com estrutura e volume do seu capital. Isto pode explicar as distinções encontradas neste grupo de trabalhadores.

### CAPITULO III

#### O MUNDO DO TRABALHO

*Vivo sempre feliz  
Tenho tudo o que preciso  
Jamais fico triste  
Já passei por momentos que me fizeram chorar  
Mas no meu trabalho consigo qualquer coisa superar  
Com o passar dos tempos viajo na imaginação  
Encontro sentidos para fazer os caminhos do meu coração  
Com meu esforço consigo superar minhas dúvidas e conclusões  
Amenizo os movimentos que me deixam pensativo  
E pensando em desistir  
Mas não me deixo ser dominado pelas conclusões  
Que afetam a alma e destroem corações.*

Poesia “Trabalhador”  
R, 20 anos, agricultor, Matupá/MT

### 3. O MUNDO DO TRABALHO

Compreender as representações dos trabalhadores sobre a relação trabalho-doença, em seus leitos hospitalares, objeto desta pesquisa, impôs apreender o mundo do trabalho por meio do olhar dos entrevistados. Em seus leitos, diante da fragilidade que a doença os colocava, seus olhos brilhavam ao falar de suas atividades, da busca sempre por melhores condições de vida. Estas que para alguns foi o sonho de ter um pedaço de terra, para outros a busca de um trabalho que possibilitasse uma estabilidade. Para isto tiveram que partir e caminharam rumo a lugares onde lhes parecia possível sonhar com um futuro melhor. Mas, sempre o passado está presente. Assim, buscaram recordar, em suas trajetórias de vida, cada trabalho vivenciado, em que apontaram com orgulho suas habilidades e, também, os desafios e receios enfrentados.

O mundo do trabalho, portanto, constituiu-se em uma das dimensões mais significativas para os entrevistados, naquele momento. Neste capítulo busco refletir sobre esta dimensão, estabelecendo conexões entre a literatura pertinente e a trajetória dos entrevistados quanto aos seus trabalhos. Três eixos mostraram-se significativos: 1) a dinâmica das migrações territoriais na recente história brasileira, uma vez que a trajetória dos entrevistados esta ligada ao processo de ocupação ao entorno do BR163; 2) as representações sociais sobre o trabalho, uma vez que o grupo social é de trabalhadores e ou pequenos agricultores; 3) e as representações quanto aos riscos de acidentes e doenças nos setores produtivos da madeireira, da agricultura, pecuária, seringal e garimpo.

### 3.1. A dinâmica das migrações

Como visto na caracterização dos personagens a migração é um aspecto de grande importância para a compreensão do mundo do trabalho dos grupos sociais envolvidos nas atividades produtivas preponderantes ao longo da BR 163.

A migração é um fenômeno demográfico complexo, pois ao mesmo tempo em que um fluxo migratório possui características universais e estruturalmente semelhantes a outros fluxos, ele desenvolve histórica e socialmente sua singularidade. Parte-se do pressuposto que por meio da migração ocorre a dominação e a apropriação de espaços que redundam, através do tempo, na produção do território por um modo de vida singular que se re-territorializa.

Esta mobilidade espacial da população, a migração, como a define BECKER (1997, p. 323) “reflete mudanças nas relações entre as pessoas (relações de produção) e entre essas e o seu meio ambiente físico”. Nesta perspectiva o deslocamento de indivíduos reflete alterações nas relações de produção e conseqüentemente alterações na reprodução do território.

SINGER (1998), próximo da perspectiva acima esboçada, aponta que a mobilidade no capitalismo é uma “mobilidade forçada” em decorrência, de um lado, da introdução de relações de produção capitalistas que acarretam a expropriação de camponeses, além da decadência ou atraso tecnológico em determinadas áreas, provocando a carência de trabalho, e, de outro da necessidade do trabalhador inserir-se em novas frentes. Para ele os fatores de expulsão são de duas ordens:

...fatores de mudança, que decorrem da introdução de relações de produção capitalistas nestas áreas, a qual acarreta a expropriação de camponeses, a expulsão de agregados, parceiros e outros agricultores não proprietários, tendo por objetivo o aumento da produtividade do trabalho e a conseqüente redução do nível de emprego (...) e fatores de estagnação, que se manifestam sob a forma de uma crescente pressão populacional sobre uma disponibilidade de áreas cultiváveis física de terra aproveitável como pela monopolização de grande parte da mesma pelos grandes proprietários (SINGER, 1998, p. 37).

Assim, o deslocamento para a Amazônia Legal, nesta perspectiva, deve ser compreendido a partir da perspectiva do trabalho, o trabalhador se coloca à disposição do capital e se vê “forçado” a migrar, pois a única mercadoria que possui é a própria força de trabalho. Nesse processo, os trabalhadores vendem sua própria força de trabalho para sua sobrevivência e, com isso, tornam-se móveis para acompanhar o movimento do capital e, assim, reproduzir e sobreviver.

No entanto, existem no processo da migração, além das causas estruturais como os autores apontam, os motivos individuais, da interiorização dos agentes sociais que se deslocam para outros lugares. Nessa perspectiva devemos considerar que:

As causas estruturais são determinadas pela estrutura da sociedade, enquanto os motivos subjetivos refletem a interiorização, pelos agentes sociais, de suas condições sociais de existência: essas duas dimensões são vividas simultaneamente pelos grupos sociais em questão, sendo distinguíveis apenas a nível analítico (TAVARES DOS SANTOS, 1993, p. 14).

Neste sentido, a busca pela *dialética* entre elementos estruturais e individuais na migração se torna importante para a análise e compreensão mais aprofundada do fenômeno.

Como uma frente pioneira, que para MARTINS (1997, p. 53) “é mais do que o deslocamento da população sobre territórios novos”, pois se caracteriza também pela “situação espacial e social que convida ou induz à modernização, à formulação de novas concepções de vida, à mudança social”. Essa concepção de frente pioneira explicita a criação do espaço novo, da nova sociabilidade fundada no mercado e na contratualidade das relações sociais.

Esta vertente permite compreender as narrativas dos entrevistados, que enfatizam mais os seus sonhos no sentido de se construir uma “vida melhor”, das esperanças que tinham e de suas realizações ou não.

Suas trajetórias sobre o processo de migração apontam que foram nas atividades como agricultura, pecuária e exploração florestal e mineral que esses trabalhadores se inseriram. Traziam na bagagem sua condição de classe trabalhadora.

Assim, mais que um espaço físico a região da BR163 constitui-se *um espaço social*, pois engendradas as relações entre os agentes sociais, que se constitui um campo em uma sociedade capitalista em que a desigualdade é inerente ao seu sistema, o espaço social é definido pela exclusão (ou distinção), das posições que o constituem, isto é, como estrutura de justaposição de posições sociais (BOURDIEU, 2003).

A estrutura do espaço social se manifesta, assim, nos contextos mais diversos sob a forma de oposições e espaciais, o espaço habitado (ou apropriado) funcionando como uma espécie de simbolização espontânea do espaço social. Não há espaço, em uma sociedade hierarquizada, que não seja hierarquizado e que não exprima as hierarquias e as distâncias sociais, sob uma forma (mais ou menos) deformada e, sobretudo, dissimulada pelo *efeito da naturalização* que a inscrição durável das realidades sociais no mundo natural acarreta: diferenças produzidas pela lógica da história podem, assim, parecer surgidas da natureza das coisas [basta pensar na idéia de “fronteira natural]” (*Idem*, p. 160).

Como um fragmento da classe de trabalhadores, estes agentes sociais que migraram para a região, mais do que a melhora no nível de vida a migração representou para os entrevistados as possibilidades de trabalho. Mesmo para os que vieram em busca da terra, era a possibilidade do trabalho para a família.

Suas possibilidades foram definidas pelo capital econômico, social e cultural que traziam de seu modo de vida. E quanto a isto, do grupo, pude constatar o quanto ser portador de determinados *habitus*, os capacitava ou não para a inserção no mercado de trabalho, nas atividades produtivas do garimpo, da madeireira e da agropecuária.

O setor garimpeiro recebeu um grande contingente de trabalhadores com origem em outras atividades produtivas, uma vez que durante o desbravamento de alguns municípios do “nortão” foram encontradas jazidas de ouro e diamante capazes de alimentar o sonho da riqueza instantânea. Assim este ramo proporcionou a vinda para esta região de trabalhadores que não possuíam o “savoir-faire” da atividade, porém estavam dispostos a fazer a tentativa de incorporar este saber-fazer do grupo social de garimpeiros.

A migração em busca da terra ou da madeira se dá pelo sonho da ascensão e acumulação material, inclusive com a expectativa de mudança de classe social. Desta forma, o agricultor sonhava em ser “o fazendeiro”, o trabalhador de madeira sonhava em ser “o madeireiro”. Estes se mantinham enraizados ao seu capital cultural e ao seu “saber-fazer”, utilizando o conhecimento sobre estes ramos produtivos para reproduzirem seus modos de vida nos “lugares novos”, “bons de serviço”. Quando estes trabalhadores falaram de suas atividades, notei como se sentiram valorizados por “ensinar” sobre elas. Falaram com o entusiasmo de quem realmente vivencia ou vivenciou aquele processo. Assim migram no sentido de poder dar continuidade ao trabalho nas atividades que dominam.

Desta forma, os trabalhadores que migraram para estas atividades pretendiam reproduzir ao longo da BR 163 o seu modo de vida. A capacidade destes trabalhadores em inserirem-se em diversos ramos produtivos é um elemento do *habitus* de classe. De acordo com suas trajetórias existem duas possibilidades quando da migração: a estrutura pode não permitir a estes agentes exercerem atividades correlatas as exercidas nos locais de origem e, como conseqüências eram obrigados a incorporar novo “saber-fazer” para continuar a reproduzir o *habitus* de classe em novas atividades ou a estrutura pode oferecer ao agente a possibilidade de reprodução do seu *habitus* sem a necessidade de incorporar um novo “saber-fazer”, mantendo-se na atividade produtiva de origem.

Citamos como exemplo no primeiro caso as falas dos trabalhadores que venderam suas terras em outro estado e compraram pequenas áreas na região da BR 163 e que devido às dificuldades decorrentes da falta de incentivo do governo, da falta de infra-estrutura, e do baixo valor dos produtos agrícolas, não conseguiram produzir o suficiente para sua sobrevivência. Frente a esta situação muitos retornaram aos seus locais de origem, ou passaram a “trabalhar para os outros”, como empreiteiros, diaristas, caseiros. A reprodução do modo de vida se traduz não somente no trabalho, mas no estilo de vida e nos costumes. A afinidade com a criação de animais, a lida com a terra e a religiosidade, as festas da comunidade, o gosto pela pesca e pela caça também são partes expressivas do *habitus* e necessita de condições objetivas e subjetivas para sua reprodução.

*Meu trabalho na serraria foi rápido demais. Só um mês. Tive um acidente, quando eu sarei não quis mais saber de lá. O trem é perigoso demais! Esse trabalho na madeireira foi em um tempo que eu estava sem serviço. Apareceu esse da serraria e eu fui, mas eu não sabia nada sobre madeireira. Era a primeira vez e já me acidentei logo no começo (AC, 50 anos, garimpeiro).*

Para o garimpeiro, acostumado a lidar com a malária ou mesmo com a violência encontradas no garimpo, tudo é considerado normal. O mesmo acontece com o agricultor e com o madeireiro. Acostumam-se a lidar com o veneno das lavouras, com o barulho das serrarias, a trabalhar de sol a sol na agricultura; com o pó de serra e os riscos de acidentes, pois a capacidade de suportar os perigos e os desconfortos do tipo de trabalho que dominam também faz parte do seu “savoir-faire”, de suas representações sociais. Assim, são capazes de lidar com as doenças, com os riscos de acidentes, com condições de trabalho precárias, com a baixa remuneração, desde que em troca lhes seja permitido reproduzir o modo de vida, as representações sociais, a sua capacidade de agir, enfim, o *habitus* de sua classe social. Isto faz parte do que BOURDIEU (2005) chama de *ethos*, componente do *habitus*, onde os princípios e valores do trabalhador são postos em prática de forma inconsciente, permitindo ao agente regular sua conduta e desta forma suportar as situações de perigo e desgaste.

Os trabalhadores são constantes migrantes e as alterações na estrutura econômica e social são pano de fundo para a dinâmica de migração. Entre eles forma-se uma teia de relações onde os casos de sucesso, acabam incentivando a migração como um sistema de retroalimentação.

Exemplos disto são vistos nos relatos dos trabalhadores em que informaram que vieram para o Mato Grosso porque amigos disseram que “estava bom para ganhar dinheiro”, “era bom de serviço”, ou porque familiares vieram e conhecendo as possibilidades de emprego retornaram e buscaram filhos, irmãos, cunhados, etc. O Sr. AB, 52 anos relata:

*Meu pai veio primeiro, depois veio eu e a minha mãe e por último vieram meus irmãos. Fui eu que busquei o povo no Paraná. Lá é difícil, tem dia de não ter um real no bolso. Lá não tem emprego.*

Dentre as transformações ocorridas na estrutura econômica temos a expansão do agronegócio, especialmente a agricultura, como a base econômica do Estado do Mato Grosso. E como verificamos nas trajetórias dos trabalhadores do presente estudo a mudança espacial decorre preponderantemente da relação do agente com o capital econômico, mas com a participação decisiva do capital cultural e simbólico.

Da mesma forma dificuldades de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho também se devem a mudanças estruturais e seus efeitos nas oportunidades de emprego geradas pelas atividades produtivas organizadas ao longo da BR 163. Estes foram se reduzindo na medida em que foram introduzidas novas tecnologias, ou quando as atividades foram perdendo importância econômica. Um exemplo disto é citado por PASSOS (2007) ao analisar o depoimento de um produtor de soja do município de Nova Mutum:

... o plantio, a colheita, a comercialização requerem pessoal qualificado; no entanto, está cada vez mais difícil de encontrar mão de obra qualificada para todo esse complexo. Há dez anos, era necessário 4 a 5 peões para se plantar 350 hectares de soja; hoje se faz o mesmo trabalho com apenas 2 peões (p. 130).

Vemos que a modernização agrícola traz consigo a exclusão do homem do campo. E aquele trabalhador que migrou em busca de oportunidades se vê enfraquecido, sob pressão do modo capitalista de produção que exige produção em larga escala, alijando a pequena propriedade do mercado consumidor. A agricultura que por séculos se constituiu em subsistência ou meio de vida dos pequenos agricultores foi modificada pelo agronegócio. Este processo tem gerado: exclusão social, migração rural, desemprego, concentração de renda, empobrecimento da população rural e danos a saúde e ao meio ambiente (PIGNATI, 2005).

Acrescenta-se ainda a precarização do trabalho evidenciada nos relatos dos entrevistados (rebaixamento dos salários, longas jornadas, pouca qualidade da alimentação e dos alojamentos, exposição aos riscos de doenças e acidentes, não registro da carteira de trabalho). Diante do medo do desemprego, e a ameaça que isto representa, o trabalhador aceita manter-se nestas condições e acaba por incorporar este modelo, passando a considerá-lo normal ou necessário para sua sobrevivência: é

*ruim, mas eu preciso, tenho família para sustentar; não sei fazer outra coisa, é o que tem aqui para trabalhar.* (grifos meus).

O trabalhador despojado dos meios de produção passa a depender das oportunidades oferecidas pelo capital para sua sobrevivência e reprodução, se sujeitando as relações de trabalho impostas por este, mesmo que precárias, perigosas e violentas.

Além da introdução de novas tecnologias, houve também a inserção de novos insumos agrícolas, principalmente agrotóxicos. Estes insumos possuem composição química que podem acarretar danos à saúde, sendo necessários cuidados na sua manipulação que envolve o preparo, a pulverização e o descarte das embalagens. Entre estes cuidados está principalmente a diluição correta do produto. Para isto o trabalhador precisa saber ler e interpretar as informações constantes no rótulo e as normas de segurança para a prevenção de intoxicações, como o uso de equipamentos de proteção individual, por exemplo.

No entanto, como vimos, a maior parte dos trabalhadores deste ramo produtivo possuem baixa escolaridade ou são analfabetos. Mesmo assim manipulam os agrotóxicos seguindo a orientação dos “mais experientes”, de acordo com o “savoir-faire” coletivo, incorporando um aspecto do *habitus* do grupo social.

Notamos semelhanças entre os setores produtivos abordados: as longas jornadas que duram em torno de dez horas diárias com pequenos intervalos para as refeições; o esforço físico intenso exigido do trabalhador; as situações evidentes de riscos de acidentes e doenças; a gravidade dos acidentes; a informalidade das relações de trabalho; a baixa remuneração; a baixa escolaridade; as condições precárias de moradia e alimentação; o difícil acesso (condições das estradas e distância das cidades), o acesso restrito aos serviços de saúde, de educação, e transporte.

Diante do que representa estes setores produtivos para os trabalhadores tanto do ponto de vista do capital econômico como do capital simbólico e cultural, consideramos relevante apresentar quais as representações sociais dos trabalhadores quanto a organização do modo de produção e os riscos de acidentes e doenças, uma vez que as duas variáveis são importantes para entender o processo de adoecimento

pertinentes ao mundo do trabalho da agropecuária, indústria madeireira e dos garimpos da área de influência da BR 163.

### **3.2. Representações sociais sobre o trabalho e o modo de produção**

No contexto das representações dos trabalhadores sobre saúde-doença-trabalho, a literatura destaca a importância de se considerar as características do trabalho como contribuintes para as alterações na saúde dos mesmos (MINAYO 2005, LAURELL 1989). As atividades econômicas predominantes ao longo da BR 163 têm como característica principal o modo de produção capitalista. Desta forma, faz-se necessário à análise das características do trabalho a luz desta forma de organização socioeconômica.

Em relação às características do trabalho, observa-se que nestes ramos de atividade coexistem os trabalhos camponês, artesanal e manufatureiro caracterizado pelo baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas (baixa tecnologia e tecnificação da força de trabalho), com o trabalho industrial caracterizado por níveis mais elevados de desenvolvimento das forças produtivas (alto nível tecnológico e maior tecnificação da mão-de-obra).

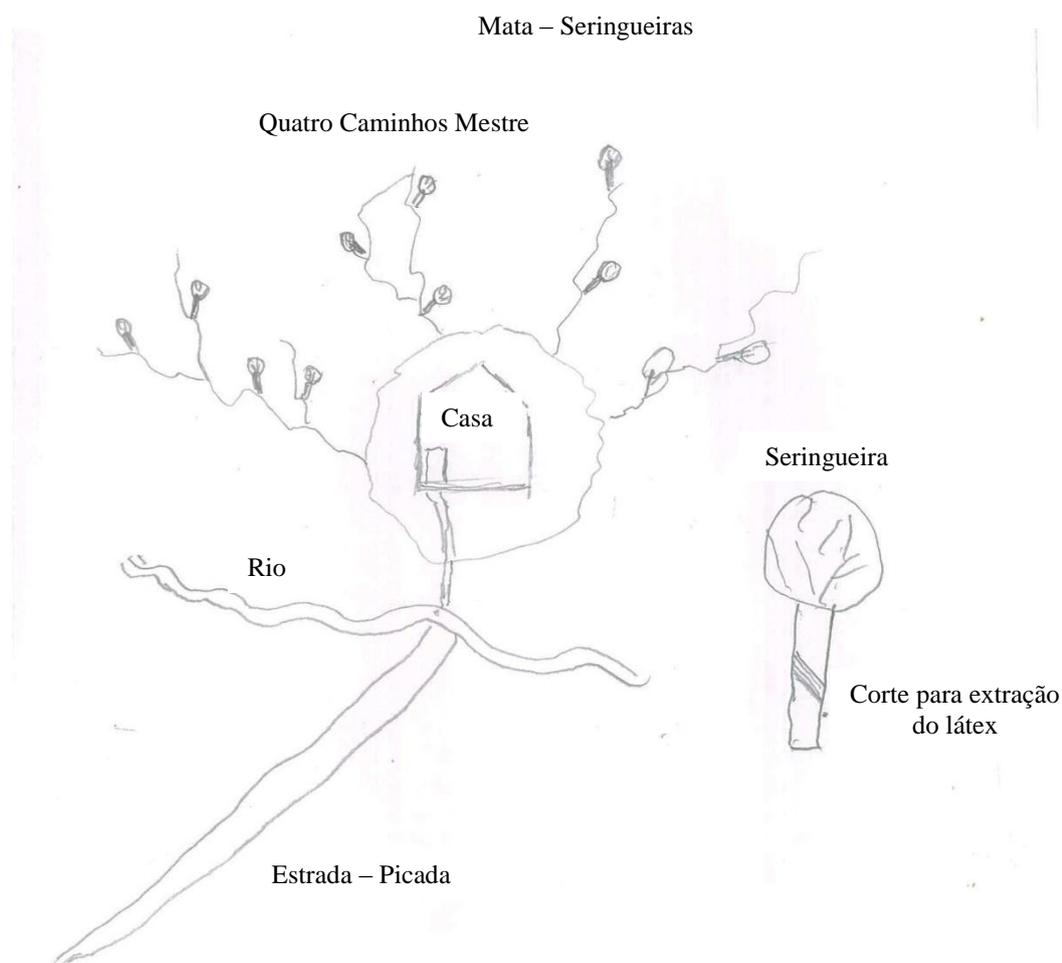
Na atividade do seringal, por exemplo, têm-se o trabalho artesanal de extração do látex ilustrado em um croqui e na fala de um seringueiro (figura 4).

O Sr. LG, 60 anos, propôs-se a explicar como é o trabalho no seringal. Ao desenhá-lo recordou-se do seringal que trabalhou próximo ao município de Sinop, mais precisamente onde atualmente se localiza o distrito de Nova Esperança.

A riqueza da descrição retrata com detalhe o conhecimento profundo sobre o trabalho no seringal. Este “saber fazer” revela conforme BOURDIEU (2005) a

riqueza do capital cultural do trabalhador sob a forma do conhecimento incorporado pela qualificação transmitida pela família.

**Figura 4** – Processo produtivo de um seringal. Mato Grosso, 2007.



*Aqui é onde a gente mora. Tem a casa e em volta da casa está o seringal, as árvores. Sempre tem um rio por perto para servir água para cozinhar, lavar roupa, tomar banho. Para chegar lá (no seringal) a gente ia de caminhão até uma certa altura, depois ia a pé. Bom, o desenho ficou mais ou menos. Dá para ter uma noção de como é. Aqui é um riacho. Aqui tudo é mato e aqui se faz os caminhos, tipo picada. Mas é bem limpo, bem limpinho mesmo! Porque para trabalhar não pode ter galhos, nada que atrapalhe, porque a gente anda bem cedinho aqui. Está até escuro ainda. Estes caminhos se chamam caminhos mestres. Tem vários destes e todos eles têm madeira para tirar a*

*borracha. A gente entra aqui nestes caminhos, vai, corta e volta. Sempre se divide em uns quatro caminhos, quatro parcelas. Tem cem, cento e poucas, até umas duzentas madeiras em cada caminho. Somando de todos os caminhos dá umas seiscentas, até setecentas madeiras em quatro dias. Porque a gente sai daqui (do primeiro caminho) e vai para o outro, e para o outro até chegar ao quarto caminho. É um dia em cada caminho. Quando termina começa de novo aqui (no primeiro). Este é o tempo de juntar o látex, ele tem que coalhar. Quando termina de cortar, que já chegou ao final, o látex do começo já coalhou, já secou, daí tem que recolher. A mesma árvore dá para cortar muitas vezes, mas em cima do mesmo corte só pode cortar duas vezes. Só que não no mesmo dia, só depois de quatro dias. O corte não pode encontrar, tem que ser diagonal e ter um palmo de distância um do outro, porque senão mata a árvore. A madeira tem, como se fosse o sangue. Tem que descer e subir o líquido na madeira. Se cortar tudo não passa o líquido e ela morre. O látex sobe e circula na árvore igual ao sangue no nosso corpo. Se cortar tudo ela solta todo o líquido e pode morrer.*

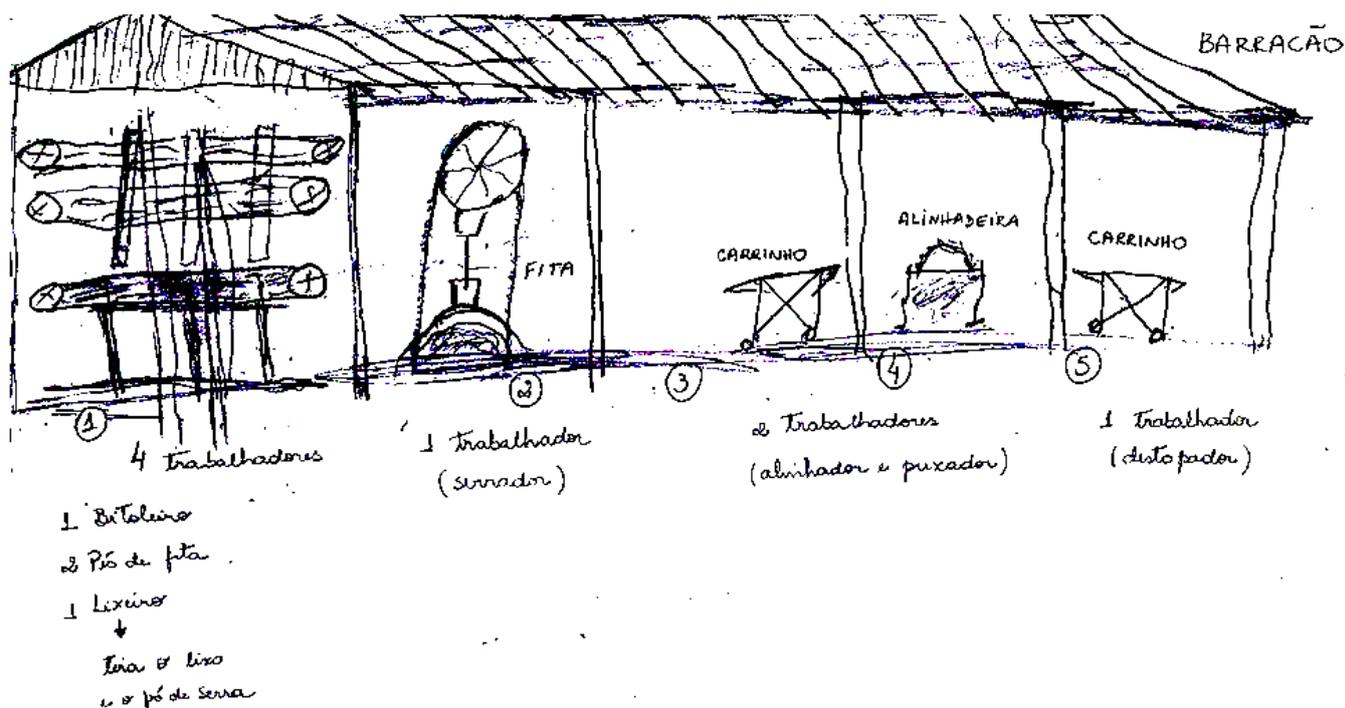
Desenhou também uma árvore com os cortes para demonstrar como devem ser feitos, evidenciando seu domínio sobre o trabalho realizado no seringal.

*Aqui ela é cortada assim. Aqui é colocado o copo (na ponta inferior do corte). Aqui tem um buzinode, feito de lata, que é uma bica, para aparar o látex. O copo é de plástico, ele é comprado para isso mesmo. Em cada madeira vai se colocando um copo. Coloca-se um pau aqui e outro aqui e assenta o copo para não cair. Dá para cortar muitas vezes uma madeira. Vai cortando, vai cortando, vai descendo. Quando a madeira é grossa, daí coloca dois copos, até três dá para colocar. A seringueira é alta, dá uns quinze metros de altura. Então, resumindo: o seringal é mais ou menos assim, tem a estrada, anda um pouco, chega a um rio, atravessa e acaba de chegar à casa. A casa é de pau a pique que a gente mesmo faz. Este aqui está parecido com o de Nova Esperança que eu trabalhei. Fica perto de Sinop. Antigamente para ir lá para cima era muito difícil, passava dias tentando chegar. Era atoleiro, estrada ruim. Ainda não tinha cidade. (LG, 60 anos)*

O desenvolvimento da atividade depende de forma primordial deste conhecimento incorporado pelo trabalhador na forma do “saber fazer”, característico do trabalho artesanal.

Na indústria madeireira, tem-se um processo produtivo industrial onde meios de produção (instrumentos, máquinas e equipamentos) são responsáveis diretos pela transformação dos insumos em produto, e o trabalhador se transforma em operador de máquinas, ou operário. Isto pode ser ilustrado pelo croqui e a fala de um trabalhador da indústria madeireira:

Figura 5 – Processo Produtivo de uma Serraria. Mato Grosso, 2007.



O desenho não ficou muito bom, mas eu fiz uma serraria como se tivesse montada. Só que parada, sem funcionar. Aqui é onde entra as toras. Até já tem umas aqui. Esta está no carro para serrar na serra de fita. Depois que corta a tora em pranchas, as pranchas vão para o carrinho. Daí duas pessoas, um puxador e um alinhador põe em cima da alinhadeira e alinha a prancha. Eles cortam as laterais dela, alinham. Depois vai para a destopadeira. Não dá para ver a destopadeira no desenho porque fica do outro lado. Na destopadeira corta-se as pontas. Então, depois que corta a tora, alinha e destopa, a parte boa da madeira vai continuar a ser trabalhada. Dependendo da finalidade, se é para beneficiamento ou se é para vender bruta, vai para caminhos diferentes. O que sobra, as pontas, os restos vão para o lixo ou para o aproveitamento. Lá a gente aproveita

*quase tudo, faz bastante aproveitamento. Pegamos pedacinhos pequenos e emendamos um no outro, transformando em peças grandes. Na serraria tem sete funcionários. É um destopador, um alinhador, um puxador, um serrador, um lixeiro e dois pés de fita. Os pés de fita são os que põem a tora em cima do carro para serrar (V, 49 anos, madeireiro).*

O depoimento deste trabalhador revela que o mesmo possui conhecimento sobre todo o processo produtivo da serraria, conhecimento adquirido ao longo dos 35 anos de experiência nesta atividade. Porém, diferentemente da atividade seringueira, de cunho artesanal e onde o trabalhador domina todas as etapas do processo produtivo, na atividade da serraria o trabalhador domina o conhecimento da atividade de acordo com os postos de trabalho ocupados (destopador, alinhador, serrador).

Este processo de fragmentação do conhecimento sobre o processo produtivo é típico do processo produtivo industrial, onde o trabalhador despojado dos meios de produção, também é despojado do pleno “saber fazer” do processo produtivo. Assim segundo MARCUSE (1979) chega-se à alienação total do homem em relação aos meios de produção e ao “saber-fazer” no processo produtivo.

As relações de produção nas atividades predominantes ao longo da BR 163, assumem características particularizadas de acordo com a atividade e o nível de desenvolvimento das forças produtivas. Estas relações são caracterizadas pela forma como os trabalhadores se relacionam com os proprietários do capital ou na visão de BOURDIEU (2005), a forma como a classe de dominados age diante das relações de poder mantidas pela classe de dominantes.

O emprego de novas tecnologias e insumos, a pressão exercida pelos patrões sobre os trabalhadores para que haja aumento da produtividade, a redução das equipes de trabalho, são exemplos de fatores que contribuem para as diferentes formas de adoecimento (DIAS 1994, ABRAHÃO e PINHO 2002). Esta pressão é o resultado das relações de produção e de poder impostas pela classe de proprietários a classe de trabalhadores.

O trabalhador enquanto classe dominada e pertencente a um determinado grupo social de trabalhadores, é *agente* que participa das relações de produção com o objetivo principal de garantir sua sobrevivência econômica. Mas não participa apenas em função disto, pois ele necessita também reproduzir o *habitus* de seu grupo social.

O proprietário, pertencente a classe de dominantes participa da relação de produção em busca da extração do excedente. Esta é a razão de sua participação, embora assim como o trabalhador, este também busque a reprodução do *habitus* de seu grupo social através do trabalho da classe trabalhadora.

Para reproduzir este *habitus* o trabalhador se sujeita às relações de poder e a extração brutal do excedente, ou mais valia, exigida pela classe de dominantes. Esta extração brutal do excedente econômico não se resume à diferença monetária entre o pagamento pela força de trabalho e o valor da força de trabalho.

Estende-se a falta de garantia de condições dignas e seguras de trabalho, capazes de impedir prejuízos passados, presentes e futuros a estes trabalhadores, debitados a conta dos riscos de doenças e acidentes de trabalho, das dificuldades de alimentação, do precário acesso aos serviços de saúde, da baixa escolaridade, do isolamento social, e da exclusão do sistema público de seguridade social.

Os relatos dos trabalhadores sobre os prejuízos adicionais advindos das relações de produção e de poder nestes ramos de produção são variados e ilustram bem esta realidade. As condições de alojamento e alimentação são semelhantes em todos os ramos de atividade. No relato dos trabalhadores vemos que há o predomínio de barracos de lona e a alimentação é preparada quase sempre por eles mesmos.

*Nessa ultima fazenda que eu trabalhei tinha alojamento, mas nas outras tudo nunca tinha alojamento, era barraco de lona mesmo! A comida é por conta nossa! Nós estamos trabalhando por conta. Nós comemos carne de vaca e de caça quando nós saímos para caçar. Às vezes matamos uma paca, um veado, um cateto. Às vezes matamos um porcão... nossa diversão é caçar, pescar (AC, 50 anos).*

*No garimpo era barraco de lona também, ficava todo mundo no mesmo barraco, dormia na rede, tinham umas pessoas que levavam colchão e botavam no chão, mas é difícil usar colchão no garimpo, mais é rede mesmo. Então fica todo mundo embolado no mesmo barraco. Tem umas cinco pessoas porque são quatro garimpeiros e a cozinheira, quando tem, quando não tem, nós mesmos cozinhamos (AC, 50 anos).*

Quanto às dificuldades de deslocamento, e ao isolamento social provocado, os trabalhadores relatam que as condições não são boas, mas que já melhoraram

muito. Apesar de a maioria das estradas não ser pavimentada, as estradas de chão são consideradas boas, pois permitem o acesso aos locais de trabalho em tempo menor do que quando se iniciou o processo de colonização oficial<sup>25</sup> da região, em que levavam dias para chegar às fazendas, garimpos e madeireiras.

*Agora está mais fácil porque a estrada está melhor e já tem ônibus... para ir pra Brasnorte mesmo hoje saímos daqui de Jangada meia-noite e quatro da madrugada já estamos lá. Esses tempos em que a estrada estava pior chegava-se lá só meio-dia. Mas no começo nós íamos de caminhão; demorava dois dias para chegar. Dá uns quinhentos km de Jangada até Brasnorte (S, 47anos).*

Devido às dificuldades de deslocamento, os trabalhadores das fazendas ficam meses sem ver a família, voltando aos seus lares ao término das atividades, uma vez que a maior parte trabalha por empreita.

*Nós ficamos até uns quatro meses sem vir para casa. Até que tem o dinheiro porque o patrão adianta dinheiro se nós quisermos, mas é muito difícil ficar indo e vindo, então eu só venho pra casa quando termina o serviço. Quando minha menina nasceu, a primeira, eu só fui conhecer ela quando já tinha dois meses. Já estava grande. A vontade de vir para casa era muito grande, mas naquele tempo uns vinte e poucos anos atrás, a situação era muito difícil, estrada ruim, demorava muito pra chegar, daí tive que esperar (S, 47 anos).*

O trabalho de empreita é tido como o “trabalho por conta” e assim as despesas também devem ser por conta, dizem os trabalhadores. Sendo rara a situação em que o empregador fornece alimentação e alojamento adequados. Há também os casos em que os trabalhadores se tornam caseiros das fazendas e nestas situações a relação de trabalho é distinta como a referida pelo Sr. AB, 52 anos, em que há a participação na produção. Estas situações são encontradas nas fazendas já estruturadas, produtivas e de pequenas áreas. O trabalho de empreita de limpeza de pastos, plantio, colheita e abertura de áreas é mais comum nas grandes áreas de terra

---

<sup>25</sup> Processo de colonização incentivado por políticas públicas (CASTRO, BARROSO, COVEZZI e PRETI, 2002)

que possuem como finalidade a criação de gado e o plantio de extensas áreas de grãos. Estas relações em sua maioria ocorrem com a participação do “gato”.

*Eu sempre trabalhei cortando cana, já trabalhei em plantação de soja, já mexi com plantadeira, sacaria, eu já fiz de tudo aqui no Mato Grosso... garimpo... já trabalhei com patrão, mas fazendeiro não registra ninguém, ficava um mês, dois meses, até mais. O trabalho é mais de empreita, acaba o serviço vai embora (P, 39 anos).*

*Quando pegava as empreitas eu morava lá junto com eles. Comia, dormia, tudo lá... tinha casa para ficar. Minha renda varia bastante, mas dá um salário, um salário e meio livre. Eu que cuidava de tudo, da roça, do gado... com muito gosto... não deixava nada abandonado... era tudo eu que cuidava! (AS, 62 anos).*

Os proprietários do capital não se contentam apenas com a extração do excedente direto, resultante da diferença entre o valor da força de trabalho e o custo da força de trabalho. A isenção de suas responsabilidades enquanto empregador aumenta suas chances de acumulação de capital, pois não precisaram alocar capital na melhoria das condições de trabalho, brutalizando – além da simples extração do excedente – as relações sociais de produção. Este processo ilustra o que Bourdieu define como violência simbólica, pois apesar de concreta, não é percebida pelo trabalhador.

Nas madeireiras é comum encontrar as colônias de trabalhadores. Geralmente no próprio pátio das indústrias, em pequenas casas fabricadas de madeira se aglomeram os trabalhadores e suas famílias. Assim, todos se expõem ao ruído intenso das máquinas, a poeira produzida pelo processamento da madeira, à fumaça da queima do pó de serra, às condições precárias de saneamento.

O pátio da madeireira, por muitas vezes, acaba sendo o pátio das casas, é ali que as crianças brincam e trafegam para ir à escola. É também ali que normalmente são depositados restos de madeira e pó de serra. A queima deste pó constitui-se em um risco para os trabalhadores e suas famílias. É freqüente a ocorrência de queimaduras em crianças que brincam sobre os montes, fato presente nos noticiários de repercussão nacional, pela freqüência, extensão e gravidade dos ferimentos.

Essas colônias têm como finalidade garantir um controle maior sobre os trabalhadores e suas famílias, além de criar um estado de dependência pela possibilidade de ter uma moradia. O fornecimento de moradia, também é uma forma de se reduzir o valor a ser pago pela força de trabalho, sendo mais um elemento para justificar os baixos salários, evidenciando o que BOURDIEU (1996) denomina como violência simbólica.

O tempo de serviço deste grupo de trabalhadores está situado entre dez e quarenta anos, sendo que a maioria iniciou suas atividades na agricultura familiar, ajudando os pais na lida com a lavoura e com as criações.

O vínculo de trabalho informal é predominante em relação ao formal. Apenas um possui registro da carteira de trabalho. Este falou sobre a queda no seu rendimento mensal no valor estimado de quinhentos reais, devido às horas extras que atualmente não realiza. Assim recebe do INSS<sup>26</sup> o referente ao salário fixo (R\$1.400,00). Três são aposentados e nove encontram-se afastados das atividades e sem amparo social.

O rendimento do garimpeiro está condicionado ao fato dele trabalhar por conta, como garimpeiro independente, ou trabalhar para um “patrão”, onde recebe uma porcentagem da produção.

*Se o maquinário for meu, eu só tenho que pagar dez por cento para o dono da terra e cinco por cento para cada garimpeiro. Como sempre trabalha em quatro dá vinte por cento no total. Então sobra setenta por cento para mim (AC, 50 anos).*

Nas madeiras a renda depende da função do trabalhador. Segundo o Sr. V, 49 anos, os operadores de máquinas e os encarregados são mais bem remunerados, chegando a receber um mil e oitocentos reais, os demais recebem em torno de dois salários mínimos.

Apesar das relações sociais de produção ainda se manterem brutais pela extração da mais valia e pela violência simbólica exercida pela classe de dominantes, o *habitus* dos grupos sociais detentores do capital sofre pressão interna e externa para mudança, pois estes estão sendo cada vez mais obrigados a garantir melhores

---

<sup>26</sup> Instituto Nacional de Seguridade Social.

condições de trabalho, com maior segurança, cumprindo com a legislação trabalhista, ainda que de maneira restrita a determinadas regiões. Este é o caso do Sr. V, 49 anos que falou com orgulho do fato de possuir carteira assinada por vinte e cinco anos e do recebimento do auxílio-doença proporcionado por este registro.

Esta pressão para alteração na estrutura social tem permitido a alguns trabalhadores escapar do destino comum dos agentes da classe de dominados de serem alijados do sistema produtivo, doentes, acidentados ou apenas envelhecidos, sem nenhum amparo social.

No entanto grande parte dos trabalhadores destas atividades continua exposta aos riscos de acidentes e doenças e as condições precárias de trabalho. Em relação aos riscos, reconhece-se sua importância enquanto fator determinante para o adoecimento nas suas várias formas. Como objetivo deste estudo é compreender as representações sociais dos trabalhadores sobre a relação trabalho-doença, cabe abordar as representações dos mesmos quanto aos riscos presentes no ambiente de trabalho em cada uma das atividades predominantes.

### **3.3. Representações sociais sobre os riscos de acidentes e doenças na indústria madeireira**

As representações dos trabalhadores em relação aos riscos de acidentes e doenças na Indústria Madeireira apresentam nuances diferentes de acordo com o grupo de trabalhadores entrevistados. Os trabalhadores que possuem a atividade madeireira como atividade dominante e alicerce do seu saber fazer tendem a ter uma visão complacente em relação aos riscos de acidentes e doenças. Esta visão benevolente é resultante da necessidade de se legitimar, e reproduzir a estrutura

social ligada à indústria madeireira. Mais uma vez nota-se a manifestação do *ethos* sobre a conduta do trabalhador.

*É um trabalho perigoso! Se não prestar atenção, é perigoso demais! Se a gente prestar atenção não tem nada perigoso. Comigo nunca aconteceu acidente. Eu gosto de ver a pessoa trabalhando com segurança. O muito que acontecia era uma “reladinha”, mas nada grave. Agora com os outros acontece. Muitas vezes porque trabalha sem atenção (V, 49 anos, encarregado e afiador, serraria).*

O trabalhador típico da indústria madeireira enxerga o risco de acidentes e doenças como risco do “outro”. Apesar de reconhecer a existência do risco, julga que este se torna presente diante da falta de atenção ou despreparo para o exercício da atividade. Desta forma, a prevenção do acidente ou da doença é responsabilidade do próprio trabalhador e não uma obrigação do empregador em tornar o ambiente de trabalho seguro. Nota-se a tentativa quase que recorrente destes trabalhadores de legitimar um sistema produtivo. Como não é possível a estes enquanto trabalhadores alterar suas condições de trabalho, estes seguem o caminho da legitimação.

*Tem máquina que é perigosa, que é a alinhadeira e a destopadeira. O resto é mais simples. Tem também a máquina afiadeira, eu trabalho com afiadeira, ela solta um pozinho fino, não é um pó, é tipo uma fumaça que sai na hora que está afiando as ferramentas... a gente usa máscara, mas ela incomoda e as vezes você não afia uma ferramenta direito por causa da máscara que está incomodando, aí você tira de um lado para fazer um acabamento. O barulho incomoda, tem que usar o protetor. Mas eu acho que o protetor diminui a audição, escuta menos. Eu já fiz exame eu não tenho problema de surdez não. Eu não uso o protetor, porque eu tenho que ouvir o que os funcionários estão falando, eu que tomo conta dos outros, tenho que escutar o que eles falam, se eles pedem alguma coisa e eu estou com o protetor eu não escuto... o barulho não causa nada na saúde não... toda vida eu trabalhei com barulho... é só o pó mesmo que causa, não tem mais nada na serraria que pode deixar a pessoa doente (V, 49 anos, madeireiro).*

O trabalhador percebe que existe algum risco no pó produzido pela afiadeira. No entanto este trabalhador somente percebeu esta relação após o seu adoecimento.

Quanto ao barulho o trabalhador não vê risco algum. Não faz parte de sua experiência e de suas representações o adoecimento em função do ruído.

Um elemento comum em relação a estas representações é a de que os equipamentos de proteção individual – EPI's utilizados são desconfortáveis, portanto, considerados um entrave ao exercício da atividade. Por detrás desta afirmação, reside a questão fundamental do rendimento do trabalhador enquanto elemento produtivo, e a concorrência destes agentes dentro do grupo social. Uma vez que os EPI's diminuem o rendimento do trabalho, e menor rendimento no trabalho significa menor empregabilidade, a própria concorrência entre os trabalhadores, em hipótese, pode ser um fator desestimulante do uso dos equipamentos. Apesar dos trabalhadores indicarem o desconforto como entrave ao uso, e medo do desemprego pode ser um fator preponderante.

Objetivamente os riscos são oriundos das condições de trabalho, ou da forma de organização do sistema produtivo. Um exemplo disto está em uma das serras utilizadas na serraria que é a destopadeira (destinada a determinar o comprimento das peças de madeira). O destopador coloca a peça sobre a bancada e ajusta o tamanho a ser cortado, portanto o movimento do trabalhador é com os braços, geralmente o direito, para puxar a serra e cortar a madeira. Quando o trabalhador puxa a serra, a mesma fica bem próxima a região do abdome e dos braços, a tendência é a serra voltar para onde estava devido ao contrapeso. Há risco de rompimento do cabo que segura o contrapeso podendo ocasionar acidentes com cortes e/ou amputações.



**Figura 6** – Destopadeira sem proteção na serra circular e correias e condições inadequadas de trabalho. Sinop/MT, 2000. Fonte: Projeto Vida SFIEMT.

A figura 6 mostra como esta atividade acontece de maneira precária. Neste caso, como na maioria dos encontrados durante o Projeto Vida, o trabalhador não está usando corretamente os EPI's e a serra está totalmente desprotegida.



**Figura 7** – Trabalhador com braço mecânico devido perda do membro em acidente com a serra destopadeira aos 14 anos de idade. Sinop/MT, 2000. Fonte: Projeto Vida SFIEMT.

Acima se visualiza um trabalhador que teve o braço amputado pela máquina ainda quando menor de idade. Mesmo após o acidente permaneceu trabalhando em serraria. Observa-se que na atividade madeireira mesmo os indivíduos que sofrem acidentes ou adoecem, quando pertencentes ao grupo social dos trabalhadores da indústria madeireira, tendem a não mudar suas representações quanto a suas atividades. Isto explica o grande número de trabalhadores – muitos mutilados – que continuam trabalhando após terem sofrido ou presenciado acidentes.

*Um acidente que me deixou bem chocado, foi um dia que eu cheguei na serraria junto com um outro caminhão, daí eles chegaram e foram descarregar o caminhão, eram três irmãos, eles calçaram a tora, soltaram o cabo de aço, e aí quando foi soltar o ultimo cabo de aço, o calço não agüentou, a tora desceu, rolou e matou os três irmãos... tinha três toras, foi rolando uma atrás da outra e passando por cima deles, ficaram moídos, uma plasta no chão. Olha eu fiquei uns três dias sem comer, não aguentava... esse é o risco desse trabalho, tem que tomar cuidado, quando vai desatar o cabo de aço nunca deve*

*ficar em baixo da tora... esse é o trabalho mais perigoso que eu já fiz na vida... nem se compara com os outros, tem que tomar muito cuidado (LP,62 anos).*

No descarregamento de toras é comum ocorrer acidentes, inclusive envolvendo crianças que por vezes encontram-se nos pátios das serrarias. As toras são presas ao caminhão por cabos de aço. No ato de desprendê-los, as toras podem rolar bruscamente e atingir os trabalhadores. Novamente o risco é representado como responsabilidade individual do trabalhador que sofreu acidente em função da falta de cuidado deste ao realizar determinado procedimento, não imputando este risco às condições impróprias de trabalho. Novamente, o *habitus* precisa ser protegido, legitimado e reproduzido através de representações complacentes quanto aos riscos de acidentes e doenças.



**Figura 8** – Descarregamento de caminhão de toras no pátio da serraria no Estado de Mato Grosso. MT, 1999/2000. Fonte: Projeto Vida SFIEMT

Desta forma, percebe-se claramente que os trabalhadores que objetivamente participam enquanto agentes da estrutura econômica, social e cultural construída em torno da atividade madeireira, tendem a possuir representações dos riscos de acidentes e doenças que os subdimensionam, construindo um mecanismo cultural de

proteção de sua atividade de domínio, de seu “savoir-faire”, de seu emprego, onde o risco advém da falta de atenção do trabalhador e não das condições inadequadas de trabalho.

Existe, porém, outro grupo de trabalhadores que apesar de trabalharem, ou terem trabalhado na indústria madeireira, possuem representações quanto ao risco de acidentes e doenças condizentes com as condições objetivas de trabalho na atividade. Este grupo de trabalhadores são aqueles que migram de outra atividade dominante (garimpo, agropecuária, borracha, etc), e que não possuem a atividade madeireira como parte do seu “saber-fazer”, de tal forma que não sentem necessidade de legitimar e reproduzir esta forma de organização produtiva. Abaixo segue um depoimento revelador sobre este fenômeno:

*Foi rápido demais o serviço na madeireira, foi só um mês, era lá em Juina mesmo. Tive um acidente, quando eu sarei não quis nem saber mais de lá. O trem lá é perigoso demais! Esse trabalho aí na madeireira foi um tempo que eu estava sem serviço e apareceu esse, mas eu não sabia nada de madeireira, era a primeira vez e já me acidentei logo no começo, não quis mais saber daquilo não (AC, 50 anos).*

Aqui o trabalhador revela que apesar de tentar a inserção no ramo de produtivo da madeireira, não está em seu *ethos* suportar os riscos e o desgaste físico de uma atividade a qual não detém pleno “saber fazer”, retornando as fazendas onde o mesmo se sente mais qualificado e seguro quanto ao trabalho.

Tendo como premissa as relações sociais contraditórias da sociedade capitalista, MINAYO (1988)<sup>27</sup> nos chama a atenção para o fato de que a visão de saúde-doença é pluralista, ecológica e holística, e o modo de pensar saúde e doença é o mesmo que pensar a vida e a morte, pois remete às raízes tradicionais desses grupos e à sua inserção no mundo do trabalho. As raízes tradicionais e a sua inserção ao mundo do trabalho estão intimamente relacionadas ao “saber-fazer” e isto distingue estes trabalhadores. Para um grupo os riscos de se trabalhar na indústria madeireira são aceitáveis, ou são até mesmo negados. Para outro, que não possui a

---

<sup>27</sup> Em um estudo sobre representações de saúde-doença com um segmento da classe trabalhadora de uma favela do Rio de Janeiro,

indústria madeireira como base de seu “saber fazer”, de suas representações e de suas ações, percebe os riscos e se afasta.

O “savoir-faire” dos trabalhadores é elemento do capital cultural, ou seja, o conhecimento que possuem sobre as atividades que desenvolvem. Este conhecimento é evidente na fala dos entrevistados. Observamos nas trajetórias destes trabalhadores que muitos atuaram em vários setores produtivos de acordo com a demanda de serviços e as oportunidades de melhor remuneração. No entanto, vimos o domínio do conhecimento, do saber fazer em determinadas atividades onde o trabalhador tem o primeiro contato ainda no seio familiar, e por meio dela este conhecimento é repassado e incorporado.

Desta forma temos que faz parte do *habitus* destes trabalhadores a inserção em atividades produtivas que permitam a reprodução de seu modo de vida, preferencialmente em atividades que se aproximam daquela em que este recebeu o “saber fazer” como um legado familiar.

As trajetórias destes trabalhadores demonstram que as demandas do capital enquanto estrutura, podem levá-los a tentar a inserção em atividades produtivas diferentes. Além disso, as próprias estratégias adotadas pelos agentes na busca de ascensão de seus capitais e mudança de posicionamento no espaço social ensejam esta busca pela inserção nas atividades produtivas que garantam a reprodução do *habitus* de classe.

### **3.3. Representações sociais sobre os riscos de acidentes e doenças nos garimpos**

Assim como na atividade madeireira, as representações sociais quanto ao risco de acidentes podem ser analisadas sob a ótica do grupo de trabalhadores que

tem o garimpo como base do seu “savoir-faire”, ou sob a ótica dos trabalhadores de outras atividades.

*Eu gosto de trabalhar no garimpo. Se chegar alguém e falar: tem tal lugar que tem serviço, mas está dando malária. Eu pergunto: está dando ouro ou diamante? Se está eu vou porque malária para mim não é problema. Ela não tira o apetite, não tira a vontade de trabalhar e eu mesmo trato (AC, 50 anos).*

Um risco importante da atividade garimpeira é a malária. A representação social dos trabalhadores é coagida pela estrutura social ligada ao garimpo, levando a necessidade de subdimensionar o problema, legitimar e continuar reproduzindo o “saber-fazer” ligado à estrutura produtiva dos garimpos. Como não é possível sanitizar o ambiente dos garimpos, a responsabilidade quanto a mitigação dos riscos recai sobre os trabalhadores. Além disso, em função da violência nos garimpos que expõe os trabalhadores diretamente ao um risco de morte por assassinato, soterramento e outras situações violentas, o risco da malária passa a ser de menor importância para estes trabalhadores.

Segundo DEJOURS (1992, p.70), também na construção civil os riscos são negados ou invisibilizados já que “a consciência aguda do risco de acidente, mesmo sem maiores envolvimento emocionais, obrigaria o trabalhador a tomar tantas precauções individuais que ele se tornaria ineficaz do ponto de vista da produtividade (...)”.

*O garimpo de diamante na água é muito perigoso, já passei uns apuros, porque vai mexendo e às vezes os barrancos começam desbarrancar e vem com tudo, daí a gente dá o sinal e o cara que está lá na balsa sobe a gente rapidão. E tem outra coisa: em garimpo de mergulho você não pode fazer raiva nem um tiquinho para o outro, senão quando você está lá embaixo ele corta a mangueira e daí você já era... não dá para nadar porque está com peso na cintura... acontece do nego morrer assim (AC, 50 anos).*

*Não, não é perigoso trabalhar no garimpo. Todo lugar é perigoso, é só não saber andar no mundo que todo lugar é perigoso. É só não mexer com a vida de ninguém que não tem perigo (AC, 50 anos).*

*Eu já vi gente roubando diamante... se quer roubar tem que esconder muito bem... porque se alguém ver mata na hora... eu já vi gente roubando, mas a gente não pode falar nada... e outra: no garimpo de diamante eles vendem o diamante para pagar em dinheiro para você, já o ouro não... o ouro eles pagam 10% para você. Vamos supor: você vai juntando o ouro aí quando você quer ir embora, você vende faz o dinheiro e vai embora... cada um arranja um jeito de guardar... tem gente que dá o ouro para o dono do maquinário guardar, daí quando junta lá um meio quilo de ouro, o dono do maquinário manda matar o dono do ouro e fica com o ouro para ele... eu não sou besta, eu mesmo mocosava<sup>28</sup> meu ouro, não contava para ninguém, tem que mocosar... só eu sabia onde que estava... os outros não podem nem desconfiar que você tem ouro mocosado... quando você quer ir embora, você pega seu ouro e vai embora, não avisa ninguém não... se não está ferrado.. quando você quer ir a um cabaré, quer tomar uma cervejinha, tem que disfarçar, tirar um pouquinho ali só para se divertir... ninguém pode saber que você tem ouro mocosado... e pode até pensar: esse aí é um blefado<sup>29</sup> (AC, 50 anos).*

Outro risco importante nos garimpos é o soterramento assim como a violência. Novamente o acidente é justificado por causas humanas (lentidão no resgate e desavenças) e não pela insegurança do ambiente produtivo. Um outro elemento importante a ser lembrado é a concorrência implícita entre os agentes, como trata Bourdieu, onde apesar de serem agentes de um mesmo grupo social, mantém um sistema de competição interna pelos recursos disponíveis. Esta competição pode chegar ao extremo do assassinato.

O risco de intoxicação por gases tóxicos é importante, porém novamente a diligência, a atenção e o “savoir-faire” são suficientes para subdimensionar este risco.

Para trabalhadores que não dominam a atividade garimpeira, os riscos são medidos de maneira mais objetiva, inclusive sendo provavelmente uma das causas para o distanciamento da atividade.

---

<sup>28</sup> Expressão que significa esconder.

<sup>29</sup> Significa estar sem dinheiro.

*Eu não quis saber de garimpo, é muito arriscado. É a coisa mais perigosa que tem. Eu passei uns três meses trabalhando no garimpo, mas não achei vantagem. Ganhei só cinco gramas de ouro (AB, 52 anos, agricultor).*

Quando indagado sobre os riscos do garimpo, o Sr. AB, 62 anos relatou que no garimpo existem mais doenças que nas fazendas:

*Toda vida! Muito mais! De tudo que é tipo, tem até de (fez sinal de dedo no gatilho do revolver)... e na zona rural é uma vida tranqüila...*

*No garimpo é muito arriscado. Tem hora que você está com garimpeiro no fundo da água, muito mais fundo que isso aqui (mostra a parede e o teto da enfermaria)... quando ele está lá embaixo se cai um paredão de terra em cima dele não tem jeito, é muito difícil de conseguir escapar... tem que mergulhar fundo. Onde dá o diamante é onde tem aquelas pedronas enormes. Eles vão cavando<sup>30</sup> ali embaixo, porque é ali embaixo que está o diamante...então a gente vai cavando. Aí quando pensa que não a pedra vira... tem vez que ninguém é capaz nem de tirar ele de lá do fundo da água, ele fica lá... tirar como um monte de pedra daquele? (OS, 59 anos).*

Como na atividade madeireira, a preservação do “saber-fazer” e a incapacidade de inserção a outras estruturas produtivas ou grupos sociais de trabalhadores, acaba por levar a legitimação da estrutura produtiva de domínio, das representações sociais e das ações destes agentes da atividade garimpeira.

Desta forma os riscos de acidentes e doenças são sempre minimizados em função de um “savoir-faire” redentor. Por outro lado, para os grupos de trabalhadores não detentores da habilidade encontrada no “saber-fazer” e alheios a estrutura social e cultural dos garimpos, os riscos são claros e importantes, a ponto de desestimular a inserção a esta estrutura produtiva. Novamente o *ethos* se manifesta desestimulando a pratica de uma atividade onde o trabalhador não se sente preparado nem seguro. Na figura 9 se visualiza o processo produtivo de um garimpo de diamante.

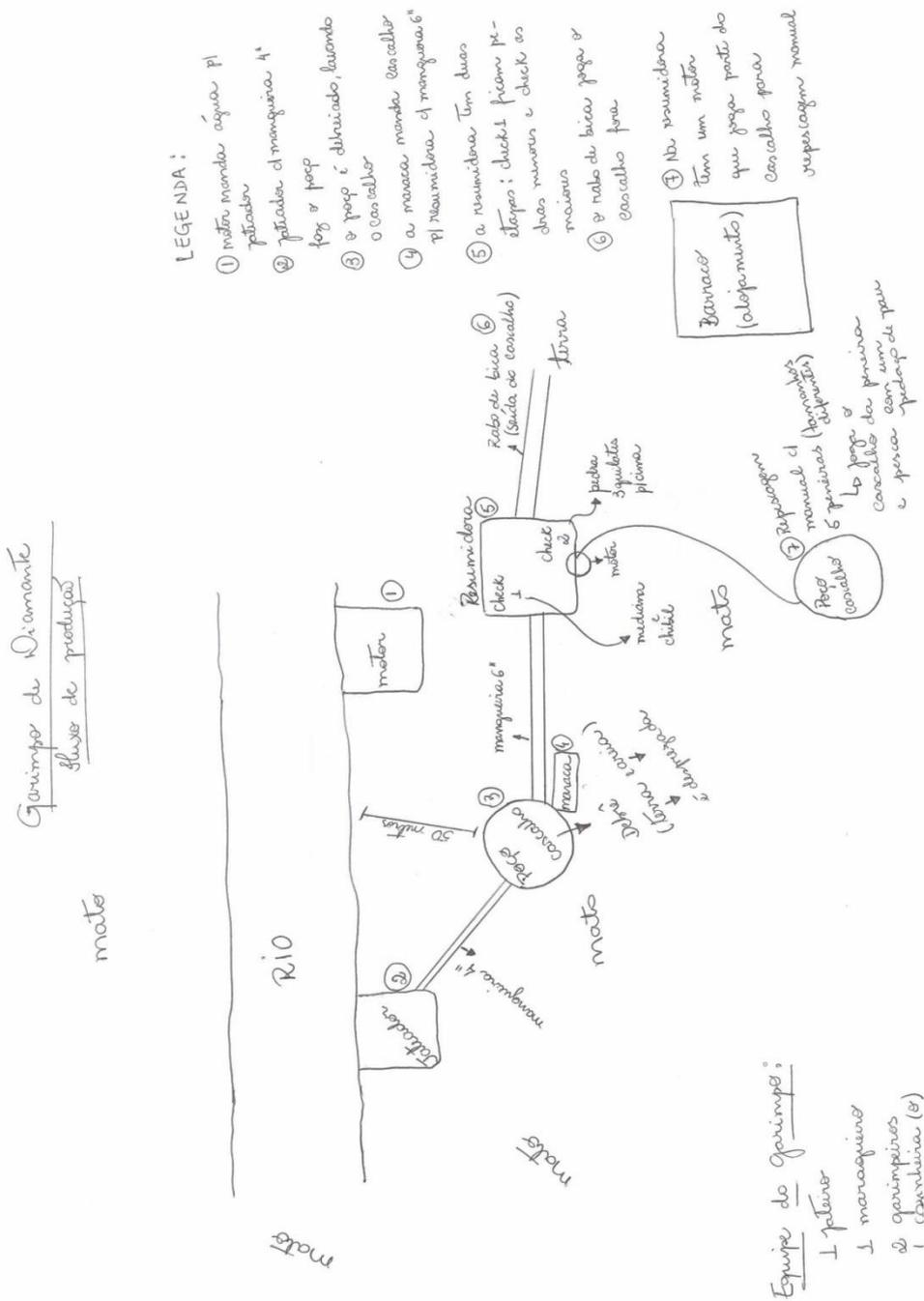
O conhecimento sobre o processo produtivo como um todo é revelado pelo relato do entrevistado. O garimpo é diferenciado, pois apesar do uso de

---

<sup>30</sup> Significa cavar.

equipamentos a forma de organização se aproxima mais da organização manufatureira que industrial, inclusive com a possibilidade do trabalho por conta própria. Existe um menor grau de alienação em relação ao processo produtivo e mais espaço para incorporação de um “saber fazer” pleno.

**Figura 9** – Processo Produtivo de um Garimpo de Diamante. Mato Grosso, 2007.



O croqui do processo produtivo do garimpo foi elaborado pela pesquisadora com base nas informações fornecidas pelo entrevistado. Segue o relato do entrevistado sobre o croqui:

*Nossa menina o desenho ficou bom! Você entendeu direitinho como é. É isso mesmo! Só que aqui onde está a resumidora tem mais uma coisa: tem um motor. É ele que manda o cascalho para repescar. É só isso, o resto está bom! (AC, 50 anos).*

Sobre o processo produtivo do garimpo de diamante:

*Aqui tem o rio. Aqui é terra e em volta é tudo mato. Há uns 50 metros para cá do rio, derruba-se o mato e faz-se um buraco com o jato. Perto do rio tem um motor que manda água para o jato. O jateiro, com uma mangueira, vai abrindo o buraco para achar o debrê que é a terra e a areia que vai tirar e joga fora do buraco. Fica o cascalho onde está o diamante. Perto do buraco tem um motor que se chama maraca. Ele tem uma mangueira de seis polegadas que manda o cascalho para a resumidora que é uma caixa de madeira. Saindo da resumidora tem o rabo de bica que joga o cascalho fora, no chão. Dentro da resumidora tem o primeiro check e o segundo check. No segundo check ficam as medianas e as pedras. Às vezes escapa uma pedra e você tem a responsabilidade de pegar a pedra para não ir para o rabo de bica. No primeiro check estão as medianas menores e o xibil. A mediana é do tamanho de um carocinho de feijão. Às vezes tem oitenta pontos, cem pontos. Quando é cem pontos é um quilate, três quilates. Já é uma pedrinha, então já é mais valiosa. Cinco, seis quilates já é uma pedra. Bom, então tem o jateiro mandando água para debreiar. Tem o maraqueiro tirando terra e areia e jogando fora e mandando o cascalho para a resumidora. Na resumidora tem um motorzinho que manda o cascalho que ainda precisa ser repescado para um outro poço perto da resumidora. Às vezes ficamos muitos dias mexendo no mesmo cascalho, procurando diamante. Neste poço tem cinco peneiras de tamanhos diferentes. Tem a fina, a média, a grossa e tem as outras maiores. Vai se colocando o cascalho na peneira e vai peneirando. Fica bastante ferro na peneira, então separamos o ferro com um pau e procurando o diamante. Se não achar nessa peneira passa para outra mais fina. Se der sorte de achar uma pedra na primeira peneira você está feliz. Dá para comprar um carrão do ano, mais 300 cabeças de vaca. Se não vai para outra peneira que é a média. Se achar um diamante está muito bom. E assim vai. Na próxima é a mediana*

*e depois o xibil. Se achar a mediana de setenta pontos, por exemplo, já está tranqüilo, com a vida mansa, dá para ficar sem trabalhar para os outros (AC, 50 anos, garimpeiro).*

### **3.4. Representações sociais sobre os riscos de acidentes e doenças no seringal**

Quanto ao trabalho nos seringais, os trabalhadores relataram a violência como principal problema. As doenças e acidentes não aparecem nos relatos. A violência é proveniente das relações de trabalho entre os seringueiros e os “chefes” ou “encarregados”. Quando ocorriam desentendimentos por causa de baixa produtividade, por exemplo, estes conflitos geravam a morte de pessoas, pois era comum o uso de arma de fogo nos seringais, como forma de se defenderem, de se protegerem das pessoas e dos animais selvagens.

*No seringal é perigoso sabe o que? Mexer com pessoal... sempre vinha pessoal do norte para cá... gente que matava lá e corria para cá... não tinha amor a vida... matava por qualquer coisa... e eles pensavam que a gente era igual eles. Eu amansei muitos... (risos)... (OC, 85 anos).*

*Teve um outro que tentou me matar três vezes. Lá era proibido um corte na seringueira que matava a madeira e ele fez. Aí mandei o fiscal correr atrás dele, ele ficou zangado comigo e com o fiscal. Eu sempre estava com meu revólver na cintura. Ele viu que não ia conseguir me matar, daí ele quis matar o seringueiro que denunciou ele. Daí no domingo ele foi na casa desse seringueiro e deu uma facada no pescoço dele, mas daí um outro matou ele para vingar a morte do amigo... Fizemos o velório dele, mas foi rápido, morreu na parte da manhã e na parte da tarde enterramos. era muito violento no seringal, é como eu falei, vem gente de outros lugares... gente que mata por qualquer coisa (OC, 85 anos).*

### 3.5. Representações sociais sobre os riscos de acidentes e doenças na agricultura e pecuária

Na agricultura e na pecuária os trabalhadores estão expostos ao risco de acidentes, de doenças, como nos outros ramos produtivos, e os relatos dos trabalhadores pertencentes ao grupo social dos trabalhadores rurais, também estão direcionados para a minimização destes riscos. No grupo pesquisado, somente um trabalhador não é proveniente de famílias de agricultores.

*Perigo de doença e de acidente não tem! Bicho tem bastante, até onça tem. Já passei uns apuros, mas nunca aconteceu nada. Nós tomamos cuidado. Só uma vez que um marimbondo mordeu no meu rosto, ficou inchado, doeu muito, mas não foi nada grave (S, 47 anos).*

Fica claro neste relato que o “savoir-faire” é o principal elemento de proteção destes trabalhadores, de maior valor simbólico que os equipamentos de proteção individual. No entanto, este mesmo trabalhador referiu um acidente com a foice, um corte no braço, tendo sido suturado com dezessete pontos.

*Lá no sítio nós usamos veneno nas plantações, mas eu não passo. Quem passa é só meu pai. Eu tenho medo de mexer com aqueles venenos. Nunca aconteceu nada, mas é perigoso tem que tomar cuidado na hora de passar (R, 20 anos).*

Este trabalhador reconhece o risco e o valoriza apesar de fazer parte do grupo de trabalhadores do setor agrícola. Isto se explica pelo fato do mesmo possuir um grau mais elevado de escolaridade e ter incorporado outras representações sociais provavelmente no âmbito escolar.

*É perigoso mexer com veneno! Mas é só ter cuidado. Tem que ficar do lado que o vento não manda veneno para sua cara. Por exemplo, se está vindo desse lado você tem que ficar do lado de cá... é só isso! (AC, 50 anos).*

Neste caso o trabalhador incorpora ao seu saber-fazer estratégias para se proteger do risco de envenenamento.

*O único perigo que eu achava era o veneno mesmo, inclusive eu me envenenei com veneno, mas foi vacilação minha mesmo... estava todo mundo lá, vamos que vamos, trabalhando. Lá se usava veneno e tinha um monte de litros jogados no meio da roça. O pessoal foi na frente e eu parei para acender um cigarro e por curiosidade peguei um litro daquele e cheirei e continuei trabalhando. Quando foi a noite enferidou a boca toda, não comi mais nada. No outro dia não agüentei levantar e o patrão querendo saber de mim e os outros foram trabalhar, e eu não tomei nem café, nem almoço, nem jantar e só de noite que os companheiros falaram para patrão: o 'fulano' está morre, não morre ali. Ele me deu um dinheiro e eu fui para cidade, entrei na farmácia, falei para o farmacêutico: o veneno é catim, eu cheirei e olha minha situação. Acho que Deus falou pra ele: esse é seu servo! Ele me deu um remédio, tomei lá mesmo e até hoje não tive mais nada. Nunca imaginei que pudesse fazer alguma coisa, estava lá a muito tempo, nunca tinha acontecido nada (E, 41anos).*

Neste caso o risco não era desconhecido, porém minimizado, subdimensionado. Novamente, o trabalhador tem sua saúde prejudicada pela exposição ao risco nos locais de trabalho.

*No começo fiz bastante derrubada, porque tinha que derrubar para plantar. Eu parei porque começou morrer muita gente... é perigoso esse serviço... caía pau em cima dos caras, cortava com motor serra, muitos morriam, os que não morriam, ficavam aleijados. Graças a Deus que na minha família nunca aconteceu nada (AB, 52 anos).*

*Tudo é perigoso! Mexeu com mato é perigoso! Derrubando mato, o cara derruba um pau na cabeça, mata um companheiro que está do lado cortando... tudo é perigoso, mas o mais perigoso é a derrubada (OC, 85 anos).*

Para estes trabalhadores pertencentes a outros grupos sociais de trabalhadores, o setor agrícola é perigoso, principalmente quando da abertura de

áreas. Por não precisar legitimar o “saber-fazer” de outro grupo social, é capaz de valorizar o risco de acidente, sem traçar estratégias de auto proteção.

Na agricultura o risco mais citado entre os trabalhadores é relacionado ao uso do veneno (agrotóxico). Apesar de considerarem perigoso trabalhar com o veneno, não consideram a intoxicação como doença ou acidente, pois na maioria dos relatos negam a existência do risco de adoecer. Este aspecto será discutido no próximo capítulo, onde a negação do risco de adoecer como estratégia é questionada pelos trabalhadores a partir da concretização do risco de acidentes e doenças.

A intoxicação por veneno não é vista como acidente pelos trabalhadores. Os pequenos cortes também são desconsiderados. Apenas os acidentes que geram complicações, que precisam de tratamento hospitalar com afastamento do trabalho ou que causam grandes mutilações ou a morte é que são tidos como acidentes.

Nas entrevistas foram identificados oito acidentes de trabalho, destes seis são relacionados ao trabalho na agricultura: corte com foice, com enxada, com machado e quedas. Os outros dois foram pranchas que caíram sobre o pé em serrarias. A maioria destes acidentes foi banalizada pelos trabalhadores, como algo corriqueiro, sem importância.

Vários trabalhadores se referiam ao sol e ao calor como incômodo durante o trabalho. Para diminuir o desconforto, utilizam bonés, chapéus e alguns disseram que trabalham sem camisa devido ao calor excessivo. E, fazem pausas à sombra, debaixo das árvores. Porém não vêem o sol e o calor como riscos à saúde, apenas como incômodo.

Em resumo, as representações sociais dos trabalhadores quanto aos riscos de acidentes e doenças parece estar intimamente ligada ao ramo de atividade de domínio do trabalhador. Esta hipótese pode ser confirmada ou não por novas pesquisas que indiquem a relevância desta informação.

Verificamos através do ‘mundo do trabalho’ destes trabalhadores a migração como possibilidade de reproduzirem seu modo de vida e especialmente do seu “savoir-faire”, do capital cultural. Enquanto agentes se integram ao mercado de trabalho de acordo com as oportunidades oferecidas pela estrutura dentro do espaço social. Oportunidades estas inexistentes nos seus locais de origem determinadas pelas mudanças no contexto social e econômico, principalmente.

Vimos também que o domínio da atividade pode levar o agente a minimizar ou até mesmo negar os riscos existentes no processo de trabalho. Por outro lado, o não domínio de determinada atividade pode levar a uma aproximação da dimensão real dos riscos.

Quanto às relações de produção é clara a relação de dominação/exploração a que esta classe está submetida. Os proprietários de fazendas, madeireiras e garimpos extraem dos trabalhadores não apenas a mais valia em relação a força de trabalho, mas às condições de vida e trabalho, o que gera um passivo importante em relação aos acidentes, doenças e seguridade social a ser debitado na conta da classe trabalhadora.

No mundo do trabalho, o trabalhador está inserido em um campo de tensões e conflitos. O trabalhador enquanto agente social se utiliza de estratégias que permitam a reprodução de seu modo de vida ao longo de sua trajetória individual e de grupo. No entanto, estas oportunidades ou possibilidades trazem também a exposição a condições de vida e trabalho precárias, cujas conseqüências se concretizam com a experiência da doença.

## CAPITULO IV

### A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA

*Onde moro às vezes choro  
De tantos momentos que lá passei  
Belezas que ficaram jamais esquecerei  
Sou doente impaciente, não consigo pensar  
Apenas encontro momentos para chorar  
Meus olhos se enchem de lágrimas  
Sinto vontade de chorar  
Com o coração apertado  
Os momentos ruins em meu pensamento guardado  
Não vejo saídas para me alegrar  
Somente as lembranças me fazem sorrir  
Com o pensamento seguro tento minhas dores suprir  
São apenas presentes momentos  
Que ficam presos no pensamento  
E jamais deixaram de existir.*

Poesia “Momentos”  
Escrita por um participante da pesquisa  
R, 20 anos, agricultor

#### **4. A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA**

O entendimento do trabalhador acerca do trabalho, da saúde e da doença e da relação entre estes é um importante instrumento para subsidiar a formulação de estratégias no campo da saúde coletiva que visem a promoção da saúde e prevenção de acidentes e doenças nesta classe trabalhadora.

Além disso, o conhecimento das condições de vida e trabalho a que estes trabalhadores estão expostos ao longo de suas trajetórias de vida, possibilita compreender o caráter histórico e social do processo saúde-doença-trabalho.

Este capítulo permite identificar que é a partir da experiência da doença que estes trabalhadores buscam o significado para seu adoecimento, e nessa busca são reveladas a concepção de saúde e doença, a relação destas com o trabalho e o modo de vida para os trabalhadores e ainda, como se dá a interação destes com os serviços de saúde.

Desta forma, o capítulo foi estruturado em três eixos principais. O primeiro eixo trata das representações sociais sobre saúde-doença, onde se tenta apreender dos trabalhadores o significado da doença, quando ela é reconhecida como tal pelos agentes e como a doença e os acidentes afetam estes trabalhadores. O segundo trata das representações sociais sobre trabalho-doença, onde se busca identificar a capacidade dos trabalhadores em associar o trabalho à ocorrência de doença e acidentes, qual a sua responsabilidade quanto a prevenção de doenças e acidentes, e de que forma isto representa mais um mecanismo de submissão do trabalhador ao domínio do capital. Por último, se procura investigar de que forma os serviços de saúde e sua interação com estes trabalhadores reforçam as representações sociais sobre saúde-doença e trabalho-doença e como estes deveriam estar estruturados para prestar atendimento adequado aos mesmos.

#### 4.1. Representações sociais sobre saúde e doença

LAPLANTINE (2001) nos fala sobre as três expressões utilizadas na língua inglesa para designar doença: *disease* (a doença como é compreendida pelo médico) *illness* (a doença como é experimentada pelo doente) e *sickness* (um estado muito menos grave e mais incerto que o precedente, o mal-estar). Destaca ainda que *illness* pode ser entendida sob dois aspectos: doença-sujeito e doença-sociedade, refletindo respectivamente, a experiência subjetiva do doente e comportamentos sócio-culturais ligados à doença.

Neste estudo privilegia-se a expressão *illness*, uma vez que o objetivo consiste em compreender as representações dos trabalhadores sobre a relação trabalho-doença partindo da experiência da doença e, contextualizando-a com a realidade dos trabalhadores. No entanto, o processo biológico presente no adoecer (*disease*) não foi desconsiderado, pois esteve presente no relato dos entrevistados e permeiam alguns pontos da discussão sobre a significação da relação trabalho-doença para os trabalhadores.

No caminho traçado por esta pesquisa, um dos mais importantes achados é a noção de que a experiência da doença é um ‘divisor de águas’ no que diz respeito às representações sociais de saúde-doença e trabalho-doença dos trabalhadores deste estudo. A partir da experiência da doença o trabalhador procura dar um sentido para seu adoecimento, gerando uma série de questionamentos.

Estes questionamentos não levam necessariamente a alterações no modo de pensar e agir destes trabalhadores. Porém, são matéria-prima para o entendimento do que os trabalhadores têm sobre as causas do adoecimento. Verifica-se neste estudo que uma importante consequência da doença sobre os trabalhadores é o fato de que, enquanto agentes participantes da estrutura-estruturada perdem a oportunidade que lhes é mais valiosa: a reprodução do seu “saber fazer”. Em outras palavras, a interrupção do trabalho transforma a experiência da doença em um marco quanto às representações trabalho-doença.

Retomando a afirmação de MINAYO (1988) sobre o fato de que a visão e saúde-doença deve ser pluralista, ecológica e holística verifica-se, através das representações sociais, que os trabalhadores deste estudo indicam os riscos no ambientes de trabalho como causadores de doenças e acidentes, embora outras causas para o adoecimento sejam apontadas. Também quanto às conseqüências da doença sobre o trabalhador, tem-se como ponto relevante o prejuízo para os seus capitais econômico, cultural, social e simbólico.

Quanto à possibilidade de identificação dos riscos do ambiente de trabalho como geradores das doenças e acidentes, percebe-se que devido a tendência à minimização ou negação destes riscos – discutida no capítulo anterior –, os trabalhadores da agropecuária, da indústria madeireira e do garimpo também tendem a minimizar ou negar a possibilidade de adoecer em decorrência da exposição ocupacional.

ALMEIDA (2008) ao investigar a percepção de risco dos trabalhadores do setor de transporte terrestre, detectou o mesmo fenômeno, deixando claro que o processo de minimização dos riscos ocorre a nível mental, uma vez que a realidade objetiva dos riscos permanece inalterada. Destaca ainda que o conhecimento dos agentes sobre o risco (adquirido através de cursos profissionalizantes) e as condutas adequadas para evitá-los é fator de segurança para estes trabalhadores, embora os riscos no ambiente de trabalho permaneçam inalterados.

FONSECA, PERES, FIRMO E UCHOA (2007), identificam quanto à representação dos riscos dos trabalhadores do setor agrícola, a resignação perante os mesmos:

...os relatos revelam que estas contradições estão associadas à minimização ou negação de problemas relativos ao cultivo de flores. Na análise dos dados fica claro que muitas das avaliações positivas do trabalho encobrem na verdade estratégias de defesa, através das quais se busca o controle das situações inevitáveis e julgadas problemáticas (p. 45).

No atual estudo percebe-se que quando estes trabalhadores são surpreendidos pela doença, essa minimização ou negação do risco diminui ou até mesmo deixa de

existir. A experiência da doença traz consigo a concretização do risco e a possibilidade de investigação pessoal dos significados do adoecimento. E estes significados, para grande parte destes trabalhadores, encontram relação direta com as condições de vida e trabalho e desta forma com o *habitus* de classe.

Este fato foi observado em vários trabalhadores deste estudo. Em especial destacamos o caso do Sr. V, 49 anos, serrador, acometido por um câncer de esôfago<sup>31</sup>:

*Eu não tenho muita saudade da serraria não porque foi dali que eu fiquei doente. Esta é a parte mais difícil de lembrar. (V, 49 anos)*

O referido trabalhador afirma que a poeira da afiação de ferramentas e a poeira da madeira contribuíram para o câncer de esôfago, bem como o fumo e o álcool.

Aqui nos deparamos com uma situação em que a exposição ocupacional é citada como uma possível causa para o câncer de esôfago. Mas além deste fator o tabagismo e o etilismo são lembrados pelo trabalhador como fatores que contribuíram para o aparecimento da doença. Estes fatores (tabagismo e etilismo), não são próprios do trabalho na madeireira, mas relacionados às condições de vida. Estas são postas como parte do *habitus* de classe.

CANESQUI (2007) destaca o dinamismo existente no curso da doença, em que os sujeitos encontram mais de uma explicação para o seu adoecimento, variando com sua experiência, convivência com a doença e outros aspectos, reforçando o caráter pluralístico de determinação do processo saúde-doença.

Nesta construção de significados acerca do adoecimento o agente pode encontrar explicações ligadas aos aspectos culturais, sociais e pessoais da doença – *illness* – no entanto, em suas relações com os profissionais nos serviços de saúde,

---

<sup>31</sup> As informações sobre as patologias referidas neste capítulo foram extraídas dos prontuários clínicos dos trabalhadores, sendo que em algumas situações os diagnósticos não haviam sido fechados, dependiam ainda de exames para confirmação. Portanto, os diagnósticos aqui apresentados podem ter sofrido modificações após a conclusão da coleta de dados.

elementos da biomedicina são evidenciados na construção destes significados – *disease* – incorporando inclusive conceitos médicos em seus relatos.

O tabagismo e o etilismo são práticas comuns neste grupo de trabalhadores. Exemplo disto está evidenciado nos dados do Projeto Vida (1999-2000) que revelaram um consumo de bebida alcoólica por aproximadamente 76% dos trabalhadores das madeireiras, em especial bebida destilada (cachaça) e o consumo de cigarros por 34% dos trabalhadores.

Estes hábitos foram relatados pela maioria dos trabalhadores neste estudo, principalmente o consumo de álcool, com a frequência diária de ingestão de ‘cachaça’ ou ‘pinga’, ao fim da jornada de trabalho e até mesmo pela manhã como forma de “prevenir doenças”, como citado pelo Sr. AS, 62 anos. A cerveja também é consumida por alguns trabalhadores, mas apenas ocasionalmente em almoços com a família e amigos e nas festas.

O consumo de bebida alcoólica representa mais do que um hábito para estes trabalhadores. Constitui-se em um mecanismo de alívio de tensões geradas pelos riscos iminentes de acidentes, tornando-se defesa contra estes riscos e perigos e contra o sofrimento, todos indissociáveis da profissão, especialmente daquelas em o trabalho apresenta situações de risco à saúde mental, que são socialmente desprestigiadas e ainda as que apresentam possibilidades de ascensão restritas (VAISSMAN 2004, DEJOURS 1992). Neste sentido, os autores ressaltam que o consumo de álcool pode ser considerado uma confrontação – uma atitude coletiva – com a organização do trabalho por parte dos trabalhadores.

No entanto, esta estratégia utilizada pelos trabalhadores pode se mostrar útil em curto prazo, com o tempo pode causar o consumo excessivo e a dependência e, conseqüentemente trazer resultados negativos para suas relações sociais e para o desempenho das atividades laborativas (VAISSMAN, 2004). Sendo o álcool uma substância que provoca alterações no comportamento, comprometendo principalmente a atenção, este pode ser um fator determinante de ocorrência de acidentes de trabalho.

Estudos mostram ainda a possibilidade de associação do consumo de álcool e algumas doenças, como diversos tipos de câncer e doenças respiratórias. Portanto, o trabalhador ao se referir ao consumo de bebida alcoólica como um fator que o

predispôs ao câncer de esôfago, apóia-se em uma explicação ‘científica’ disseminada, principalmente, pelos meios de comunicação.

Isto reforça a idéia de que a experiência da doença é um ‘divisor de águas’ quanto às representações sociais dos trabalhadores no que diz respeito às causas do adoecimento. Neste momento os mesmos têm a oportunidade de refletir, interpretar e dar sentido ao adoecimento. Tal sentido é encontrado em ‘fontes’ diversas como no ambiente de trabalho, no estilo de vida (alimentação, tabagismo, etilismo, etc.).

Entretanto, verifica-se que os elementos que compõem esta significação estão no âmbito individual, de forma que o trabalhador se vê como o responsável pelo controle dos riscos e prevenção das doenças e acidentes e na concretização dos mesmos é culpabilizado.

As interpretações apresentadas pelos trabalhadores sobre a saúde e a doença passam pelas esferas biológica, espiritual, religiosa e social. Esta última relacionada, principalmente, às condições de vida e trabalho. A concepção predominante de doença para estes trabalhadores está relacionada à incapacidade para o trabalho. Assim, doenças crônicas, episódios breves de mal-estar, indisposições, etc, são percebidos como pequenos problemas de saúde ou são simplesmente ignorados. Porém, quando a doença atinge um estágio que depende de tratamento médico-hospitalar, e retira sua capacidade produtiva, esta sim é considerada doença, em sentido pleno, para os trabalhadores. Portanto, enquanto a doença não impede o exercício do trabalho, o trabalhador se considera saudável (QUEIROZ, 2003).

BOLTANSKI (1979) e QUEIROZ (2003) reafirmam, através de seus estudos, que as representações desta classe trabalhadora quanto à concepção de saúde está diretamente ligada a sua capacidade produtiva, ou seja, quem tem capacidade para o trabalho é considerado saudável, mesmo mostrando sinais de alterações orgânicas. Há esta forte relação entre a percepção de saúde doença de um lado, e a percepção da capacidade de trabalho, de outro. Os depoimentos abaixo apontam esta relação:

*Saúde é tudo. É poder fazer as coisas que a gente gosta. Uma dorzinha, uma coisinha ou outra a gente agüenta, cuida e logo fica bom. Mas esse negócio que me deu agora me derrubou. Já estou há uns cinqüenta dias só em hospital. Isso não é vida!*

*Com saúde a gente pode fazer tudo, trabalhar, passear, dormir bem, comer. (AC, 50 anos)*

*É ruim demais estar doente! Ficar em cima de uma cama. Eu sinto falta do mato. É bom demais lá! Eu não me preocupo se vou morrer logo ou não, mas enquanto eu vivo, eu quero aproveitar. No trabalho eu me divirto, eu conheço as pessoas. Cada dia você vê bichos diferentes. Eles vão ficando amigos da gente. Tem uns passarinhos, um pássaro maior que vem pertinho da gente. Nós colocamos nome neles. É uma vida boa. O que eu mais quero é sarar e voltar para lá. (AC, 50 anos)*

Este relato do Sr. AC. foi bastante emocionado, falou com saudades das coisas que faz e que são proporcionadas pelo trabalho. A interação com as pessoas, o convívio com os animais, com o “mato”. A doença, a limitação ao leito no hospital, impossibilita a realização pessoal e profissional, ou seja, a reprodução do seu modo de vida.

*Saúde é uma coisa boa da gente. A gente sem saúde não é nada. Com saúde tem disposição para se movimentar. Se a gente fica assim, parado em um hospital já começa preocupar com as contas, fica só somando as contas. A cabeça fica cheia! O que mais incomoda é ficar dependendo dos outros. A doença é um trem difícil. Nunca me passou pela cabeça ficar internado, dependendo de hospital. Não gosto de ficar no quarto. Fico mais por aqui quando tem sombra (praça), porque o sol não pega agora de manhã. (P, 39 anos)*

*Estar com saúde é a coisa mais maravilhosa do mundo! Tem gente que tem uma dorzinha e fala que não tem saúde. Tem uma dor de barriga, uma dor de dente e fala que não tem saúde. Isso não tem nada a ver. Tem gente que dá um tropeço já fala que não vai trabalhar porque está doente. Doença não é isso. A doença deixa a pessoa em uma cama. Então se a pessoa está comendo, bebendo, andando, ela está com saúde, não está doente. No meu pensar não, porque já me deu uma febre brava e eu ia para o sol quente, trabalhava e melhorava. Doença mesmo é um câncer, uma AIDS, uma coluna, uma coisa que pega e deixa em cima de uma cama. É mais grave. Essas outras coisinhas não são doenças. No meu caso, eu estou doente, mas não estou doente. Estou porque preciso do médico para cuidar de mim, mas ando, faço as coisas. (E, 41 anos)*

Somente a doença incapacitante, que leva a internação hospitalar, é vista como doença. As demais alterações como gripes, resfriados, pequenos acidentes, não devem comprometer o trabalho. A interrupção do trabalho se dá mediante incapacidade física para produzir, “que deixa a pessoa em cima de uma cama”, “que não pode tomar um copo d’água sozinho”.

*Quando eu estava com saúde eu fazia tantas coisas. Trabalhava, jogava bola, tomava banho nas represas, tomava uma cerveja, fazia churrasco na beira das represas, arranjava umas namoradas. Agora que estou doente é tristeza! É duro ficar nessa cama, nesse hospital. Não posso fazer nada. (AS, 62 anos)*

A doença é representada como algo inconcebível que, além de incapacitar para o trabalho, restringe a liberdade de ação, comprometendo a autonomia. Além disso, o sofrimento se estende em função do isolamento social, do descrédito dos outros provocando humilhações e sentimentos de ser um ‘fardo/peso’ (CANESQUI, 2007, p.27).

*A saúde para mim está em primeiro lugar. Se a pessoa tiver saúde ela tem tudo. Se ela estiver sem saúde ela não tem nada. Uma pessoa doente ela pode ter aí uma fazenda, se ela pegar uma enfermidade grande, quando vê ela gasta tudo e não tem mais nada. Quando a gente fica doente, dá uma reaçãozinha, uma febre, a gente já se sente doente, sente que não está bom. Outra coisa é a pressão, ela agita. Às vezes ela sobe, outras vezes abaixa, dá um tonteirinha. A doença é assim, a pessoa tem que ter paciência porque a pior coisa que tem é ficar com a doença. Tem que sarar para trabalhar. (AB, 52 anos)*

De acordo com DEJOURS (1992, p. 29-30) os trabalhadores das classes menos favorecidas socialmente evitam falar sobre doença e sofrimento. Assim, “quando se está doente, tenta-se esconder o fato dos outros, mas também da família e dos vizinhos [...] como uma característica do meio a doença é, muitas vezes, associada a vagabundagem”. Desta forma, para que ela seja reconhecida é preciso que tenha atingido uma gravidade que impeça a continuidade das atividades das pessoas, principalmente as relativas ao trabalho.

A saúde é percebida como instrumento de conquistas de bens materiais, pois possibilita a produtividade no trabalho e através disto a renda. A doença é percebida como prejuízo material, leva a despesas com médicos, hospitais, remédios e ainda impede a produtividade, é um “atrapalho”, algo que desorganiza o corpo, causando reações que impedem o trabalho.

*A saúde é coisa boa. A doença é uma coisa que atrasa muito, atrapalha a gente. (V, 49 anos)*

*A doença é uma coisa triste. Acho que é uma coisa que a gente tem que passar. Muita coisa muda na vida da gente depois da doença. A gente começa ver as coisas de outro jeito. Graças a Deus tem a família que está sempre dando apoio. (N, 54 anos)*

Nas representações dos trabalhadores participantes do estudo a doença causa tristeza e sofrimento porque muda o curso da vida, obrigando-os a refletir sobre seu capital econômico, social e simbólico, evidenciando seu desamparo, já que têm como apoio apenas Deus e a família.

*A saúde para mim é uma coisa fantástica, é por isso que eu falo: quando a gente está com saúde, experiência própria mesmo, a gente abusa muito dela. Eu estava fazendo tudo, estava com saúde. De repente não sou nada, estou aqui doente, sem poder fazer nada. A doença é uma coisa assim que eu fico pensando: gente será que eu devo alguma coisa? Eu acho que fui uma pessoa boa, porque ter que passar por isso? Quando eu fico doente eu fico nervoso, tenho tantas coisas para cuidar. É o trabalho, é a minha casa. Agora mesmo nem sei se meus cachorros, as criações estão bem cuidados, minha horta. Isso para mim é tudo. (LP, 62 anos)*

A fronteira existente entre a saúde e a doença é rompida repentinamente. A doença como algo inesperado, se está bem, com “saúde” não se imagina a possibilidade da doença. Somente quando acontece é que o trabalhador lhe atribui significado devido à reflexão permitida pela experiência da doença.

Na maioria dos relatos observamos a presença da representação da doença como incapacitante, sendo responsável pelo afastamento das atividades laborais. A

incapacidade para o trabalho repercute nos capitais econômico, cultural, simbólico e social.

A doença traz prejuízos materiais devido à redução ou ausência de renda e ainda, devido despesas de transporte, hospital, remédios, que o trabalhador é obrigado a fazer em função do pouco suporte do poder público e do desamparo em relação à seguridade social.

*Quando eu vendi o sitio eu comprei a casa para no dia de amanhã ter onde morar, mas agora eu não tenho... eu comprei a casa na cidade, mas eu continuei trabalhando de empreita para os outros, então eu aluguei... eu guardei um dinheirinho, mas já estou gastando tudo... eu fui para Juruena tratar, comeram todo o meu dinheiro e eu não sarei... lá é tudo particular... o que tem de graça (público) não presta... tive que vir para cá... eu tinha essa casa e já tinha o dinheiro para comprar outra, mas agora não tenho mais... já tem seis meses que eu estou aqui em Cuiabá. Vendi a casa depressa, a casa que eu não vendia nem por trinta mil, vendi por vinte e dois. É duro! (AS, 62 anos)*

Nesta fala aparece também a representação de que o tratamento da doença como algo que para ser eficaz tem que ser particular, pois o público “não presta”. E, mesmo ao “vir para cá” e ser atendido no sistema público de saúde tal representação parece não se modificar. A explicação para este fato pode estar centrada no *habitus* destes trabalhadores, uma vez que se refere às “disposições duráveis” incorporadas ao longo de suas vidas e fortemente disseminadas no coletivo. Partindo deste pressuposto pode-se sugerir que a modificação desta representação não ocorre a partir de uma experiência individual e pontual.

Afastado do trabalho o trabalhador também se vê impossibilitado de reproduzir seu capital cultural (no caso este aparece como maior capital). Ou seja, está incapaz de reproduzir o “savoir-faire”, o “estar no mato”, o “lidar com os animais, com as plantações”.

Além disso, este afastamento do trabalho compromete suas relações sociais. Observa-se que o trabalho permite a sociabilidade, a formação das redes de relações sociais. Estas relações também existem nas festas da comunidade, na igreja, nos

jogos de futebol, na pescaria, no churrasco com amigos e com a família. Assim, o capital social destes trabalhadores fica comprometido.

Há ainda alterações no capital simbólico, visto que o trabalhador doente, na maioria das vezes, encontra-se fragilizado, enfraquecido, “dependente dos outros” e “incapaz” para o trabalho. Há neste sentido um prejuízo para sua ‘honra’. QUEIROZ (2003) destaca que para esta classe de trabalhadores, de acordo com seus valores tradicionais, recorrer ao médico pode demonstrar fraqueza, assim atinge o prestígio do indivíduo enquanto trabalhador que se encontra incapaz de produzir e prover o sustento da família.

*Agora eu não estou trabalhando. Já faz uns cinco meses que não estou conseguindo trabalhar por causa da doença. Agora está difícil porque fui ao INSS para dar entrada, mas não consegui nada, nenhum benefício porque eu nunca contribuí. Eu não estou ganhando nada. Meu filho de 15 anos trabalha entregando gás para o meu irmão. Ele ganha 350 reais, daí ele ajuda no sustento da casa. No INSS falaram que eu tenho que pagar cinco meses de R\$65,00. Mas vou pagar como? Não tenho dinheiro e não posso trabalhar. (S, 47 anos)*

*É difícil estar doente. Lá em Jangada eu nem saio de casa... tenho vergonha, não quero ver nem meus vizinho... (pausa... lágrimas e suspiro)... nunca fiquei assim com o corpo desse jeito. Além de tudo não posso trabalhar, não tenho dinheiro para sustentar a família. (S, 47 anos)*

Neste relato evidencia-se o estigma pela alteração na aparência e o sentimento de vergonha e humilhação por estar impedido de trabalhar e com isso não poder prover o sustento da família. A estreita relação entre ser trabalhador, ser homem, ser pai e responsável pelo provimento familiar, como condições constituintes da identidade, do ethos, ou ainda, do *habitus* masculino, faz da vivência com a doença, da incapacidade para o trabalho, uma vivência de sofrimento. Para evitar este sofrimento, o trabalhador mantém-se trabalhando mesmo doente. (NARDI, 1998).

DEJOURS (1992, p. 32) ao estudar sobre as estratégias defensivas nas classes de subproletariado evidencia que neste segmento social a doença é ‘domesticada’ e controlada o máximo possível, pois somente o corpo produtivo e o corpo que trabalha são aceitos. “Doença e trabalho! Este par indissolivelmente ligado guarda

um conteúdo específico: a ideologia da vergonha erigida pelo subproletariado não visa a doença enquanto tal, mas doença enquanto impedimento ao trabalho (...).”

A doença física também compromete o equilíbrio emocional destes trabalhadores. Em suas representações o trabalhador “fica com a cabeça cheia” devido às preocupações com as dívidas, com os filhos deixados na casa de outras pessoas, com o trabalho, com a falta de renda, com o prognóstico impreciso da doença.

A limitação física impõe a dependência de outras pessoas, faz-se necessário a disponibilidade do outro para acompanhá-lo, isto é feito, na maioria das vezes, pelo cônjuge, pais e filhos. Entre os entrevistados, seis estavam sendo acompanhados por um familiar, os demais estavam sozinhos. Alguns por serem solteiros e não terem familiares por perto e outros pela dificuldade de deslocamento devido distância entre seus municípios e a capital.

A concepção de saúde e doença aflora quando o agente se depara com a experiência do adoecer. A questão de haver ou não a incapacidade para o trabalho define a existência da saúde ou da doença. Se existe incapacidade para o trabalho, existe a doença. Se existe a capacidade para o trabalho, existe a saúde. A doença e seu efeito incapacitante como consequência gera prejuízos para os trabalhadores em relação aos capitais econômico, cultural, social e simbólico. Em função da grande importância do trabalho nas representações saúde-doença, cabe agora uma discussão sobre as representações sociais de trabalho-doença.

#### **4.2. Representações sociais sobre a relação trabalho-doença**

Identifica-se nas representações sociais de trabalho-doença dos trabalhadores deste estudo dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito aos significados encontrados por eles sobre a doença atual, em que percebem a possibilidade de

relação da doença com o trabalho. E o segundo, é representar a saúde e a doença como de responsabilidade individual.

Na sociedade capitalista o corpo é produtor e instrumento de trabalho, é visto como depositário da força de trabalho. A saúde e a doença são processos fundamentados na base material de produção, em que o processo de trabalho atua como determinante para o desgaste, risco e doença inerentes às diversas classes, grupos e segmentos sociais (MINAYO 2006).

Como resultado do processo material de produção, os acidentes de trabalho estão presentes nas estatísticas oficiais e nos depoimentos de trabalhadores dos setores da agropecuária, da madeireira e dos garimpos. Em relação aos acidentes de trabalho, foram identificados por mim como acidentes, pois os trabalhadores não os consideram. Nenhum deles foi registrado apesar de alguns terem sido atendidos em unidades de saúde.

*Uma vez eu cortei o braço com a foice. Foram dezessete pontos. Fui para o hospital de Juína. O hospital ficava a uns 15 km da fazenda. Até chegar lá doeu demais! Quando melhorou voltei a trabalhar. (AS, 62 anos)*

De acordo com a legislação previdenciária<sup>32</sup> acidente de trabalho:

é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (...) é considerado como acidente de trabalho a doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade (...) doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e como ele se relacione diretamente (...) são equiparados aos acidentes de trabalho os acidentes de trajeto.

Diante da caracterização da ocorrência como acidente de trabalho, o mesmo deve ser registrado através do formulário de Comunicação de Acidentes de Trabalho

---

<sup>32</sup> Disponível no site da Previdência Social.

[http://www1.previdencia.gov.br/pg\\_secundarias/paginas\\_perfis/perfil\\_Empregador\\_10\\_04-A5.asp](http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/paginas_perfis/perfil_Empregador_10_04-A5.asp) (acesso em 25 de fevereiro de 2009)

– CAT<sup>33</sup>. A partir do registro do acidente, o trabalhador segurado passa a ter direito ao auxílio-acidente caso haja necessidade de afastamento superior a 15 (quinze) dias. Conforme explícito na legislação isto se estende para as doenças profissionais e do trabalho e para os acidentes de trajeto<sup>34</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>35</sup> estabeleceu uma ampla relação de doenças relacionadas ao trabalho de modo a subsidiar os profissionais de saúde do estabelecimento das possíveis relações entre doença e trabalho.

A princípio, o não reconhecimento do acidente de trabalho como acidente indica o desconhecimento da legislação trabalhista. Analisando-se a luz das representações sociais destes trabalhadores, identificamos um significado mais profundo uma vez que se toca na esfera da responsabilização do trabalhador pelo acidente. Desta forma não é confortável para os trabalhadores admitirem imprudência ou imperícia na lida com o trabalho. Isto traria prejuízos ao seu capital simbólico.

Este aspecto que abrange um componente ideológico muito sagazmente engendrado pela classe dominante leva o trabalhador a concordar com uma espécie de conluio entre dominados e dominantes, onde o primeiro não precisa reconhecer o que seria no senso comum a ‘sua falha’, e o segundo não precisa se responsabilizar pela prevenção, atendimento e proteção social dos trabalhadores que sofrem de acidentes e doenças derivados do ambiente de trabalho.

Percebemos que é comum a ocorrência de acidentes de trabalho neste grupo de trabalhadores, porém como vimos somente os mais graves são percebidos como acidentes e mesmo assim, não o tratam como acidente de trabalho. Muitos casos foram lembrados pelos entrevistados como fatos que marcaram suas vidas no trabalho em decorrência da perda de colegas.

---

<sup>33</sup> O formulário está disponível no site da Previdência Social.  
[http://www1.previdencia.gov.br/pg\\_secundarias/paginas\\_perfis/perfil\\_Empregador\\_10\\_04-A3.asp](http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/paginas_perfis/perfil_Empregador_10_04-A3.asp)  
(acesso em 25 de fevereiro de 2009)

<sup>34</sup> Acidente de trajeto é aquele sofrido no percurso da residência para o local de trabalho e vice-versa.

<sup>35</sup> Ver em: Ministério da Saúde do Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001.

*O acidente que me chamou muito a atenção foi uma tora que caiu em cima de um amigo meu. Foi descarregando um caminhão de toras. Eu não vi acontecendo, mas quando cheguei tinha acabado de acontecer. A tora ainda estava em cima dele, não tinha mais o que fazer, ele já estava morto. Nós só tiramos a tora de cima dele e tiramos ele. (V, 49 anos)*

O sofrimento dos trabalhadores se dá pela perda dos colegas em acidentes como estes e pelo medo de que poderia ter sido ele, pois todos estão expostos às situações de risco de acidentes.

Durante a trajetória destes trabalhadores no Estado de Mato Grosso, atuando nos setores produtivos deste estudo, estes relataram terem sido acometidos por diversas doenças: malária, gonorréia, dengue, leishmaniose, hanseníase, micoses, intoxicação, hipertensão arterial, tuberculose, diabetes, problemas de coluna, acidentes de trabalho (cortes e mutilações), picadas por animais peçonhentos, febre maculosa, celulite (infecção na perna), bronquiolite obliterante, cirrose, câncer (intestino, nariz, pulmão, esôfago), AIDS, doença pulmonar obstrutiva crônica, sendo os acidentes de trabalho e a malária os mais citados, em número de oito e sete, respectivamente.

A maior parte dos trabalhadores do estudo conseguiu associar em maior ou menor grau o trabalho como causa da doença que o acometia. Porém, esta associação era sempre direta, em relação ao último trabalho exercido.

O Sr. LP, 62 anos, agricultor e motorista, portador de uma lesão extensa na perna esquerda, questiona: por que tenho que passar por isso? Será que eu fiz alguma coisa? Para este trabalhador a causa da doença passa pela esfera religiosa, espiritual, é pensada como castigo por alguma falta cometida.

BARSAGLINI (2007) se apropria do estudo de IBÁÑEZ-NOVIÓN<sup>36</sup>, destacando que a interferência divina representa uma força suprema, onde a decisão final sobre a saúde, a doença e a cura pertence a Deus. Este proporciona a saúde, castiga com doenças, fortalece para tolerar as dores, soluciona e atenua o sofrimento.

---

<sup>36</sup> Ver: Ibañez-Novión MA. El cuerpo humano, la enfermedad e su representación social [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social/Museu Nacional. Rio de Janeiro, 1974.

Ao mesmo tempo, este trabalhador apresenta outro questionamento, identificando a possibilidade de associação da doença com o trabalho. Faz a relação entre a exposição ao calor do motor, ao tempo a que está exposto e atividade de operá-lo posicionando a perna próxima ao motor. Esta interpretação situa-se na esfera biológica que encontra na exposição ocupacional explicação para a ocorrência da doença.

*Eu penso que esse meu problema da perna é por causa da queimadura do motor que ela tomou. Tinha dia que ela ficava vermelha. No trator, a embreagem fica fora. Quando aperta lá no fundo fica paralelo com o motor e o motor esquenta. Trabalho com máquinas tem bem uns seis anos e continuo trabalhando para as fazendas até hoje. (LP, 62 anos)*

Assim como o Sr. LP. e o Sr. V. citado no início deste capítulo, outros trabalhadores referiram-se à exposição aos riscos do processo produtivo como possível causa das doenças.

Há também o caso do Sr. AB, 52 anos, agricultor, infectado pela leishmaniose e afirma: “*Eu estava trabalhando quando o mosquito me picou.*” E ainda o caso do Sr. AC, 50 anos, atualmente desmatador. Diz ter sido infectado pelo carrapato existente no mato em que estava fazendo derrubada.

O Sr. AS, 62 anos, agricultor, portador de câncer de pulmão diz que sua doença foi causada por um acidente com um cavalo:

*De um ano para cá minha saúde piorou muito. Desde a época que o cavalo caiu em cima de mim eu nunca mais me recuperei. Eu estava mexendo com gado e o cavalo escorregou e caiu em cima de mim, daí machucou os pulmões e machucou tudo por dentro. Desde esse tempo eu venho tratando. (AS, 62 anos)*

Neste caso vemos que a explicação encontrada pelo trabalhador para a patologia está no fato de ter sido “machucado” pelo cavalo. Nas representações sociais deste trabalhador, a doença teve como causa um acidente ocupacional, na lida com o cavalo.

*No garimpo o que mais tem é malária. Tem o tal do rói-rói porque o pé fica sempre dentro d'água. Fica na carne pura e coça muito. Se eu pegar a malária duas cruzeiras eu mesmo trato. Faço lâmina na SUCAM tomo os remédios e continuo trabalhando. Já tive malária que repetiu duas vezes na mesma semana. Agora se for da parasita (falciparum), não agüento. Essa deixa dois dias ruim, de cama. Quando a pessoa pega hepatite junto tem que pegar o avião e sair para tratar. Corre risco de morrer antes de chegar ao hospital. (AC, 50 anos)*

O ambiente de trabalho do garimpo, especialmente na região amazônica, apresenta alta prevalência de malária. Assim um dos principais riscos de doença nesta atividade está relacionado ao acometimento por esta doença. Nas representações sociais dos trabalhadores notamos claramente a associação da malária com o trabalho nos garimpos, mas não a considera como doença.

A localização dos garimpos, em meio às matas e rios propicia o acometimento pela malária que é uma doença causada pela picada do mosquito do gênero *anopheles*, geralmente encontrado em áreas de mata e próximas de rios. Existem quatro espécies de *Plasmodium* causadores da malária, mas no Brasil, há predominância do *Plasmodium vivax* e do *Plasmodium falciparum*. Por não ser o foco deste estudo a discussão clínica das doenças, apresentamos apenas alguns conceitos que julgamos ser importantes para a compreensão das representações sociais dos trabalhadores frente a esta patologia, referida por mais da metade dos entrevistados.

A malária causada pelo *P. vivax* é mais amplamente disseminada e é percebida pelos trabalhadores como de fácil tratamento e controle. De modo que através da automedicação, freqüentemente, os mesmos obtém a “cura”. Porém, este tipo de malária pode persistir no fígado e reaparecer meses ou anos mais tarde. Quando causada pelo *P. falciparum* é considerada grave, podendo levar a morte devido suas complicações cerebrais, renais, circulatórias, hepáticas, entre outras (CASTRO, CUNHA e REZENDE 1994). Esta é conhecida entre os trabalhadores como “malária parasita”. Os autores ressaltam que pode ocorrer a infecção pelos dois tipos simultaneamente, agravando ainda mais o quadro clínico.

*Tive muita malária, mas logo eu sarava e já voltava trabalhar. Nunca fiquei muito tempo doente. A gente tratava lá mesmo porque não dava para vir para casa. Ia à SUCAM, fazia lâmina, tomava os remédios e logo já estava bom de novo. Eu sempre fui muito forte, tive muita saúde. Não ficava muito tempo sem trabalhar. (S, 47 anos)*

Os trabalhadores destas regiões “acostumam-se” a lidar com a malária. Quando aparecem os sintomas, procuram a SUCAM<sup>37</sup>, fazem a “lâmina” para confirmar se é malária e qual o tipo e recebem os medicamentos para o tratamento. Alguns preferem nem procurar o serviço praticando a auto medicação. Quando se sentem melhor, consideram-se curados e suspendem o tratamento. Este é o principal motivo das recidivas.

Um estudo realizado por SANTOS et al (1995) com a população garimpeira na região do Tapajós (Itaituba-PA) mostrou que 94% dos pesquisados referiu episódios de malária no período de 1985-1995. Destes quase 70% tiveram mais de dois episódios, chegando a um número de doze. Apenas 7% referiram alguma atitude preventiva e mesmo assim relacionada ao uso de medicamentos, tidos como profiláticos. Apesar de 19% usarem o mosquiteiro, não o percebiam como uma proteção contra malária. Estes autores afirmam: “a população coexiste com a malária com tranqüilidade e fatalismo, sem medo” (p. 220). Assim como com os acidentes no setor madeireiro.

A representação social dos trabalhadores quanto à malária é coagida pela estrutura social ligada ao garimpo. Para se continuar reproduzindo o “saber-fazer” deste grupo social há a necessidade da minimização do problema e por conseqüência sua legitimação.

A malária ainda acomete muitas pessoas que residem, trabalham ou visitam a região de influência da BR 163, principalmente mais ao norte do Estado. Como não há vacinas para proteção contra a malária, as medidas preventivas recomendadas são: colocação de telas nas portas e janelas e uso de mosquiteiro.

---

<sup>37</sup> A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM foi incorporada a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA em 1990 após o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br> (acessado em 20/03/2009).

No garimpo, medidas de proteção contra a malária são vistas como pouco viáveis nos alojamentos referidos pelos trabalhadores, pois dormem em redes, em barracos, geralmente de lona. Houve um relato em que o trabalhador consumia pinga com alho para prevenir a malária.

*Antes dessa doença eu nunca tive nada, nem malária. Antes de sair para trabalhar, bem cedinho eu pegava o alho, colocava no copo, amassava, colocava pinga e bebia todo dia em jejum. De noite tomava de novo. Seis e meia, sete horas da noite e umas cinco horas da manhã é hora do mosquito chegar. Com este preparo eu nunca peguei malária. Nem gripe eu nunca peguei. (AS, 62 anos)*

Devido às complicações hepáticas encontradas nas formas graves da malária pelo *P. falciparum*, pode ocorrer a hepatite, uma inflamação das células do fígado. Quando isso ocorre o doente apresenta principalmente, icterícia (pele e olhos amarelos), inchaço no fígado e anemia (CASTRO, CUNHA e REZENDE 1994b, SCHECHTER, MARANGONI 1994a).

A malária e a hepatite foram consideradas por um dos trabalhadores como relacionada ao trabalho. Mas exclama que não entende por que pessoas que não trabalham no garimpo e não tem malária podem ter hepatite.

*A malária e a hepatite fazem parte do trabalho no garimpo. Mas, às vezes tem gente que sofre de hepatite e não trabalha no garimpo. Mesmo sem pegar malária, tem a hepatite. Eu não entendo! (AC, 50 anos)*

*A malária parasita (falciparum) é pior, se der quatro cruzes para frente dá hepatite também. Graças a Deus essa eu nunca peguei. Quando a pessoa pega hepatite tem que pegar o avião e sair para tratar e corre risco de antes de chegar no hospital já está morto. A pessoa com hepatite fica amarela. Até a roupa fica amarela. E tem a hepatite preta ainda que é pior (AC, 50 anos).*

BRAGA, SILVA, SOUZA e TOSTA (2005) realizaram um estudo na região amazônica sobre a hepatite B e a malária e concluíram que estas doenças são de alta prevalência na região amazônica. Segundo os autores a região amazônica é

responsável por aproximadamente 98% dos casos de malária do país. A prevalência de sorologia positiva para hepatite B nesta população situou-se em 85%. Ou seja, este percentual representa o universo de pessoas que portam o vírus da hepatite B.

A hepatite é um processo inflamatório que atinge as células do fígado. Pode ser causada por vírus de diversos tipos A, B, C, D, E, sendo a primeira mais comum por ser decorrente das más condições sanitárias, principalmente. Há ainda a hepatite provocada pela ingestão de medicamentos nocivos ao fígado, denominada “medicamentosa” e a hepatite alcoólica desencadeada pelo consumo excessivo de álcool (SCHECHTER, MARANGONI 1994).

Isto responde ao questionamento do Sr. AC. 50 anos, quanto ao aparecimento de hepatite em pessoas que não trabalham no garimpo e que não tem malária. Este tipo de hepatite pode estar associado aos tipos virais A ou a medicamentosa, por exemplo, e são consideradas menos graves.

Por outro lado, este trabalhador pode estar se referindo a hepatite B, pois em um dos momentos da entrevista falou do perigo de morte que a hepatite representa. A hepatite B é considerada grave e a taxa de letalidade pode chegar a 10%. Estima-se que mais de 50% da população mundial já foi contaminada pelo vírus, porém devido a vacinação, as condições imunológicas individuais e outros fatores impedem o adoecimento. No Brasil 15% da população já foi contaminada e 1% é portadora crônica<sup>38</sup>. A hepatite B é causada por um vírus transmitido por transfusões de sangue, agulha contaminada, relações sexuais e após o parto.

Sabemos que nos garimpos é comum a existência de “boates”, “cabarés”, freqüentemente acessados pelos garimpeiros, constituindo-se assim em mais um fator de risco para a contaminação pelo vírus da hepatite B.

*A currutela do garimpo sempre tem uma farmácia, tem hotel, uma boate, um cabaré, tudo isso tem em tudo que é garimpo. (AC, 50 anos)*

*Tem muita morte e muita droga nos garimpos... ali em Bandeirantes, em Juruena, mas a policia não vai lá. Então rola droga, pinga, mulherada. Lá tem muito cabaré. As mulheres levam droga no ônibus, ninguém vê. (OC, 85 anos)*

---

<sup>38</sup> [http://www.hepcentro.com.br/hepatite\\_b.htm](http://www.hepcentro.com.br/hepatite_b.htm) (acesso em 22/02/2009 às 09:00 h)

Retomando os achados SANTOS et al (1995) vemos a presença de sintomatologias passíveis de associação com a exposição ao mercúrio. Os sintomas mais citados foram: depressão, insônia, irritabilidade, nervosismo, palpitação e perda de memória. As dosagens de mercúrio na urina revelaram teores acima do considerado normal de acordo com os parâmetros utilizados.

Não foi percebido como regra nas representações sociais destes a associação da doença com uma história pessoal de exposição aos riscos. Ao longo de uma vida de trabalho, e muitos dos entrevistados possuíam muitos anos de experiências, e ainda com passagens por diversos ramos produtivos, estes trabalhadores estiveram sujeitos aos processos naturais de desgaste e exposição a riscos ambientais e ocupacionais próprios as atividades desenvolvidas. Apenas nas representações sociais de um dos entrevistados surgiu a hipótese de um processo acumulativo de agravos resultando na doença.

O Sr. P, 39 anos, agricultor, refere a intoxicação por agrotóxicos como causa dos problemas hepáticos e digestivos. Para ele houve uma intoxicação aguda pela exposição imediata ao veneno e crônica devido à manipulação deste produto ao longo de sua trajetória na agricultura.

*Ficou aí no corpo, foi juntando e agora veio fazer mal. Ficou guardado e agora estourou tudo de uma vez. É a primeira vez que eu senti isso e foi pra valer! (P, 39 anos).*

Sua esposa afirma:

*Ele ficou doente mexendo com isso, com veneno! Ele ficou ruim, vomitava sangue. Fui levar almoço para ele na roça, cheguei lá ele estava sentado vomitando sangue. Isso foi por causa do veneno. Eu falo que foi!*

Percebe-se claramente a capacidade de associar o trabalho com a doença em uma relação de causa e efeito. Porém, estes trabalhadores identificam a saúde e a doença como responsabilidade pessoal, culpabilizando-se. A doença ou o acidente

quando derivados do ambiente de trabalho são tidos como falha individual, de sua inteira responsabilidade.

Neste sentido, DEJOURS (2005) destaca que a expressão “fator humano” ainda é muito utilizada, mesmo entre os profissionais da área de saúde e de segurança no trabalho que deveriam ter uma visão coletiva sobre as causas dos acidentes e doenças no trabalho. Esta concepção (de falha individual dos trabalhadores) está fortemente difundida na sociedade e tem como consequência a culpabilização dos trabalhadores.

Para NARDI (1998, p.100) “os trabalhadores, ao adoecerem, passam a ser ‘marcados’ nos grupos de origem; cria-se uma ideologia da culpabilização imposta, com o isolamento dos indivíduos que se acidentam”.

Esta concepção arraigada nas representações sociais sobre trabalho-doença possui um componente ideológico, cujo principal papel é submeter os trabalhadores as relações inseguras e insalubres de trabalho. A classe dominante impõe a classe trabalhadora o papel que estes devem ter no processo produtivo, ou seja, os trabalhadores devem se sujeitar as condições de trabalho que a classe dominante está disposta a oferecer. Desta forma, a responsabilidade pela prevenção, pelo tratamento de acidentes e doenças do trabalho e pelo acesso à seguridade social é transferida a classe trabalhadora, poupando substancialmente o capital econômico dos dominantes na realização desta tarefa.

MINAYO (2006) destaca que do ponto de vista dominante a saúde e a doença são vistas como responsabilidade individual, sendo a saúde um capital de reserva e de propriedade privada. Entretanto, reforça as questões de saúde não devem ser centradas no biológico e no individual, mas sim no âmbito coletivo e social. Esta afirmação também é encontrada nos textos de QUEIROZ (2003). Segundo os autores, é no social que estão enraizadas as condições de vida e trabalho.

Consideramos que o risco como um importante fator desencadeante de doenças e acidentes de trabalho também deve ser tratado de maneira coletiva por ser de responsabilidade coletiva e não apenas individual. No entanto, nas representações sociais da classe trabalhadora, percebemos que o risco, a saúde e a doença são remetidos à responsabilidade individual e não coletiva.

*Eu parei de trabalhar em serraria por causa da malária e dos acidentes que eu vi na serraria. Eu vi muito acidente! Uma vez deu um raio e o rapaz que estava na destopadeira levou um choque e soltou rápido, daí a serra veio e cortou o braço dele... cortes, essas coisas mais simples tinha muito, mas foi nesse acidente grave aí que eu desisti de serraria. (P, 39 anos)*

Nesta fala, o trabalhador deixa claro que o companheiro cometeu uma falha ao soltar rapidamente a destopadeira ocasionando o acidente. No entanto, se houvesse proteção contra raios, ou mesmo proteção coletiva instalada na serra o acidente poderia ser evitado ou minimizado. O capitalista tem inclusive a obrigação legal de providenciar a proteção coletiva, porém não o faz, recaindo sobre o trabalhador, através do seu “savoir-faire”, a responsabilidade pela prevenção do acidente. Nenhum dos entrevistados indicou a possibilidade de minimização dos riscos no processo de trabalho por parte do capitalista. Quando o trabalhador indica que desistiu da serraria por causa dos acidentes, quer dizer que ele não se sente apto a evitá-los através do próprio saber-fazer.

*Muitas vezes a gente comete a imprudência e é isso que provoca acidente. Outra coisa: tem muito motorista de caminhão que fica gordo e logo começa ter problema de pressão alta, coração. Mas eu quando eu trabalhei puxando madeira eu não era gordo. Na verdade eu nunca fui gordo, o mais que já pesei foi 85 kg. A pessoa tem que comer bem para ter saúde. (LP, 62 anos)*

Novamente, a responsabilidade pela saúde e segurança é do próprio trabalhador e a imprudência e os maus hábitos alimentares provocam acidentes e doenças. Nas representações dos trabalhadores uma boa alimentação significa consumir alimentos saudáveis, com pouca gordura e sal, que ofereça energia e disposição para o trabalho, sendo considerado um ‘combustível’ para mantê-los ‘fortes’ e ‘sadios’. A alimentação pode ser entendida como forma de manutenção da saúde e fortalecimento do organismo para enfrentar as doenças (OLIVEIRA, 1998).

*Trabalhar na serraria é perigoso sim! Se não prestar atenção, é perigoso demais! Se a gente prestar atenção não tem nada perigoso. Comigo nunca aconteceu nada, eu gosto de ver a*

*peessoa trabalhando com segurança. O máximo que acontecia era uma reladinha, mas nada grave... agora com os outros acontece, muitas vez porque trabalha sem atenção. (V, 49 anos)*

Neste caso o trabalhador reconhece a existência do risco, porém deixa claro que basta a atenção do operador para evitar o acidente.

*A gente usa máscara, daí diminui um pouco a poeira. Só que ninguém consegue trabalhar de luva, de máscara e tanta coisa... é muito calor e incomoda demais. Incomoda por causa do calor, tira a agilidade da pessoa. Às vezes a pessoa perde um pouco de tempo e é onde a pessoa fica incomodada e arranca tudo. Pode até levar a pessoa a se acidentar, porque pode ficar meio perturbada com aquilo ali, mas se levar a sério não acidenta não, tem que prestar atenção. (V, 49 anos)*

Em todo o relato acima, nota-se a responsabilidade individual, onde o trabalhador deve prestar atenção, ser ágil, e se conseguir, usar os equipamentos de proteção. Como descrito no capítulo sobre o mundo do trabalho, a resistência ao uso do EPI é justificada como em razão do desconforto, porém nota-se claramente a preocupação com a produtividade no trabalho. A pressão por produtividade de fato não é espontânea ao trabalhador mais sim uma exigência estrutural que obriga-o a escolher entre estar protegido e ser preterido por trabalhadores mais ágeis que estão dispostos a não utilizar a proteção individual. Portanto o trabalhador prioriza a produtividade e deixa de lado o EPI. Mesmo sentindo a necessidade de se proteger e trazendo a responsabilidade para si mesmo, o trabalhador é ainda obrigado a escolher entre a produtividade e a prevenção de acidentes.

*A gente usa máscara, mas se não souber usar é mais perigoso, porque quando a pessoa está com aquela máscara ela descuida do vento e respira demais perto da fumaça, acaba fazendo mais mal ainda (AC, 50 anos).*

Quando relatam sobre a prevenção de acidentes ou doenças, os trabalhadores reforçam a idéia de que são eles os responsáveis por essas ações e, portanto devem encontrar estratégias individuais de proteção, e incorporá-las ao seu “savoir-faire”.

Como apontado, a experiência da doença permite a reflexão seus significados.

É neste momento que o doente procura dar sentido para a doença, de modo a torná-la familiar e compreensível em seu universo social. Como afirma JODELET (1998) as pessoas constroem as representações sociais como uma forma de dominar, de compreender e explicar os fatos.

Neste processo de reelaboração evidencia-se o “silêncio” de alguns trabalhadores que não expressaram o motivo pelo qual se consideram doentes. Dois destes trabalhadores foram acometidos por câncer (intestino e pulmão) e um foi infectado pelo vírus da AIDS. Estas doenças são consideradas graves e estigmatizadas pela sociedade e imediatamente associadas a morte.

Este “silêncio” pode ser o resultado de um dos estágios denominado por KEUBLER-ROSS (1998) como ‘negação’. Para o autor, ao se deparar com o diagnóstico de uma doença estigmatizada como terminal, o doente passa por cinco estágios de elaboração: negação, raiva, barganha, depressão e por fim aceitação.

O estágio da negação é marcante no relato do Sr. E, 41 anos. De acordo com seu prontuário clínico, é doente de AIDS (termo utilizado comumente para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e estava em tratamento, utilizando os medicamentos próprios para a doença e havia sido orientado sobre o diagnóstico. Mas, afirma não saber o que o acomete e recorre ao auxílio divino para ser curado.

*Eu caí nessa enfermidade, estava bem trabalhando numa fazenda. Depois que eu caí nessa enfermidade eu fui para Carlinda. Eu estava tranqüilo. Eu e a mulher tranqüilos. No dia 19 de dezembro (2006) começou uma diarreia que não parou até hoje. Já vai fazer um ano que eu venho com esse problema. Estou internado, fiquei internado em Nova Bandeirantes, em Carlinda, em Alta Floresta, em Sinop e agora aqui. Estou pedindo a Deus que ilumine os médicos para que descubram o que eu tenho. Até agora ainda não tenho uma resposta. Então eu estou aqui presente esperando em Deus que descubra. Eu quero voltar ao meu trabalho, voltar ao que eu era antes. (E, 41 anos)*

Outro fator importante a ser considerado é o estigma existente na sociedade. Como uma forma de classificação social, afeta a identidade e a deteriora, tornando-a socialmente desacreditada; é evocado pelas marcas corporais geradas por algumas doenças e por desvios de comportamento (GOFFMAN, 1975). Nos relatos dos

trabalhadores deste estudo, evidencia-se a experiência estigmatizante, principalmente nos casos de perda de peso acentuada (R, 20 anos; AS, 62 anos), descamação da pele (reação da hanseníase no Sr. S, 47 anos), uso de máscara de proteção (leishmaniose na face no Sr. AB, 52 anos), lesão extensa (perna do Sr. LP, 62 anos), AIDS (Sr. E, 41 anos). É visto também nos relatos o estigma social derivado do fato de serem ‘doentes’, ‘inválidos’, incapazes de exercer seus papéis e atributos de homens trabalhadores (NARDI, 1998).

CARDOSO e ARRUDA (2004) realizaram uma pesquisa envolvendo pacientes portadores da AIDS que não aderiram ao tratamento e identificaram nestes pacientes duas tendências: a primeira relacionada a uma forte negação e a segunda a um tom sombrio, depressivo. Verificaram ainda que as representações da doença para estes pacientes ainda não estava bem delineada, ou seja, não havia perpassado todo o processo de elaboração do sentido, da significação.

Este fato também foi identificado nas representações sociais do Sr. OC, 85 anos. Apesar de estar sendo submetido aos exames e tratamentos específicos para o câncer, ter sido informado sobre seu diagnóstico clínico e a família ter sido envolvida no tratamento, relata estar bem, com os exames normais e não entende de onde vem o inchaço, sendo este o único incômodo referido por ele.

*Não tem doença no seringal, nem no garimpo, nem nas fazendas. Lá eu só tive saúde. Agora mesmo com a idade que eu estou, já fizeram um monte de exame e está tudo normal. Não deu nada. É só esse inchaço que está incomodando. Só que ninguém sabe do que é o inchaço. (OC, 85 anos)*

FERREIRA (1996) destaca que algumas das repercussões de um diagnóstico de câncer estão associadas ao aspecto social e familiar, e principalmente à idéia recorrente de morte.

Nas representações sociais dos trabalhadores foi possível identificar a busca pelas raízes da doença nas condições de vida e trabalho. Apenas nos casos acima citados, em que a nosso ver os pacientes aparentavam estar no estágio de negação da doença, o sentido para a doença estava em elaboração.

De maneira geral, pode-se afirmar que neste grupo de trabalhadores a internação ocorreu em virtude de doenças crônicas e agudas. O ambiente, as condições de trabalho e o estilo de vida aparecem como possíveis fontes geradoras da maioria das doenças encontradas nos trabalhadores. Exemplos: malária, hepatite A e B, leishmaniose, febre maculosa, ‘rói-rói’, hanseníase, câncer (esôfago, pulmão e intestino), alterações hepáticas (intoxicação), celulite (lesão infecciosa), diabetes, doença respiratória (em investigação) e AIDS.

Verifica-se possíveis relações das doenças desencadeadas por fatores ambientais em que estes trabalhadores ao adentrar as matas expõem-se a vetores como os mosquitos transmissores da malária e da leishmaniose, por exemplo.

As condições de vida e trabalho na área de influência da BR 163 possuem como características a exposição a vetores de doença presentes na natureza, os precários alojamentos, o consumo de água não tratada, e outras situações que comprometem a higiene e o conforto dos trabalhadores. Assim ficam expostos de forma intensa ao contágio por doenças como hepatite A, hanseníase, verminoses, entre outras relacionadas a condições de higiene e saneamento.

Ressalta-se que em todos os casos a procura pelos serviços de saúde para realização do tratamento ocorreu diante do fato de sentirem-se incapazes para o trabalho em decorrência da gravidade das doenças ou da intensidade dos sintomas.

Como apresentado no capítulo II (Cenários e Personagens), muitos municípios da região de influência da BR 163 não possuem infra-estrutura básica para a população, principalmente relacionada aos serviços de saúde. Desta forma, existe uma demanda significativa de trabalhadores que se deslocam desta região para serem atendidos na capital.

### 4.3. A interação dos trabalhadores com os serviços de saúde

Como apontado, nas representações sociais dos trabalhadores a doença é considerada como tal apenas quando gera a incapacidade para o trabalho. Vimos que os trabalhadores concebem como doença somente a doença incapacitante, aquela que provoca a interrupção das atividades para tratamento hospitalar ou que “deixa a pessoa em cima de uma cama”.

*A pessoa está doente quando ela tem moleza no corpo, as pernas fracas. Não agüenta trabalhar, fazer nada. Ela perde o apetite. Comigo mesmo foi assim: dor de cabeça, febre. Tive que vir para o hospital. Eu trabalhei até não agüentar mais. (OC, 85 anos)*

Assim, faz parte do *habitus* desta classe de trabalhadores procurar o serviço de saúde somente quando estão com a saúde comprometida a ponto de afastá-los do trabalho. Os depoimentos dos trabalhadores apontam a importância da assistência médica hospitalar como uma garantia para a recuperação da saúde, e a volta ao trabalho.

*É importante que na cidade que você mora tenha um hospital adequado para atender as pessoas que vivem ali. Lá onde a gente mora (Barra do Bugres) tem um hospital que atende toda a região do médio norte. Eu penso que quando acaba a doença significa que você está pronto para enfrentar o mundo. (LG, 60 anos)*

Estes trabalhadores, conforme apontam os dados levantados, têm resistência a procura dos serviços de saúde quando acometidos por pequenos acidentes ou por doenças que podiam ser tratadas por eles mesmos. Este fato pode ser decorrente das dificuldades objetivas de atendimento, que são internalizadas a ponto de desestimular na prática a busca pelo tratamento precoce.

*Uma vez eu cortei o braço com o facão... nossa aí eu sofri. Eu estava roçando mato e acertei o facão no braço. Eu não fui para o hospital porque era muito longe, a gente tratou em casa mesmo, mas demorou a sarar. Outra vez que tropecei em um toco, também doeu muito, mas não foi tão fundo e sarou mais rápido. (R, 20 anos)*

*Tinha de tudo lá. Eu levava saco de medicamento, aplicava injeção, tratava das pessoas. Só teve um que eu não dei conta. Foi malária preta<sup>39</sup>. Os remédios não estavam resolvendo, daí mandei para Cuiabá e ele ficou bom! Nunca ninguém morreu de malária comigo. Eu curei todos. Era gente de tudo o que é lugar. (OC, 85 anos)*

Elencamos diversas razões que acreditamos ser motivo para esta resistência à busca de auxílio médico: 1) na relação informal de trabalho só há remuneração se o trabalhador estiver produzindo; 2) na relação formal a ausência ao trabalho pode gerar a substituição do trabalhador em virtude das licenças médicas que comprometem a produção; 3) as dificuldades de acesso aos serviços de saúde ou a ineficiência quanto ao diagnóstico e tratamento podem ser vistos por estes trabalhadores como “perda de tempo” por terem que retornar várias vezes em busca de atendimento; 4) a crença no tratamento hospitalar, na medicalização, em última instância como forma de garantia final de recuperação da saúde e por último 5) a responsabilização individual do trabalhador pela ocorrência do acidente e a doença.

Vimos nas representações sociais destes trabalhadores que quando ele recorre aos serviços de saúde é o momento em que é diagnosticado doente. Assim, o trabalhador reconhece a doença pela incapacidade que ela gera, assumindo neste momento a condição de doente perante a sociedade.

A responsabilização individual do trabalhador pela doença ou acidente, seja ela originada ou não no ambiente de trabalho, é legitimada na interação destes com o serviço de saúde. No serviço de saúde predomina a visão focada no biológico, no individual, onde o paciente é responsável pela sua saúde, ou seja, pela prevenção das doenças. Assim como no ambiente de trabalho, prevalece a noção de que a saúde é de responsabilidade individual. MINAYO (2006) destaca:

---

<sup>39</sup>O termo “malária preta” é utilizado pelos trabalhadores em referência a malária causada pelo *plasmidium falciparum*, considerada a forma mais grave prevalente no Brasil (CASTRO, CUNHA e REZENDE, 1994).

A doença, pensada como um problema do indivíduo, primeiramente é concebida como um processo que, de imediato, não revela seu vínculo com o social, espelhando a ideologia médica. O foco dessa representação indica que, independente de qualquer explicação que possa ser dada, é o indivíduo que adocece e enfrenta a morte, revelando uma tendência ao individualismo e a uma relação de exterioridade com a sociedade em que ele vive (p. 249).

Apesar dos avanços no Sistema Único de Saúde, inclusive com diretivas do Ministério da Saúde que preconizam o foco preventivista e coletivo, introduzindo a saúde do trabalhador, na prática dos serviços de saúde ainda predomina o foco no biológico, visão individualizante que participa da legitimação da responsabilidade do trabalhador por suas condições de saúde, doença e cura.

A saúde do trabalhador é algo que vem sendo discutido há muito tempo. Desde a reforma constitucional de 1988 até a atualidade foram realizadas conferências, movimentos, criaram-se leis, foram elaborados projetos de intervenção, entre outras ações em busca de formas de proporcionar a atenção integral à saúde dos trabalhadores (MAENA e CARMO, 2005). No entanto, se passaram duas décadas e apesar dos avanços, ainda há muito a ser feito para garantir o atendimento adequado aos trabalhadores do país de modo geral.

De modo particular, o Estado do Mato Grosso, especialmente na área de influência da BR 163, possui infra-estrutura precária, insuficiente e pouco eficaz no que tange a assistência às pessoas de forma geral. Quanto à saúde do trabalhador, busca-se incessantemente, através das Instituições como a Universidade Federal de Mato Grosso, a Delegacia Regional do Trabalho, o Ministério Público do Trabalho, o Instituto Nacional de Seguridade Social, entre outras, a implementação de ações que visem reduzir a subnotificação de acidentes e doenças, garantir a melhoria das condições de trabalho, aumentar a formalidade e, especialmente a proteger os trabalhadores, no âmbito da saúde, segurança, seguridade social, e conseqüentemente reduzir os acidentes e doenças na classe trabalhadora.

O grande idealizador da universalidade e integralidade das ações em saúde do trabalhador é o Ministério da Saúde. Na tentativa de se transferir do plano político teórico para o plano prático, a Instituição está implantando no país a rede sentinela

em saúde do trabalhador. Esta rede tem como objetivos preparar os profissionais de saúde para as questões de saúde do trabalhador, de modo que no atendimento oferecido pelas unidades de saúde das redes pública e privada seja possível identificar evidências da relação trabalho-doença e a partir disso efetuar o registro no Sistema de Notificação de Agravos à Saúde do Trabalhador – SINAST. Este banco de dados pode auxiliar no planejamento das ações do Ministério da Saúde, priorizando os problemas de acordo com a realidade local (BRASIL, 2006).

Entretanto, o que ainda se vê na prática, são serviços tanto públicos quanto privados que não dão conta da complexidade e magnitude dos problemas relacionados à saúde do trabalhador.

Este fato foi evidenciado também no HUIJM. Do total de treze prontuários clínicos investigados, somente em sete havia sido preenchido o campo “ocupação”, sendo que dois foram preenchidos como “autônomo e aposentado”, não identificando a ocupação do trabalhador. Além disso, não foram encontradas informações sobre a história ocupacional, ou seja, as atividades e os riscos a que os trabalhadores estão ou estiveram expostos no trabalho.

**Tabela 9** – Distribuição da ocupação registrada nos prontuários clínicos dos trabalhadores entrevistados. Mato Grosso, 2007.

<b>Ocupação</b>	<b>Nº</b>
Nenhum registro	6
Lavoura/manejo de silos	1
Lavrador	1
Tratorista/vaqueiro	1
Agricultor	1
Do lar	1
Aposentado	1
Autônomo	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

O ambiente de trabalho é o local onde se passa a maior parte do tempo. Como temos observado nos processos produtivos abordados, as jornadas chegam a dez horas diárias, há intensa exposição aos riscos de doenças e acidentes. E, muitas vezes, ao final da jornada de trabalho se dirigem para “barracos de lona”,

desprovidos de água potável, de sanitários, de infra-estrutura com o mínimo de conforto e higiene.

Neste sentido LAURELL (1989) destaca que a relação saúde-trabalho-doença tem como determinação o modo como o homem se apropria da natureza, por meio do processo de trabalho, baseado no grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção.

DIAS (1994) reforça que os trabalhadores vivem, adoecem e morrem de forma compartilhada com a população de determinado tempo, lugar e classe social, mas também de forma diferenciada, decorrente de sua inserção particular no processo produtivo. E acrescenta que isto sustenta a proposição de que a esta especificidade deve ser contemplada no atendimento às suas necessidades de saúde.

No entanto, verificamos nos relatos dos trabalhadores as dificuldades de acesso ao tratamento. Foram evidenciados problemas relacionados aos serviços de saúde locais (baixa resolutividade, dificuldades de encaminhamentos para outros municípios, poucos recursos para diagnóstico e tratamento especializado, entre outros). Alguns relataram a ajuda de amigos, parentes e políticos para conseguir atendimento em Cuiabá. Para viabilizar a internação hospitalar utilizaram endereço de outras pessoas, pois de acordo com o fluxo, os pacientes devem ser atendidos primeiramente na unidade de saúde mais próxima de sua residência. Diante das dificuldades de acesso aos serviços em suas localidades, passaram-se por residentes em outros municípios e assim entraram no fluxo até conseguirem o tratamento em Cuiabá.

Exemplo: O Sr. AC. é residente em Nova Bandeirantes, mas veio encaminhado por Alta Floresta, como se residisse lá. O Sr. O.S. é procedente de Nortelândia, mas deu entrada no HUJM como residente em Cuiabá, utilizando o endereço de um parente. Assim ocorreu com o Sr. P. residente em Colorado do Norte, distrito de Nova Canaã, encaminhado como residente em Alta Floresta. Destaca-se neste movimento a importância das redes de relações sociais para a viabilização do atendimento.

*Ainda bem que tem minha mãe em Alta Floresta, porque daí ele foi para o hospital municipal. Eu dei o endereço de lá da minha mãe e eles encaminharam ele para cá. Se não tivesse dado o*

*endereço dela eles não teriam encaminhado.* (Esposa do Sr. P, 39 anos)

A ineficiência nos serviços de saúde no interior do Estado para os casos mais complexos gera a superlotação das filas para tratamento nos hospitais da capital. É perceptível na fala dos trabalhadores a insuficiência de recursos para o tratamento hospitalar, especialmente de alta complexidade.

*Eu trabalho mais em fazendas. Foi aí que o carrapato me pegou. Agora estou andando para cima e para baixo atrás de vários hospitais. Nunca tinha me acontecido um acidente deste. Eu não sabia que carrapato era venenoso. O médico disse que a doença é por causa do carrapato. Não estou conseguindo andar. A fisioterapia é que me ajuda Descascou tudo, acabou com isso aqui tudo (mostra as pernas e pés). Fiquei dois dias sem comer, quase morri. Nem a chapa eu conseguia pôr. Inchou toda a boca. Isso foi em Alta Floresta. Fiquei internado lá, depois fiquei dois dias em Nova Bandeirantes. Lá o hospital é pequeno. Me deram alta, eu arruinei, me levaram outra vez. Os médicos de lá são fracos. O hospital é fraco. Mandaram nós três para Alta Floresta. Eram seis, mas um morreu no mato, outro morreu em Alta Floresta e outro morreu aqui em Cuiabá. Todos por causa do mesmo problema. Começamos sangrar pela boca. Teve um que eu vi ele morrer. Estava deitado perto de mim. Tem uns cinqüenta dias que começou isso e eu estou indo de um hospital para outro. Faz uns vinte dias que eu estou aqui no Julio Muller. Eu trabalhei até ficar ruim. A minha sorte é que em toda gleba que eu vou eu carrego anador, dipirona. Tenho sempre um remédio para dor e para infecção. Esse carrapato que me picou fica no mato onde nós estávamos trabalhando. Nós roçamos mato para o motoqueiro derrubar e depois pôr fogo para plantar o capim. Foi nisso que nós pegamos essa infecção desse carrapato. De 66 kg e fui pra 48 kg. De todos os seis, sobrou eu e tem um ruim na UTI daqui.* (AC, 50 anos)

A demora na marcação de consultas e exames, a gravidade das doenças (em estágio avançado) e a dificuldade em se manter longe de casa, levam os pacientes a procurarem um “jeitinho” de passar na frente para serem atendidos com mais agilidade.

Nas representações dos trabalhadores sobre a saúde está o serviço médico, especialmente hospitalar, como forma de garantir a “saúde”. A importância dada a

existência de “hospitais” e “bons médicos” no interior do Estado é unânime entre os entrevistados.

Diante do que se tem verificado no *habitus* deste grupo de trabalhadores, somente após a experiência da doença se torna objetiva a possibilidade de adoecer, a concretização do risco de adoecer. Assim a prevenção não faz parte do *habitus* deste grupo, sendo mais comum a procura pelo serviço de saúde nos casos em que necessitam de atendimento de urgência e emergência. Portanto, demandam a existência de hospitais dotados de tecnologias e profissionais especializados nas localidades em que residem e/ou trabalham.

*Saí de Nortelândia e fui pra Tangará. Fiz cirurgia lá, fiquei na UTI. Gastei quarenta mil lá e ainda não estava bom. O médico de lá falou que eu tinha que vir para Cuiabá e me recomendou um doutor. Eu vim e consultei com ele lá no Santa Rosa (hospital privado). Ele falou que precisava de cirurgia e eu falei pra ele que não tinha dinheiro. Ainda tinha que vender gado, arranjar um jeito. Ele falou que trabalhava aqui como professor, disse que podia arrumar para mim fazer a cirurgia aqui e disse: se o Senhor quiser ir para o Julio Muller eu arrumo uma vaga para o Senhor. Na hora eu aceitei! Faz três meses que eu estou fazendo tratamento aqui. Vou pra casa, venho, e agora fiz a cirurgia. Deu tudo certo! Eu não sei o que fazer pra agradecer esse homem. Não sei que coisa que eu dou para ele de agradecimento. O que ele fez por mim, eu estou alegre demais! Eu estou que não me agüento de tanta alegria! Eu estou tão alegre que nem sou capaz de dormir. Quero ir embora, quero ir pra minha casa. (OS, 60 anos)*

Existem ainda casos como o do Sr. L, 62 anos, em que a ajuda vem de políticos para receber assistência na rede pública ou mesmo os benefícios previdenciários.

*Eu tenho um conhecido que trabalha com o deputado Fulano e ele está me dando uma forcinha. (L, 62 anos)*

QUEIROZ (2003) registra a dificuldade que o Sistema Único de Saúde enfrenta em relação ao desafio de transformar o modelo curativo que percebe a doença limitada a sua dimensão biológica em um modelo preventivo capaz de oferecer uma assistência que envolva a dimensão social do processo saúde-doença.

Este novo modelo além de incorporar a assistência médica, deve envolver ações que considerem o meio ambiente e a experiência social de vida.

O modelo curativo de atenção a saúde combinado com a resistência destes trabalhadores em buscar auxílio nos serviços de saúde de forma preventiva, termina por despejar nos hospitais um enorme efetivo de trabalhadores, muitos com doenças em estágio avançado e já sem condições de tratamento. Mesmo com chances no tratamento, este se mostra dispendioso para o indivíduo e para a coletividade, quando comparado com o custo das ações de prevenção.

Neste sentido, frisamos que o ambiente de trabalho deve ser foco das ações de prevenção aos agravos a saúde do trabalhador. Mudanças no processo produtivo, nas relações de produção, nos meios de produção, e processos educativos no ambiente de trabalho, no ambiente social (escolas), são capazes de reduzir a incidência de acidentes e doenças. Estas mudanças não podem se limitar ao ambiente de trabalho, e devem atingir os serviços de saúde, especificamente no modelo de atendimento que deve incorporar uma visão coletivista e social do processo saúde-doença, buscando eliminar o estigma do paciente responsável por seu adoecimento que é uma das causas do afastamento dos trabalhadores dos possíveis esquemas preventivos de atendimento à saúde.

Como vimos neste capítulo, a experiência da doença é um divisor de águas quanto as representações saúde-doença e trabalho-doença dos trabalhadores. Para estes trabalhadores a concepção de saúde-doença tem o trabalho como escala de medida. Nesta escala, se o trabalhador é capaz de trabalhar o mesmo é saudável, se não é capaz de trabalhar, é doente.

Da mesma forma, é apenas a partir da experiência da doença que o trabalhador procura em suas condições de vida e trabalho as causas de seu adoecimento. Os riscos do meio em que vive e do ambiente de trabalho antes minimizados ou negados são reconstruídos e ganham significado.

Neste processo de significação o trabalhador percebe a possibilidade de relação da doença com o trabalho. Porém não percebe a doença como um processo, ou seja, pode também ser desenvolvido ao longo de uma vida de exposição a condições ambientais insalubres e/ou inseguras. Além disto, estes trabalhadores em suas representações sociais indicam a existência do processo de responsabilização

individual pelos acidentes e doenças do trabalho que os estigmatiza, dentro de um mecanismo ideológico perverso, eximindo o capitalista de culpa pelo destino do trabalhador e entregando a este último a conta da doença, do acidente de trabalho, do desamparo social e dos prejuízos quanto aos capitais econômico, cultural, social e simbólico.

Dar voz aos trabalhadores, considerando-os como agentes capazes de dar sentido às suas vidas e ao processo do adoecimento, significa a possibilidade de identificação de elementos importantes na definição do tratamento (CANESQUI, 2007).

Os relatos permitem identificar que os serviços de saúde não estão preparados para atender esta clientela. Este fato pode estar relacionado ao modelo de atenção centrado no biológico individual e não no coletivo social, apesar das diretrizes em contrário do Ministério da Saúde. Esta mudança no modelo de atendimento é o desafio, e não deve se restringir às unidades de atendimento em saúde, mas deve ser estendido em uma visão preventiva aos ambientes de trabalho, de uma maneira que possibilite mudanças nas relações de produção, nos meios de produção e principalmente no capital cultural e simbólico dos trabalhadores de maneira que percebam a responsabilidade coletiva pelo adoecimento minimizando a vertente ideológica da responsabilização individual pelos acidentes e doenças.

Consideramos relevante comentar ainda sobre o desamparo desta classe de trabalhadores quanto à seguridade social. Como vimos apenas um dos trabalhadores pesquisados possui registro em carteira de trabalho e estava recebendo auxílio-doença durante seu afastamento das atividades. Ainda assim, com prejuízo na remuneração devido ausência das horas extras que lhe garantiam aproximadamente R\$500,00 reais mensais. Os três aposentados recebem o benefício no valor de um salário mínimo, sendo que um aposentou-se como produtor rural, outro por idade e o último como autônomo.

Os demais trabalhadores, ou seja, a maioria dos entrevistados relatou ausência de renda devido interrupção do trabalho. Isto porque são trabalhadores temporários (empreiteiros e diaristas) e alguns trabalham em terra própria. Diante desta informalidade em que não há registro em carteira de trabalho, estes trabalhadores não são segurados da Previdência Social, sendo então excluídos do sistema de benefícios.

E mais, em virtude da ausência de renda encontram dificuldades para a compra de remédios, alimentos, deslocamentos para o tratamento e principalmente, para o provimento familiar.

O desamparo social vivenciado por estes trabalhadores legitima ainda mais o a relação de exploração-dominação a que estes agentes estão expostos. Seus direitos estão limitados à condição de trabalhador formal, fato que é raro nesta classe trabalhadora, que vive e trabalha na área de influência da BR 163.

*Só teve uma vez que um patrão pegou minha carteira para assinar, mas eu trabalhei só trinta dias, daí ele não assinou. Agora eu estou sentindo falta. Quando eu sarar e voltar a trabalhar vou pedir para assinar carteira. Ou então eu mesmo vou pagar o INSS. (P, 39 anos)*

Percebe-se que faz parte dos trabalhadores deste estudo a não preocupação com a velhice e com a seguridade social. Assim como a doença é a concretização do risco para estes trabalhadores, o desamparo social pode ser visto como a consumação da responsabilidade individual pela seguridade social. A seguridade social ou a falta dela faz parte de um conjunto de tensões entre os trabalhadores e os proprietários, onde o trabalhador necessita aceitar mais esta condição (de informalidade e desamparo) para garantir a reprodução de seu modo de vida.

Para reverter este quadro, verifica-se a necessidade urgente de políticas públicas que promovam a inclusão desta classe trabalhadora, seja pela contribuição direta da classe dominante, seja por programas assistenciais promovidos pelo Estado. Medidas são necessárias para que não vejamos repetir histórias como do colono Vicente, migrante, referindo-se a sua chegada nesta região quando entrevistado pelo pesquisador PASSOS (2007, p.212) em seu estudo no eixo da BR 163: “Éramos todos jovens, sonhadores, com muita energia e com muita vontade de vencer. Hoje estamos velhos, fracos, pobres e esquecidos”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de migração o trabalhador parte em busca de oportunidades de trabalho que permitam o sonho da ascensão social ou a continuidade de reprodução de um modo de vida. Este processo ocorreu em Mato Grosso ao longo da área de influência da BR 163. O fenômeno da migração observado retrata a migração do trabalhador de outras regiões do país, especialmente do sul, para a inserção em regiões com oportunidades de trabalho, principalmente na indústria madeireira, na agropecuária e no garimpo. Estes trabalhadores aportaram em Mato Grosso com as representações sociais próprias de sua classe social e particularmente de seu grupo social, e tentaram na medida do possível reproduzir seu modo de vida e trabalho.

Uns se inseriram em atividades correlatas ao seu grupo social (grupos de madeiros, agricultores, garimpeiros). Outros se viram obrigados a buscar a inserção em atividades das quais não possuíam nenhum “savoir-faire”. Uma importante característica desta classe de trabalhadores é a mobilidade territorial e disposição para a mudança de atividade. Estes trabalhadores estão condicionados às oportunidades que a estrutura oferece e, necessitam se inserir de alguma forma em um ramo produtivo, mesmo que não possuam o “savoir-faire” necessário. Estão dispostos a aprender e incorporar em suas representações sociais técnicas de trabalho e modos de agir próprios de outras atividades produtivas. Como visto, o domínio ou não do “savoir-faire”, é um importante fator a ser considerado quando tratamos do processo de trabalho e do processo de exposição ao risco de acidentes e doenças no ambiente de trabalho.

Nas representações sociais destes trabalhadores, dominar o saber-fazer das atividades é sem dúvida um fator de proteção perante aos riscos de acidentes e doenças no ambiente de trabalho.

O processo de migração, portanto, afeta as representações sociais dos trabalhadores quando estes se vêem obrigados a incorporar um novo saber-fazer de outros grupos sociais (em razão de especificidades destes grupos). Mesmo que estes

grupos pertençam à mesma classe social, a classe dos trabalhadores, e compartilhem elementos comuns ao *habitus* de classe, existem elementos específicos do grupo como o “savoir-faire” de uma atividade produtiva que necessitam ser incorporados.

Vimos também de que forma o capitalista submete estes trabalhadores migrantes ao julgo do capital impondo a forma de inserção destes trabalhadores por meio das relações sociais de produção e dos meios de produção ofertados. O domínio dos capitalistas sobre os trabalhadores na esfera da produção traz importantes conseqüências sobre as representações sociais destes trabalhadores, sendo os mais importantes a submissão a condições de trabalho inseguras e insalubres e a submissão ideológica dos trabalhadores marcadamente pela responsabilização individual dos mesmos tanto em relação à incidência de doenças e acidentes no ambiente de trabalho seu tratamento, quanto em relação a seguridade social destes indivíduos.

Ao longo deste estudo vimos que os trabalhadores dos ramos produtivos da indústria madeireira, dos garimpos, da agricultura e pecuária migraram em direção a área de influência da BR 163 em busca de oportunidades de trabalho. A área de influência da BR 163 é um dos eixos nacionais de expansão de fronteira, tendo inclusive na década de 70 recebido forte incentivo estatal para a ocupação de suas terras.

A trajetória destes trabalhadores indica traços comuns a essa classe social. Todos são migrantes tendo realizado rodízio entre as diversas cidades da área de influência da BR 163. Grande parte dos mesmos trabalhou em mais de uma atividade e a maioria encontrava-se no momento da pesquisa trabalhando em fazendas. Iniciaram-se no mundo do trabalho ainda crianças sob influência dos pais. Não possuem carteira de trabalho assinada e, portanto estão desamparados quanto a seguridade social. Possuem baixo nível de escolaridade. Possuem filhos e relatam que desejam outra sorte para os mesmos, uma vez que esperam que estes recebam educação formal e acesso à melhores empregos. Em função disso, investem o que podem na educação dos filhos. Não são ateus e são católicos em sua maior parte. Gostam de atividades de lazer ligadas a pesca, a caça, ao futebol, às festas da comunidade, jogos de baralho e bailes da cidade. A maioria vive dentro da estrutura familiar, sendo casados ou amasiados.

O mundo do trabalho em que estes trabalhadores inseriram-se fora construído através do processo de colonização e desenvolvimento da área de influência da BR 163. Eles fizeram parte desta construção uma vez que como migrantes buscaram nas terras do Mato Grosso melhores condições de vida e trabalho. Estas terras antes mal tocadas passam a ser objeto da ação e exploração humana. Por detrás do processo de migração residem transformações importantes no modo como as pessoas se apropriam do espaço do ponto de vista econômico, social, cultural e ambiental. Envolve a construção de novas relações sociais e particularmente de novas relações de produção em um determinado território permitindo o confronto de campos de forças convergentes e/ou opostas: a vontade da estrutura e suas necessidades e a vontade dos agentes enquanto portadores de representações sociais e práticas anteriores ao processo de migração. A forma como estas duas forças se confrontam e se ajudam mutuamente definem o modo como será construída a ocupação na nova fronteira.

No processo de migração e acomodação desses trabalhadores no novo espaço, percebeu-se nos relatos que as necessidades da estrutura nem sempre convergiam com as vontades dos agentes, de modo a permitir a este se integrar a atividades correlatas as exercidas nos locais de origem. Deste confronto resultava a incorporação de novo “savoir-faire” ao capital cultural do trabalhador, e com isto lhe era permitido reproduzir seu *habitus* de classe através de outras atividades nas regiões de destino.

Nas relações de produção construídas na área de influência da BR 163, percebe-se a submissão dos trabalhadores ao poder dominador da classe de proprietários, capazes estes de extrair não apenas a mais valia em relação ao valor da força de trabalho, mas também em relação às condições de vida e trabalho gerando um passivo importante em relação ao acidentes, doenças e seguridade social a ser debitado na conta da classe trabalhadora.

Este poder dominador e a ideologia que o sustenta permeiam as representações sociais de saúde-trabalho-doença destes trabalhadores, a ponto de permitir mais um fenômeno importante quanto às relações sociais de produção: a responsabilização individual e a culpabilização do trabalhador pelo processo de prevenção, tratamento e seguridade social ligada aos acidentes e doenças.

O grupo de trabalhadores apresentados neste trabalho mostrou em suas representações a capacidade de associar a doença com suas condições de vida e trabalho imediatas, apesar de não terem conseguido fazer a associação da doença com sua história de exposição ocupacional a riscos.

Também é possível identificar nos relatos destes trabalhadores os efeitos dos acidentes e doenças sobre suas vidas, no que diz respeito aos prejuízos dos capitais econômico, social, cultural e simbólico.

Estes trabalhadores não foram capazes de identificar o contexto ideológico a que estão submetidos (e esta é a principal característica da ideologia, pois uma vez percebida pelo agente, deixa de ser ideologia) que os leva a trazer para si mesmo as responsabilidades pelo processo saúde-doença.

Nas representações sociais desta classe de trabalhadores o risco, a saúde, a doença e a seguridade social são de responsabilidade individual do trabalhador. Primeiro porque necessitam de garantias quanto a melhores condições de segurança no trabalho. Como não existem condições objetivas de melhora (sem a ação do capitalista), esta segurança é alcançada pelo saber-fazer dos trabalhadores.

Esta segurança não ocorre no plano objetivo, mas faz parte de uma estratégia mental de minimização ou negação dos riscos que possibilita ao trabalhador manter a disposição para o trabalho, a despeito dos riscos da atividade. Segundo, o modo de produção se legitima pela relação ideológica entre o dominado e o dominante.

Representar o risco, a saúde e a doença como responsabilidade individual retira do capitalista a responsabilidade sobre a solução coletiva dos riscos de acidentes e doenças no local de trabalho. Também ajuda a inibir reivindicações dos trabalhadores em relação às melhorias nas condições de vida e trabalho. Isto se converte em maior possibilidade de acumulação de capital por parte dos proprietários.

Infelizmente, a prática do atendimento à saúde destes trabalhadores, focado no estado biológico/individual, legitima a ideologia da culpa individual pelos acidentes e doenças a que estes trabalhadores estão sujeitos. Como o risco, a saúde e a doença são de responsabilidade individual, o trabalhador resiste ao adoecimento o máximo possível. Contribui para isto o aspecto cultural, o *ethos* masculino, onde o homem não deve se entregar frente a qualquer dor ou mal estar. A noção de que o

“trabalhador bom” é o trabalhador forte e resistente. A informalidade, onde o trabalhador é entregue ao desamparo social em caso de interrupção do trabalho, a própria competição dos trabalhadores dentro do mercado formal de trabalho com o subsequente risco de ser substituído por outro trabalhador sem problemas de saúde, e também a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Quando o trabalhador se mostra incapaz de trabalhar, a culpa do acidente ou da doença recai sobre este, gerando um estigma onde o mesmo não serve para o trabalho, é irresponsável e/ou não soube lidar com o risco.

A mudança de tal realidade ocorrerá na medida em os acidentes e doenças forem tratados a partir de uma visão coletiva, com foco na saúde coletiva onde os serviços de saúde devem estar preparados para atender além de suas fronteiras formais, além do espaço clínico.

O nível primário de atenção deve buscar ações de prevenção voltadas para estes grupos de trabalhadores nos próprios locais de trabalho. No nível secundário e terciário de tratamento, o olhar dos profissionais de saúde deve estar voltado para as questões de saúde do trabalhador dando importância para a história ocupacional e exposição aos riscos ao realizarem a anamnese clínica.

No atendimento oferecido pelos serviços de saúde é preciso contemplar as representações destes trabalhadores quanto ao risco de acidentes de doenças, lançando sobre o trabalhador um olhar integral e assim, abranger as várias dimensões apresentadas neste estudo e em muitos outros já realizados no campo da saúde coletiva. Com este olhar mais abrangente, será possível melhorar as estatísticas, permitindo um conhecimento mais aprofundado sobre o adoecimento das populações de trabalhadores, e desta forma contribuir para a formulação de estratégias preventivas mais eficazes.

A própria formação escolar profissionalizante dos agentes do sistema de saúde, hoje estruturada em um modelo que reforça a responsabilidade individual do paciente/trabalhador pelo seu adoecimento, necessita voltar-se para o ensino das causas sociais e ambientais do adoecimento.

Deve-se considerar que a questão dos riscos, da saúde e da doença, necessita de uma solução coletiva. E esta solução coletiva depende de ações coordenadas e estruturantes, não sujeitas ao reducionismo da mudança espontânea de

comportamento dos agentes, pacientes/trabalhadores, hoje imersos em uma teia ideológica, econômica e social que os aprisionam no nefasto círculo vicioso do acidente, da doença e do desamparo social.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahão JI, Pinho DLM. As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da Ergonomia. *Estudos de Psicologia*. 2002;7(número especial):45-52.

Almeida BC, Zubler ES. Descrição do Setor Madeireiro do Estado de Mato Grosso, 1999/2000. [Relatório Final do Programa de Saúde e Segurança no Trabalho do Sistema Federação das Indústrias do Estado de Mato Grosso, Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva]. Cuiabá/MT: 2001.

Almeida LVC. Acidentes de transporte na BR 163: impacto na saúde, risco e percepção. [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Mato Grosso]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2007. (acesso 19 de fevereiro de 2009). Disponível em: [www.ufmt.br](http://www.ufmt.br)

Alves PC, Rabelo MC. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999.

Barbosa OA, Silva J, Stefan A. Situação de Saúde dos Trabalhadores das Indústrias Madeireiras do Estado de Mato Grosso – 1999/2000. [Relatório Final do Programa de Saúde e Segurança no Trabalho apresentado ao Sistema Federação das Indústrias do Estado de Mato Grosso, Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva]. Cuiabá/MT: 2001.

Barsaglini RA. Representações e práticas de saúde da população do Distrito de Nossa Senhora da Guia – Cuiabá/Mato Grosso. [Dissertação de Mestrado em Saúde e Ambiente]. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso Cuiabá: 1999.

Barsaglini RA. Com açúcar no sangue até o fim: um estudo de caso sobre o viver com diabetes. In: CANESQUI AM. Olhares socioantropológicos sobre adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007.

Becker OMS. Mobilidade espacial da população: conceitos, tipologia, contextos. In: Castro IE, Gomes PCC, Corrêa RL. (orgs). Explorações geográficas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1997, p. 319-367.

Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Bonnewitz P. Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu. Trad. Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Bosi E. Memória e Sociedade: lembranças de velhos. Trad. Queiroz A. São Paulo: Companhia das Letras, 1979.

Bourdieu P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. Trad. Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus; 1996.

\_\_\_\_\_. A economia das trocas simbólicas. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.

\_\_\_\_\_(coordenador). A miséria do mundo. Vários tradutores. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p. 15-38.

Braga WSM, Silva EB, Souza RAB, Tosta CE. Soroprevalência da infecção pelo vírus da hepatite B e pelo plasmódio em Labrea, Amazonas: estimativa da ocorrência de prováveis coinfeções. Rev. Soc. Bras. Med. Tropical. 2005; 38(3):218-223.

Brandão, CR. A memória do outono. Psicol. USP. 1998;9(2):297-310.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres humanos. Brasília, DF; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento. 1ª ed. Brasília, DF; 2006.

Câmara V de M, Tambellini AT, Castro HA, Waissmann W. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador: Epidemiologia das Relações entre a Produção, o Ambiente e a Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 2003; p. 469-497.

Canesqui AM. Os novos rumos das Ciências Sociais e Saúde. In Canesqui AM. (org). Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Ed. HUCITEC/ABRASCO; 1997. p.11-28.

\_\_\_\_\_. (org). Estudos antropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: CANESQUI AM. Olhares socioantropológicos sobre adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007.

Cardoso de Oliveira R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. Revista de Antropologia. 1996; 39(1):13-37.

Cardoso GP, Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;10(1):151-162.

Castro HA, Silva CG, Vicentin G. Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil, 1984-2003. Rev. Bras. Epidemiol. 2005;8(2):150-160.

Castro LP, Cunha AS, Rezende JM. Protozooses Humanas. São Paulo: Fundação BYK, 1994.

Castro SP, Barrozo JC, Covezzi M, Preti O. A Colonização Oficial em Mato Grosso: “a nata e a borra da sociedade”. 2ª ed. Cuiabá: EdUFMT; 2002.

Chauí M. Os trabalhos da memória. In: Bosi E. Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994, p.21.

Correa Filho, HR. Percepção de Riscos na Ocupação Precedendo Lesões do Trabalho: Um Estudo no Município de Campinas, São Paulo, 1992-1993. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: 1994.

Cunha JMP. Dinâmica migratória e o processo de ocupação do Centro-Oeste brasileiro: o caso de Mato Grosso. *Rev. Bras. Estud. Popul.* 2006;23(1): 87-107.

Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

Dejours C. O fator humano. Trad. Maria Irene Stocco Betiol e Maria José Tonelli. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.

Dias EC. In: Filho MF. Saúde no Trabalho. Belo Horizonte: Rocca Editora; 1994.

Dias EC; Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005;10(4):817-828.

Durkheim E. As regras do método sociológico. São Paulo: Abril; 1978, p.79 e 88.

Ferreira NMLA. O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. *Rev. Bras. Enfermagem.* 1996;56:310-314.

Fonseca MGU, Peres F, Firmo JOA, Uchoa E. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2007;12(1):45.

Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. *Cad. Saúde Publica.* 2002;18(5):1207-1214.

Gomez CM, Carvalho SMTM, Porto MFS. Por uma Ecologia do Trabalho. In: Leal MC, organizadores. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. São Paulo – Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ABRASCO; 1992.

Guareschi P. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003, p.200.

Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis. Rev. Saúde Coletiva*. 2005;15(suplemento):57-70.

Jodelet D. Representações do contágio e a Aids. In: Jodelet D e Madeira M (orgs). Aids e representações sociais: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN; 1998, p.17-45.

Jovchelovitch S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.

Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

Laplantine F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: Jodelet D, organizadores. As representações sociais. Trad. Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.

Laurell AC, Noriega. Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário. Hucitec, São Paulo; 1989.

Maena M, Carmo JC. Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec, 2005.

Malinowski B. Argonautas do Pacífico Ocidental. Trad. Anton P. Carr. São Paulo: Abril Cultural; 1976.

Marcuse H. Razão e Revolução: Hegel e o Advento da Teoria Social. Trad. Marília Barroso. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

Martine G, Garcia R. (orgs). Os impactos sociais da modernização agrícola. São Paulo: Editora Caetés; 1987.

Martins JS. Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano. São Paulo: Hucitec; 1997.

Marx K. & Engels F. Ideologia Alemã. São Paulo: HUCITEC; 1984, p. 43-45.

Marx K. Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos. 4ª ed. São Paulo: Nova Cultural; 1987.

Mills C W. Do artesanato intelectual. In: Mills CW. A imaginação sociológica. Trad. Waltensir Dutra. 6ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da Etiologia. Cad. Saúde Publica. 1988;4(4):363-381.

\_\_\_\_\_. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: Guareschi P, Jovchelocitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.

\_\_\_\_\_. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1998.

\_\_\_\_\_. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social 1996. Brasília, DF; 1998.

Miragaya J, Pereira MCA, Rosa CH, Silva PG. Mapa da desigualdade espacial da renda no Brasil. Revista de Conjuntura. 2008;(35):p.39.

Montagner, MA. Trajetórias e biografias: notas para uma análise bourdiesiana. Sociologias. 2007; 9(17):240-264.

\_\_\_\_\_. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(2):515-526.

Nardi HC. O *ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: Duarte LFD, Leal OF. (orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

Nascimento EP, Drummond JA. *Amazônia, dinamismo econômico e conservação ambiental*. Ed. Garamond, Rio de Janeiro; 2003.

Nunes E. *Sobre a sociologia da saúde*. Hucitec, São Paulo; 1999.

Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: Duarte LFD, Leal OF. (orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998; p.81-93.

Oliveira PS. Caminhos de Construção da Pesquisa em Ciências Humanas. In: Oliveira OS, organizadores. *Metodologia das Ciências Humanas*. São Paulo: Hucitec/UNESP; 2001.

Passos MM. *BR163: De estrada dos colonos a corredor de exportação*. Maringá: Ed. Massoni; 2007.

Peres F, Oliveira-Silva JJ, Della-Rosa HV, Lucca SR. Desafios ao estudo da contaminação humana e ambiental por agrotóxicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(suplemento):27-37.

Pignati WA, Machado JMH. Riscos e agravos à saúde à vida dos trabalhadores das indústrias madeireiras de Mato Grosso. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(4):961-973.

Pignati WA, Machado JMH, Cabral JF. Acidente rural ampliado: o caso das “chuvas” de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde – MT. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(1):105-114.

Pires DX, Caldas ED, Recena MCP. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 2005;21(2):598-605.

Porto MFS, Freitas CM. Análise de Riscos Tecnológicos Ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Públ.* 1997;13(2):59-72.

Queiroz MS. Saúde e doença: um enfoque antropológico. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

Salles RP de S. A ferida que chora – saber camponês e representação social da leishmaniose. [Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Antropologia – Universidade Federal de Pernambuco]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1999.

Santos EO, Loureiro ECB, Jesus IM, Brabo E, Silva RSU, Soares MCP, et al. Diagnóstico das Condições de Saúde de uma Comunidade Garimpeira na Região do Rio Tapajós, Itaituba, Pará, Brasil, 1992. *Cad. Saúde Pública.* 1995;11(2):212-225.

Schechter M, Marangoni DV. Doenças Infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SEPLAN, Mato Grosso em Números, edição 2006, Cuiabá/MT. Disponível em: <http://www.seplan.mt.gov.br> (acessado em 12/09/2007)

Silva JM, Novato-Silva E; Faria HP, Pinheiro TMM. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005;10(4):891-903.

Singer P. Economia Política da Urbanização. 14<sup>a</sup> ed. São Paulo: Contexto; 1998.

Sobreira AEG, Adissi PJ. Agrotóxicos: falsas premissas e debates. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2003;8(4):985-990.

Spink MJP. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: Florianita Coelho Braga Campos. (Org.). *Psicologia e Saúde: Repensando Práticas.* São Paulo: Hucitec; 1992, p.11-24.

Tavares dos Santos JV. Matuchos: exclusão e terra: do sul para a Amazônia. Petrópolis: Vozes; 1993.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública. 2005;39(3):507-514.

Vaissman M. Alcoolismo no trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz e Gramond, 2004.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Araújo CRV. História do Pensamento Econômico: uma abordagem introdutória. São Paulo: Atlas; 1988.

Barrozo JC. Em Busca da Pedra que Brilha como Estrela: garimpos e garimpeiros do Alto Paraguai – Diamantino. Cuiabá: Ed. Tanta Tinta, 2007.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990.

Brasil. Grupo de Trabalho Interministerial. Plano de Desenvolvimento Regional Sustentável para a Área de Influência da Rodovia BR163 Cuiabá-Santarém. Brasília, DF; 2005.

Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993.

Cuenca AMB, Andrade MTD, Noronha DP, Ferraz MLEF. Guia de Apresentação de Teses . Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2ª ed. São Paulo: A Biblioteca, 2006.

Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1991.

Marx K. O capital: crítica da economia política. Volume II. Tradução Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968

Mato Grosso. Secretaria Estadual de Planejamento. Anuário Estatístico do Estado de Mato Grosso. 2004. Cuiabá; 2005.

Mato Grosso. Secretaria Estadual de Planejamento. Anuário Estatístico do Estado de Mato Grosso. 2006. Cuiabá; 2007.

Mauss M. Sociologia e antropologia. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

Peres F, Moreira JC. Saúde e ambiente em sua relação com o consumo de agrotóxicos em um pólo agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(suplemento 4): 5.612-5621.

Pignatti MG. O impacto das transformações produtivas no ambiente e na saúde da população da área de influência da BR 163 – Estado de Mato Grosso, 2000 a 2005. Projeto de Pesquisa. MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT – nº 34/2005. Processo 402907/2005-1.

Rebouças JA. Insalubridade: Morte Lenta no Trabalho. São Paulo: Oboré Editorial; 1989.

Silva MAM. Errantes do fim do século. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

Silveira ML. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

Taromaru GCM, Taromaru EH, Morrone LC. Adultos Internados em Hospital de Ensino com Doenças Possivelmente Associadas ao Trabalho. Rev. Bras. Med. Trab. 2004; 2(3):235-241.

Vieira CP, Queiroz MS. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. Psicol. Soc. 2006;18(1):63-70.

Villaça LMS. Como é o Ambiente de Trabalho no Município de Juína – MT. [Monografia de Especialização em Vigilância Sanitária]. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá; 1998.

**ANEXOS**

## ANEXO I

**Universidade Federal de Mato Grosso  
Instituto de Saúde Coletiva  
Departamento de Pós Graduação em Saúde Coletiva**

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Janete Silva Porto, enfermeira, portadora do CPF: XXXXX, RG: XXXXX SSP/MT, residente na Rua XXXXX, bairro XXXX, CEP XXXXX, na cidade de Cuiabá-MT, cujo telefone de contato é XXX ou XXXX, vou desenvolver uma pesquisa com pacientes adultos em tratamento no Hospital Universitário Julio Muller, cujo título é **“Representações sobre trabalho-doença: trabalhadores dos setores produtivos da agropecuária, indústria madeireira e extração mineral da área de influência da BR-163”**. O objetivo deste estudo é compreender como os trabalhadores percebem as questões sobre a saúde a doença e sobre o trabalho.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, serão feitas algumas perguntas que serão respondidas sem minha interferência ou questionamento, e não lhe trará qualquer risco. Talvez, o desconforto que o senhor (a) poderá sentir, é compartilhar um pouco das informações pessoais ou confidenciais, ou alguns dos tópicos que possa sentir incômodo em falar, mas não desejamos que isto aconteça. Assim, caso sinta que a pergunta é muito pessoal ou incômodo para falar não precisa responder. Para participar da pesquisa será preciso ocupá-lo por algumas horas.

Sua participação não trará qualquer benefício direto mas proporcionará um melhor conhecimento e reflexão a respeito das relações de saúde, doença e trabalho e poderá contribuir na elaboração de futuros programas e estratégias voltadas para saúde do trabalhador.

Informo que o senhor (a) tem a garantia de em qualquer momento do estudo, esclarecer quaisquer dúvidas. Se tiver alguma consideração ou questionamento sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso pelo telefone 65-3615-7254. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Não existirão despesas ou ganhos pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa, será paga pela pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão divulgados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação como participante.

Abaixo está o termo de consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida. O mesmo será assinado em duas (2), sendo que uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Acredito ter sido suficiente as informações que li ou que foram lidas para mim, quanto à seguinte pesquisa: “Representações sobre trabalho-doença: trabalhadores dos setores produtivos da agropecuária, indústria madeireira e extração mineral da área de influência da BR-163”.

Eu discuti com a enfermeira Janete Silva Porto sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo podendo procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso pelo telefone 65-3615-7254 ou a pesquisadora responsável Janete Silva Porto pelo telefone XXXXX.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

Nome:

Endereço:

RG.

Fone:

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Janete Silva Porto  
Pesquisadora Responsável

## ANEXO II

Universidade Federal de Mato Grosso  
Instituto de Saúde Coletiva  
Departamento de Pós Graduação em Saúde Coletiva

**Projeto: “Representações sobre trabalho-doença: trabalhadores dos setores produtivos da agroindústria, indústria madeireira e extração mineral”.**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Identificação** (inicialmente somente o nome, onde reside, em que trabalha, idade)

Durante as entrevistas, outras informações foram levantadas: estado civil, nº de filhos, naturalidade

#### **Informações sobre a vinda para Mato Grosso (trajetória)**

- Quando
- Motivo
- Veio sozinho ou com a família
- Em quais municípios residiu e trabalhou

#### **Informações sobre trabalho**

- Em que trabalha atualmente
- Quais as atividades que trabalhou durante a trajetória de vida
- Quanto tempo trabalhou em cada atividade (aproximado)
- Como é o trabalho (descrição das atividades)
- Por que escolheu trabalhar nas atividades
- Gosta do que faz ou do que fez (atividade atual e anteriores)
- Como é o local de trabalho (alojamentos, alimentação, equipamentos e ferramentas utilizadas, máquinas, usa EPI's...)
- Existência de risco/perigo nas atividades realizadas (intoxicações, doenças, acidentes, tem poeiras, ruído, veneno, etc)
- Como é a remuneração – mensal, diária, semanal, empreita, comissão, salário fixo, tem férias, auxílio alimentação...
- Trabalha todos os dias (quantas horas), tem horário de almoço, a que horas pára de trabalhar, lazer nas folgas, tempo com a família...

- Atualmente está empregado, afastado, recebe auxílio doença do INSS ou salário, aposentadoria... (se afastado há quanto tempo, tem algum amparo)

-

#### **Informações sobre a saúde e a doença e a relação da doença com o trabalho**

- Como se sente
- Motivo da internação
- Quem ajuda atualmente (no momento da doença, quem cuida, apóia, ajuda financeiramente, onde se instala em Cuiabá quando não está internado...)
- Por que foi para o Hospital Universitário Julio Muller, veio encaminhado, passou por outros serviços de saúde
- Já esteve internado outras vezes
- Teve outros problemas de saúde durante sua vida produtiva (se sim qual, quando, trabalhava em quê, atribui causas à doença – quais,
- Teve acidente trabalhando (quando, como foi, registrou, teve atendimento médico...)
- Acha que pode ficar doente por causa do trabalho
- Qual o significado do trabalho, da saúde e da doença
- Fatos/experiências que marcaram a vida no trabalho, especialmente na região da BR163

## ANEXO III

Trajетórias dos Trabalhadores de acordo com: naturalidade, início da atividade na área de influência da BR 163, ocupação, doenças e localidades. Mato Grosso, 2007.

S, 47 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento					60 MT										
Início atividade BR-163									1978						
Ocupação									Roçador, Desmatador e Garimpeiro					Afastado do Trabalho	
Doenças											5 malárias	Dengue			Hanseníase e Pneumonia
Localidades									Alta Floresta, Juína, Brasnorte, Juara e Rosário Oeste					Jangada	

R, 20 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento											87 MS				
Início atividade BR-163												1995			
Ocupação												Agricultura familiar		Afastado do trabalho	
Doenças															Broquiolite?
Localidades												Terra Nova e Matupá		Matupá	

AC, 50 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento					57 SP										
Início atividade BR-163										1984					
Ocupação										Roçador, Desmatador, Garimpeiro e Madeireira		Roçador Garimpeiro	Roçador		Afastado do trabalho
Doenças													Malária e rói-rói		Febre Maculosa?
Localidades										Paranatinga e Sorriso		Juína	Nova Bandeirantes Nova Maringá		Nova Bandeirantes

LP, 62 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento		45 SC													
Início atividade BR-163										1978					
Ocupação									Motorista Caminhão Toras	Gerente Restaurante e Motorista de Onibus			Chacareiro		Afastado do trabalho
Doenças															Celulite MIE
Localidades									Claudia						Cuiabá

P, 39 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento							68 SP								
Início atividade BR-163										1978					
Ocupação									Agricultura familiar		Roçador	Serraria	Roçador Desmatador		Afastado do trabalho
Doenças												AT pé, Malaria, abriu peito	Intoxicação		Hipertensão portal, Varizes de esôfago, DPOC, Plaquetopenia
Localidades									Colorado (Nova Canaã)			Nova Bandeirantes Marcelandia		Colorado	

E, 41 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento						65 PR									
Início atividade BR-163										1982					
Ocupação									Garimpeiro	Serraria, Roçador			Roçador, Tratorista		Afastado do trabalho desde 2004
Doenças										Malária					AIDS
Localidades										Nortão	SC, BA, MS				Nova Bandeirantes

AS, 62 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento		45 PR													
Início atividade BR-163											1987				
Ocupação											Roçador, Desmatador, Caseiro de Fazendas				Afastado do trabalho desde 2006
Doenças														Acidente com cavalo	Câncer Pulmonar
Localidades														Juara	

AB, 52 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento				55 RS											
Início atividade BR-163										1985					
Ocupação										Roçador, Desmatador, Garimpeiro, Caseiro de Fazendas					
Doenças										Malárias, picada de lacraia		Leishmaniose (perna)			Leishmaniose (nariz) Câncer Epidermóide
Localidades										Aripuanã					

V, 49 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento					58 SP										
Início atividade BR-163													1997		
Ocupação													Serrador, Encarregado de Serraria		Afastado pelo INSS
Doenças														Câncer de Esôfago	Câncer de Esôfago e Tuberculose em tratamento
Localidades														Feliz Natal	

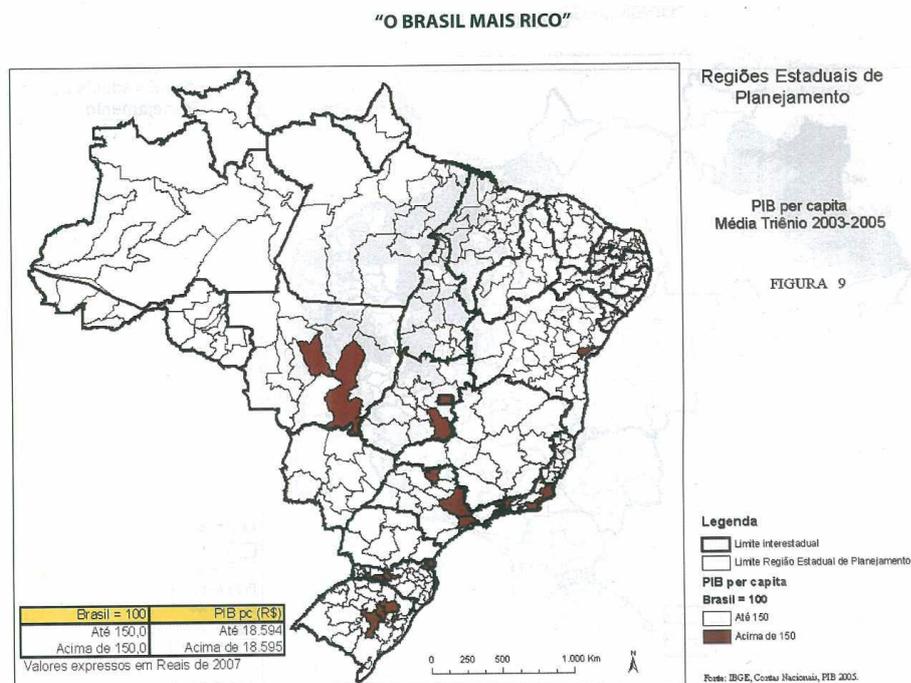
N, 54 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento				53 SP											
Início atividade BR-163									1979						
Ocupação									Agricultura familiar		Do lar				
Doenças									Dor de cabeça, secura na boca (veneno)						Hipertensão Arterial, Câncer Pulmonar
Localidades											Alta Floresta				

OC, 85 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento	22 MT														
Início atividade BR-163		1940													
Ocupação		Seringueiro, Garimpeiro, Motorista de lancha, desmatador					Mecânico, Chacareiro					Aposentado por idade Afastado do trabalho			
Doenças		Várias malárias e problemas de coluna					Surdez					suspeita câncer e cirrose			
Localidades		Nortão										Cuiabá			

LG, 60 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento			47 MT												
Início atividade BR-163						1965									
Ocupação						Seringueiro		Agricultura familiar					Aposentado rural		
Doenças															Diabetes e Pé Diabético
Localidades						Juruena		Barra do Bugres							

OS, 59 anos	Antes de 1940	40-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-00	01-06	2007
Nascimento			48 MT												
Início atividade BR-163							1966								
Ocupação						Seringueiro	Garimpeiro	Empreiteiro de serviços em fazendas (planta, roça, faz cerca, dedetiza)					Aposentado autonomo Afastado do trabalho		
Doenças						Malária									Acidente carro
Localidades						Nortão	Nortelândia	Nova Mutum					Nortelândia		

## ANEXO IV



**Tabela 1: Dez Regiões Estaduais de Planejamento do país de maior PIB per capita médio no triênio 2003-2005, PIB per capita dos municípios de maior PIB e dos municípios de maior PIB per capita nas respectivas regiões.**

Rank	UF	REGIÃO ESTADUAL	PIB pc 2003-2005 (R\$ de 2007)	MUNICÍPIO	PIB pc 2003-2005 (R\$ de 2007)	MUNICÍPIO	PIB pc 2003-2005 (R\$ de 2007)
01	RJ	Região Norte Fluminense	63.374	Campos dos Goytacazes	53.723	Quissamã	224.430
02	MT	Centro	33.146	Sorriso	29.229	Santa Rita do Trivelato	105.013
03	RJ	Região das Baixadas Litorâneas	31.454	Rio das Ostras	167.607	Rio das Ostras	167.607
04	DF	Brasília	28.576	Brasília	28.576	Brasília	28.576
05	RJ	Região do Médio Paraíba	27.106	Volta Redonda	31.483	Porto Real	205.644
06	SC	Jaraguá do Sul	26.576	Jaraguá do Sul	31.780	Jaraguá do Sul	31.780
07	RS	Serra	24.166	Caxias do Sul	24.184	Nova Bassano	45.131
08	SC	Joaçaba	23.994	Capinzal	29.466	Vargem Bonita	46.006
09	SC	Concórdia	23.958	Concórdia	24.041	Seara	38.991
10	RN	8.3 Subzona Salineira	23.345	Macau	22.339	Guamaré	54.902

Fonte: IBGE

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)