



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Lisboa Riquinho, Deise; Engel Gerhardt, Tatiana  
Doença e Incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural  
Saúde e Sociedade, vol. 19, núm. 2, junio, 2010, pp. 320-332  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263682014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re<sup>2</sup>alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Doença e Incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural<sup>1</sup>

Illness and Disability: rural workers' subjective dimensions and social identities

## Deise Lisboa Riquinho

Mestre em Enfermagem. Doutoranda pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço: Giordano Bruno, 271/04, CEP 90420-150, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: deiselis@terra.com.br

## Tatiana Engel Gerhardt

Doutora em Antropologia Social, Professora Adjunta de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva e pesquisadora do Laboratório de pesquisa sobre práticas da integralidade em saúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço: Rua São Manuel, 963, CEP 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: tatiana.gerhardt@ufrgs.br

<sup>1</sup> O trabalho foi parte de projetos financiados pelos Editais 026/2006 MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT; EDITAL MS/ CNPq/ FA- PERGS – PPSUS II – N 06/2006.

## Resumo

Este artigo aborda a interface entre os determinantes sociais de saúde, as condições de vida e as concepções de saúde e doença de moradores de uma localidade rural no sul do Brasil. O objetivo é conhecer e compreender as necessidades em saúde, por meio das concepções de doença, considerando as desigualdades sociais presentes na localidade rural do Rincão dos Maia, Canguçu-RS. Utilizou-se a triangulação de métodos. No desenho qualitativo entrevistaram-se 20 sujeitos. A amostra foi intencional, ilustrativa das diferentes situações de vida. Os resultados referem-se à doença como incapacidade ou restrição de locomoção, uso de remédios e trabalho ou, ainda, como resultante do comportamento cotidiano, de perdas e exposição a diversas temperaturas na lavoura, da alimentação e da presença de enfermidade, geralmente “doenças metáforas”. Apesar das desigualdades socioeconômicas, não se observaram diferenças nas concepções de saúde e doença, possivelmente devido ao contexto cultural comum e à matriz de trabalhador rural. Evidenciou-se a relevância de se conhecer os determinantes sociais em saúde, por meio das condições de vida materiais e dos aspectos subjetivos dos processos cotidianos, como forma de aproximação da construção de saberes e lógicas locais.

**Palavras-chave:** Saúde da População Rural; Saúde Pública; Desigualdade Social; Condições de Saúde.

## Abstract

This article addresses the interfaces between social determinants of health, life conditions and the health and illness conceptions of residents of a rural community in the south of Brazil. The objective is to investigate and learn about their health needs based on their conceptions of illness and considering social inequalities in the rural community Rincão dos Maia, in Canguçu, state of Rio Grande do Sul. Triangulation of methods was adopted. In the qualitative design, 20 subjects were interviewed. The sample was intentional and illustrative of different life contexts. Results show references to illness as disability or movement restriction, medicine use and work. It is also considered as resulting from daily behavior, losses, expositions to diverse temperatures in the farm field, eating habits, and presence of diseases, usually “metaphorical ones”. Despite socioeconomic inequalities, no differences were observed concerning the health and illness conceptions, possibly due to the shared cultural context and the rural worker matrix. The article revealed the relevance of learning about social determinants in health by means of material life conditions and also through the subjective aspects of daily processes, in order to understand the construction of local knowledge and logic.

**Keywords:** Rural Population's Health; Public Health; Social Inequality; Health Conditions.

## Introdução

Este artigo é parte da Dissertação de Riquinho (2009) e aborda a interface entre os determinantes sociais de saúde (DSS), as condições de vida e as concepções de saúde e doença de moradores de uma localidade rural no sul do Brasil.

Os DSSs são entendidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (CDSS, 2005). As características específicas do contexto social, como as condições de vida e trabalho, podem afetar a saúde dos sujeitos. Contudo, não há uma linearidade entre condições econômicas desfavoráveis e piores condições de saúde. Os atores sociais interagem na mediação entre as condições de vida e saúde. Nessa perspectiva, a saúde resulta da influência da rede social, do pertencimento familiar e comunitário, da economia e da cultura de uma sociedade, refletindo nas características do contexto social.

Assim, conhecer o significado de saúde e doença é um importante passo para a aproximação da construção social dessas categorias, as quais precisam de uma abordagem que contemple a diversidade de situações e a riqueza das vivências e o entendimento do que é saúde e doença, pois seus significados variam entre as pessoas, famílias, grupos culturais e classes sociais.

Helman (2003) utiliza-se de teorias leigas sobre enfermidade, que denotam concepções abrangentes para explicar o funcionamento do corpo, considerando que o conhecimento das mesmas auxiliará no diálogo entre usuários e profissionais de saúde e na compreensão das múltiplas formas de interpretar o sofrimento humano. As teorias leigas sobre enfermidade localizam a etiologia da doença como sendo influenciada pelo indivíduo, pelo mundo natural, social e sobrenatural. Na influência do indivíduo a responsabilidade recai sobre a pessoa doente, relacionando sua alimentação e seus hábitos. No mundo natural são incluídos aspectos do meio ambiente e condições climáticas. E no mundo social e sobrenatural, os infortúnios se justificam pelo mau-olhado, bruxaria e entidades ancestrais, como deuses e espíritos.

Ao conhecer essas diferentes dimensões, espera-se respeito à diversidade dos modelos explicativos que, para além das teorias científicas, explicam e interpretam o sofrimento humano da mesma forma que sinalizam as formas de alívio. Porém, não se espera que os profissionais de saúde abandonem seu conhecimento, que também foi construído socialmente. O que se espera é que a aproximação dos diferentes saberes contribua para uma melhor leitura das necessidades que as pessoas apresentam e que as mobilizam a procurarem um serviço de saúde.

Acredita-se que a efetividade dos atendimentos em saúde necessita desse diálogo e da aproximação entre ciência e senso comum. No senso comum, a doença como fenômeno social é percebida como uma profunda alteração da vida cotidiana, em que os sintomas patológicos são expressões entre o organismo e o meio (Meneses, 2005; Canguilhem, 2009). O organismo modificado ameaça a existência, por meio dos distúrbios e déficit funcionais, alterando as relações estabelecidas entre as pessoas e o meio em que vivem. O sentir-se doente modifica os papéis sociais, pois a doença como símbolo remete ao desajuste e ao desequilíbrio individual, prestando-se também a representações ambíguas (Santos, 2000). Portanto, para entender o significado da doença na vida dos sujeitos é preciso contextualizar esse processo vivido com as condições e situações de vida.

As condições de vida referem-se às condições materiais necessárias à subsistência, relacionada a habitação, saneamento, condição do meio ambiente e produção (Possas, 1989); enquanto as situações remetem ao imaterial, contemplando as estratégias que as pessoas utilizam para adaptar-se ou modificar as condições de vida (Gerhardt, 2007). Essa situação não é estática, o material é modelado pelo imaterial e vice-versa, num sistema circular, em que a reprodução física/biológica é representada pelo material, o qual se relaciona com o imaterial por meio das representações, dos valores e das relações.

É nesse contexto que está inserido o objetivo desta pesquisa: o de conhecer e compreender as necessidades em saúde, por meio das concepções de doença, considerando as desigualdades sociais presentes na localidade rural de Rincão dos Maia, Canguçu-RS.

## Percurso Metodológico

### Histórico e características locais: o município de Canguçu e a localidade de Rincão dos Maia

O município de Canguçu situa-se na “Metade Sul” do estado do Rio Grande do Sul, na Serra do Sudeste. A população total é de 51.427 habitantes, dos quais 17.685 (34,40%) residem na zona urbana e 33.742 (65,60%) residem nas áreas rurais, as quais dividem-se em cinco distritos e 120 localidades (IBGE, 2000).

Rincão dos Maia localiza-se no primeiro distrito do Município, distante aproximadamente 12 km da sede. Nessa localidade concentra-se o maior número de pequenos estabelecimentos familiares do Município (a área total está entre 7 e 10 hectares, em média), as famílias de agricultores dedicam-se ao cultivo da matéria-prima direcionada à indústria de doces e conservas ou às empresas de tabaco.

A condição de vida no Rincão dos Maia, no passado, era precária, com famílias numerosas, atividade agrícola incipiente e casas de pau a pique, chão batido (terra) e cobertas com capim-santa-fé (palha) ou telhas sem forro; a cada chuva eram novamente rebocadas de barro, a pobreza era generalizada. As pessoas eram reconhecidas facilmente pelos moradores da cidade ou de outras localidades, pelo tipo físico (subnutridos), pela forma de vestir, pelos gestos e pela fala; tidos como violentos e brigões, a localidade tinha o apelido de Rincão do pulguedo (Fialho, 2005).

No fim da década de 1970 e início da de 1980, houve a aplicação do Programa de Desenvolvimento de Comunidade pela Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul (SUDESUL), que após diagnóstico da Universidade Católica de Pelotas evidenciou as precárias condições de vida e restrições econômicas e sociais das famílias dessa localidade. As intervenções tinham como foco modificações no plantio e conservação do solo, por meio da diversificação, fertilização, diminuição das queimadas, aquisição de equipamentos agrícolas e melhoria do saneamento, construindo fossas sanitárias (Fialho, 2005). No entanto, as estratégias de desenvolvimento não atingiram todos os moradores, as condições de moradia e a atividade produtiva pouco mudaram no decorrer dos anos.

A localidade dispõe de uma escola municipal de ensino fundamental completo, de um posto de saúde, com atendimento duas vezes na semana por um técnico de enfermagem e quinzenal de médico e odontólogo. A demanda é espontânea e as atividades, mais destinadas aos usuários com diabetes e hipertensão. Mensalmente há encontro para distribuição de medicação e orientações pelo técnico de enfermagem. Em caso de problema de saúde agudo ou crises recorrentes as pessoas procuram atendimento na cidade, pois é comum nos dias previstos não haver atendimento.

Atualmente a população é estimada em 300 famílias, destas 241 fizeram parte do estudo, perfazendo um total de 814 pessoas, apresentando as seguintes características sociodemográficas: 51,2% são do sexo masculino, 48,0% pertencem ao grupo etário de 25-59 anos de idade, 42,6% possuem escolaridade de 1 a 4 anos de estudo, 45,0% são agricultores e 48,5% das famílias têm composição nuclear. Em relação à morbidade, 63,6% referiram pressão alta e 59,6% depressão. Quanto aos fatores socioeconômicos, 91,2% das habitações são de alvenaria e 56,0% sem piso e/ou forro; 65,0% dispõem de sanitário; 52,7% plantam para comercialização e subsistência e 71,8% utilizam como transporte ônibus ou moto.

As condições de vida das famílias estudadas foram descritas a partir de três diferentes níveis<sup>2</sup>: inferior - 34,8%, médio - 42,7%, superior - 22,4%. As variáveis definidoras foram: condições da habitação, presença de sanitário, tipo de produção e transporte mais utilizado.

Algumas características são marcadamente diferentes quando analisadas pelas condições de vida, em especial evidenciadas naturalmente nos extremos. Nas condições inferior e superior, em algumas características o médio aproxima-se mais do inferior e, em outras, do superior. Na condição de vida inferior a ocupação predominante é a de agricultor diarista, compreendendo aquele que planta para subsistência, mas o ganho monetário ocorre

trabalhando em outras propriedades. A justificativa possível desse quadro advém dos altos investimentos em insumos e das perdas crescentes na lavoura, o que leva a uma produção que se concentra na subsistência (Schneider e Fialho, 2000). Quanto à morbidade, os denominados “sofrimentos difusos” foram os mais referidos (Valla, 2005). As habitações sem piso e/ou forro representam 95,2%, e 81% não possuem sanitário. Considerando que se trata de uma região serrana, o inverno é frio e úmido, expondo assim seus moradores a essas alterações climáticas, que se agravam com as condições de moradia inadequadas. Quanto ao transporte, as motos em sua maioria estão com documentação irregular, impedindo que circulem na cidade. O ônibus é disponível aos moradores três vezes na semana durante o dia; quando precisam ir até a cidade em dias e horários diferentes, vão a pé ou pagam a algum vizinho por esse serviço. Essa realidade é comum na condição de vida inferior e média.

*[...] e daí a minha irmã tinha consulta 1 h lá no tal de CAPS aquele, e é longe, não tinha ônibus para a gente ir, nós saímos às 6 h de a pé, para não pegar sol e para arrumar algum papel, nós saímos daqui às 6 h da manhã eu e ela (F160, SV médio).*

Na condição de vida superior há mais pessoas com escolaridade entre 9 e 11 anos de estudo, possivelmente devido à necessidade de sair da localidade para estudar e à dificuldade de pagamento de transporte. A ocupação é agricultor e o tipo de produção para comercialização e subsistência. A morbidade referida são os problemas cardiovasculares, igualmente para a condição de vida média, indicando possivelmente a maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico (Viacava, 2002). Neste nível não há moradia sem piso e/ou forro, sendo que 90,7% delas apresentam boas condições e em 98,1% há sanitário. O transporte mais utilizado é o automóvel e/ou caminhão.

2 As variáveis relativas às condições de vida, utilizadas para compor a representação do nível de vida das famílias, referem-se ao domicílio e peridomicílio. Cada uma recebeu uma pontuação, que correspondeu a pesos diferentes: aquelas que reportavam as piores condições receberam o e, de forma crescente, as que representavam melhores condições obtiveram números mais altos. A pontuação máxima foi 28. Nos pontos de corte para a definição dos três níveis (inferior, médio e superior) foram utilizados os tercís, a fim de compor níveis que representassem as condições de vida das famílias da localidade estudada. Dessa forma, a pontuação menor que 14 foi considerada pertencente ao nível de vida inferior, com 84 famílias; nível médio, de 14 a 22 pontos, com 103 famílias; e superior, maior que 22 pontos, com 54 famílias.

Diante das desigualdades presentes nas condições de vida e saúde a mobilização de recursos sociais configura-se como uma estratégia fundamental na resolução dos problemas cotidianos, contribuindo para a manutenção das necessidades básicas, como saúde, alimentação, higiene, habitação e fortalecendo os grupos sociais aos quais pertencem e com os quais possuem uma identidade.

As famílias extensas são exemplo de apoio intrageracional, assim como a ocupação de agricultor e comerciante, ter nascido na localidade ou morar a mais de cinco anos. Tais características podem favorecer a entre-ajuda, fortalecendo as redes de apoio social e amenizando os efeitos da exclusão econômica (Gerhardt, 2000).

Em relação à mobilização de recursos sociais as famílias ficaram distribuídas em três níveis: I (fraco) 39,4%, II (médio) 25,3% e III (forte) 35,3%. As famílias extensas estão mais presentes nas condições de vida de nível superior e as nucleares nas condições de vida de nível médio, enquanto as monoparentais nas condições inferiores. No caso das famílias monoparentais, a ausência de um dos cônjuges e a idade avançada dificultam a autonomia na atividade de agricultor, sendo então preterida pela de agricultor diarista, do lar ou mesmo diarista. Hipoteticamente as famílias que têm piores condições de vida mobilizam menos recursos sociais

No entanto, as relações sociais não são estáticas e a conformação de rede pode ocorrer de forma distinta conforme as necessidades sentidas em cada momento da vida. O conceito adotado de situação de vida visa dar conta dessa realidade dinâmica, em que as condições de vida traduzidas nos recursos materiais e a mobilização de recursos sociais acontecem na interação das condições materiais e imateriais, do real e do simbólico, no qual as percepções externalizadas exprimem essa relação.

A partir dos diferentes níveis de mobilização de recursos sociais e condições de vida elaborou-se a tipologia “situação de vida” (SV). O **tipo 1, SV inferior**, representa 40,7% das famílias entrevistadas, situação de vida prejudicada, tendo em vista as condições de vida piores e menor mobilização de recursos sociais. No **tipo 2, SV médio**, 25,7% das famílias estudadas, as condições de vida são remediadas

por certa possibilidade de mobilização de recursos sociais. Quanto ao **tipo 3, SV superior**, 33,6% das famílias apresentam melhores condições de vida e possibilidade de mobilização de recursos sociais.

## As Etapas da Pesquisa: coleta e análise dos dados

Na tentativa de aproximar-se da dinâmica de vida das pessoas da localidade, desenvolveu-se o estudo por meio de uma abordagem de triangulação de métodos (Minayo, 2005).

No desenho qualitativo que é explorado nesse artigo, entrevistaram-se 20 indivíduos, correspondendo a 20 famílias, sendo que a escolha dos entrevistados ocorreu conforme a disponibilidade de participar. Em todas as entrevistas mais de um membro da família estava presente. O critério de saturação dos dados foi utilizado para a limitação do número de entrevistados (Ghiglione e Matalon, 1997). A seleção da amostra realizou-se de forma intencional, visando a obter um número de famílias ilustrativas das diferentes “situações de vida”.

Nessa etapa da pesquisa, exploraram-se as concepções de saúde e doença, por meio de um guia de entrevistas semiestruturadas. Considera-se que as concepções vinculam-se à subjetividade, referindo-se a construções sociais para explicar fenômenos e processos (Minayo, 2007). Em todas as etapas utilizaram-se anotações em diário de campo. A coleta de dados ocorreu durante três meses: fevereiro, março e junho de 2008. A análise ocorreu por categorização temática (Minayo, 2007).

Em relação às considerações éticas, todos os participantes receberam o consentimento livre e esclarecido e o projeto de pesquisa submetido e aprovado no Comitê de Ética da Universidade do Rio Grande do Sul, em reunião de nº. 2, ata nº. 82, de 1/3/2007.

A apresentação e a análise dos depoimentos sobre a doença são identificadas por família (F), e o número se refere à ordem das famílias entrevistadas na fase quantitativa, seguida da SV. Parte-se do pressuposto de que dar voz a essas pessoas permite a aproximação de suas necessidades de saúde, por meio da compreensão das percepções dos processos vividos.



## Resultados e Discussão

As concepções de doença das famílias do Rincão dos Maia foram divididas em três subcategorias: incapacidade, comportamento cotidiano e presença de doença. Os entrevistados se referem à doença como incapacidade ou restrição de locomoção, uso de remédios e trabalho. Para outros, resulta do comportamento cotidiano, de perdas e da exposição a diversas temperaturas na lavoura, da alimentação ou ainda pela presença de enfermidade, geralmente “doenças metáforas”. Evidenciam-se resultados que corroboram a afirmação de Helman (2003) em que a doença é geralmente atribuída ao estilo de vida e hábitos de consumo, como se a mesma fosse resultante da negligência da pessoa enferma. Assim, a vítima sente-se culpada e responsável por seu estado. Nesse sentido, é pertinente a distinção entre *disease* (doença) e *illness* (enfermidade) de Kleinman (1980), em que doença se refere à patologia e seus parâmetros biomédicos de “normalidade” ou não, na função de um órgão, enquanto enfermidade designa a percepção e a experiência do indivíduo em determinada patologia ou outros estados que lhe tragam sofrimento físico ou psíquico.

### Incapacidade: *doença, deus me defenda, mas é um atraso da vida*

A incapacidade é, em grande parte, uma construção social, pois nem todas as pessoas com comprometimento físico são incapazes; mais do que um acontecimento, é o significado que a sociedade impõe a tal estado, bem como o grau de dependência (Helman, 2003):

*Pra mim doença é aquele que não pode caminhar, aquele que tá caminhando acho que ainda tem força, com tudo que tá tomando remédio, tem força (F 03, SV médio).*

*[...] já sendo a doença a gente não tem condições de fazer nada, né, quer fazer, mas não consegue [...] (F 68, SV inferior).*

*Com a doença, já não posso trabalhar, tem tudo, tem as terras, tem as laranjeiras, tem tudo para cuidar, eu cuidava de primeiro, mas agora tem que chamar um peão para botar ureia, pra botar*

*herbicida até pra limpar à volta da casa (F 72, SV médio).*

A independência é demonstrada, pela ação de caminhar, como sendo o contrário da doença, pois não caminhar é doença. Há predomínio de força e autonomia; a pessoa que caminha decide onde deseja ir e pode realizá-lo, mesmo que use medicação, que nesse contexto poderá funcionar como uma “bengala”, um auxílio a essa independência. A ideia completa-se no segundo depoimento em que a doença impossibilita o fazer; mesmo que queira, a pessoa não tem condições.

Reconhecer a prioridade da prática, na esfera do agir e fazer, orienta a relação cotidiana dos sujeitos com seu meio. O domínio da prática, em grande parte, resgata o corpo à medida que fundamenta sua inserção no mundo, sendo a possibilidade para que as coisas se convertam em meios e objetos (Alves e Rabelo, 1998). Contudo, a possibilidade de converter o fazer em meios e objetos é ameaçada pela doença e/ou pela idade. A relação com o trabalho é muito forte, e a inviabilidade deste é motivo de grande tristeza e uma ameaça até à própria sobrevivência, especialmente nesse contexto marcado pela pobreza, em que o corpo e a capacidade física são as principais fontes de subsistência e reprodução social.

Ao considerar o meio e as práticas de ação do cotidiano de trabalhadores rurais, compreende-se a importância e subjetivação que o fazer, por meio da realização do trabalho, possibilita a cada um. Nesse sentido, a doença é expressa como um atraso, ainda que seja concedido um benefício nessas situações, seu ganho não é prazeroso, pois não provém do trabalho direto, como observado nos dois depoimentos a seguir:

*A doença, Deus me defenda, mas é um atraso da vida das criaturas (F 22, SV inferior).*

*[...] e elas estão encostada, mas aquele dinheirinho não teve de dizer eu trabalhei, eu ganhei, tão faturando aquele dinheirinho, mas não é do próprio serviço, assim como ta ganhando aquele dinheirinho, não tem prazer em ter aquele dinheirinho (F 127, SV inferior).*

Na ótica da população trabalhadora, a incapacidade para trabalhar é uma das principais noções subentendidas no tema da doença (Minayo, 2007).

A miséria, a fome e o desespero, que podem advir do fato de o trabalhador estar doente, especialmente no caso daqueles que não recebem benefícios sociais instituídos, mostram-lhes, no cotidiano, seu corpo como fonte de subsistência e única estratégia de reprodução física e social (Minayo, 2007).

No caso da população rural, a aposentadoria e o benefício em situação de doença passam a constituir-se como um direito pleno, universalizado para toda a população, em que homens e mulheres tiveram igualdade de acesso, a partir da Constituição de 1988 (IPEA, 2008). Portanto, há apenas 20 anos esse direito é plenamente assegurado, permanecendo no imaginário a doença como atraso, em que apenas Deus é quem pode remediar tal situação.

Mesmo na presença do benefício em situação de doença, não se encontra prazer, pois sua origem não advém diretamente do trabalho, como refere o segundo depoimento da entrevistada, citando um exemplo familiar. Dessa forma, percebe-se que o benefício não é desprezado, mas sim a situação que o desencadeia, a doença e, conseqüentemente, a incapacidade de gerir seu trabalho; novamente o valor do trabalho é reafirmado como identidade das pessoas que vivem no meio rural.

A ideia apresentada, do uso da medicação como um auxílio na autonomia, retorna com um sentido de preocupação, pois seu uso restringe alguns hábitos, como beber cachaça no armazém, impedindo a frequência ou permanência nesses lugares, como observado a seguir:

*Doença pra mim vem do problema de preocupação que a pessoa tem que ficar tomando os remédios, se preocupa muito, eu em venda mesmo, se vou em venda que tem muita gente tomando uns traguinhos eu já não posso ficar no meio, já saio fora e já venho embora (F12, SV superior).*

Segundo Canesqui (2007), o uso prolongado ou contínuo de medicação de certo modo interfere em várias dimensões na vida da pessoa doente e no seu entorno. Ainda segundo a mesma autora, é preciso atenção por parte dos profissionais de saúde aos aspectos da vida cotidiana, à ruptura de rotina, ao modo de gerenciar a doença e a própria vida do adoecido, em que o conjunto de fatores interfere em sua vida e poderá mediar sua decisão em manter ou interromper o tratamento.

A ambiguidade ou mesmo a indecisão nos processos de interpretação e convivência com a doença são pouco desenvolvidas na reflexão do conhecimento das representações e práticas em saúde e doença (Alves e Rabelo, 1998). Talvez por esse motivo o encontro dialógico entre profissionais e usuários é muito raro, sendo que tal desencontro pode ser evidenciado em campanhas maciças, na mídia em geral, sobre cuidados com a saúde e mudança de estilo de vida e a crescente prevalência das doenças crônicas.

Observa-se no depoimento do entrevistado um incômodo pelo fato de não poder frequentar bares em que as pessoas “bebem uns traguinhos”; sua sociabilidade encontra-se prejudicada pelo uso de medicamentos. No depoimento seguinte percebe-se a ênfase nas relações sociais desempenhada pela inserção familiar, especialmente na criação dos filhos:

*Dá derrame numa pessoa e fica sem se mover pra nada, não sei se foi porque minha mãe morreu disso, ela tinha 44 anos, tinha dez filhos, eu não pensava nisso quando era mais nova, mas agora a gente pensa, é capaz de herdar aquela doença, a gente pega a pensar nos filhos (F156, SV superior).*

O receio de “herdar” a mesma doença da mãe gera na entrevistada o medo da incapacidade de criar seus filhos. Dessa forma, a doença não é apenas um processo individual, mas também coletivo, na medida em que afeta todos que convivem com a pessoa enferma (Canesqui, 2007).

Assim, o conhecimento utilizado para explicar ou resolver os problemas do cotidiano, inclusive os de saúde e doença, é heterogêneo, baseado no corpo social e biológico, constituído ao longo do curso de vida, sendo poroso a retificações e corroboração do porvir (Alves e Rabelo, 1998).

É nessa porosidade da experiência que os profissionais de saúde podem se inserir e colaborar para a manutenção, ajustes ou modificações de fatores que minam a felicidade e a qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, considera-se que essa inter-relação é possível mediante o conhecimento das lógicas formuladas a partir da concepção de doença, as quais são construídas nas experiências e práticas cotidianas.



## Comportamento Cotidiano: *a doença vem da própria saúde, tu vais te estressando, tu vais te esmagando, tu vais fazendo as plantações e não dá certo*

Nessa subcategoria, as concepções de doença emergem nas falas ressaltando as condições de trabalho e de vida, ligadas à exposição excessiva a alterações climáticas. Ao estudar as representações do processo saúde e doença em uma comunidade rural do Pantanal no Mato Grosso, Pignatti e Castro (2008) verificaram que essas mantêm relação direta e interdependente com as questões sociais e ambientais, aplicadas na prática da lavoura e no trabalho braçal.

A concepção de doença relacionada ao trabalho parece um tanto ambígua, considerando que essa mesma atividade também aparece como afirmação da saúde. No entanto, a ambiguidade constitui-se como forma de existência, sendo reconhecida e exteriorizada por meio da percepção e da cultura. A cultura não possui um único sentido, mas múltiplos, constituindo-se de dimensões simultâneas (Chauí, 1986).

Os depoimentos a seguir subsidiam uma reflexão do quanto são contraditórios e tênues os limites entre saúde e doença, felicidade e infelicidade ou sucesso e fracasso:

*Acho que um pouco da doença vem do trabalho, antes eu trabalhava na fábrica, tinha a guria pequena, com seis mês, ele cuidava dela pra mim (marido) eu chegava em casa e tinha que fazer comida, dormia poucas horas e saía pra estrada pra não perder o ônibus e ir pra fábrica (F127, SV inferior).*

*A doença vem da própria saúde, tu vai te estressando, tu vai te esmagando, tu vai fazendo as plantações e não dá certo, como tem ali um parente meu mesmo que mora perto do quilombo, agora ele se estressou, a vida de um tudo, se endividou, né, e agora não sabe o que vai fazer da vida, então a saúde procura né, tu dando bem tu tá indo (F120, SV inferior).*

Essas experiências conservam, na subjetividade de cada um, as práticas do dia a dia, remontando histó-

rias do cotidiano, em que a referência a elas advém de um saber impregnado de simbolismo relativo à vida cotidiana, intermediada pelas particularidades individuais e coletivas (Certeau, 2005).

Observa-se que, para essas pessoas, o acontimento de uma doença extrapola seus limites biomédicos, apontando para as condições de vida, em especial o trabalho, seja por meio da conhecida jornada dupla desenvolvida pelas mulheres ou ainda pelas perdas na agricultura e o posterior endividamento do trabalhador rural.

Assim, nesse cenário a vida transcorre e as pessoas, constituídas de suas concepções e representações interagindo com a materialidade, explicam fenômenos aos quais observam e relacionam:

Aquilo (a doença) já vem desde nascença. Pela família, assim por longe, é a mesma coisa que tu plantar uma lavoura de milho, se tu pega uma semente boa ela dá bem, tu pega uma semente ruim ela é afetada, tu planta ela não dá nada bem, ela já tem aquele dom junto. Eu mesmo né, to tomando faixa preta (remédio) não tomo sempre, mas por épocas assim, quando me dá aquelas coisa ruim nos nervos, eu já fui judiado desde criança, a minha mãe morreu de um raio que caiu, e dali eu fiquei com problema, assim, de nervos, eu fiquei estragado, né (F120, SV inferior).

Emerge nessa fala a explicação da origem da doença, a partir da observação da lavoura; a doença é como plantar e cultivar uma semente “afetada”; seu fruto não será bom, portanto cada pessoa poderá, por sua constituição familiar, trazer ou não a semente da doença. No entanto, experiências no decorrer da vida interferirão no germinar dessa semente, que, mesmo sem ter problema algum, poderá adquiri-lo dependendo dos cuidados recebidos ou negligenciados.

Desse modo, desvelar os sentidos da doença traz à luz a compreensão dos modos como as pessoas a vivenciam e desenvolvem estratégias para lidar com ela, permitindo uma aproximação da maneira como os indivíduos sentem esse sofrimento, ocorrido como algo inesperado e alheio a sua vontade (Alves e Rabelo, 1998; Nguyen e Peschard, 2003).

As concepções das causas e do sentimento de estar doente são elaboradas a partir do contexto de vida e da experiência adquirida, em que as explica-

ções desses processos reafirmam-se nas sensações corporais; a seguir, os depoimentos expressam essa relação do corpo com agentes ambientais:

*Eu passei muito trabalho, passei muita necessidade na minha vida também, muito rigor, frio, eu penso que isso aí foi me prejudicando, trouxe doença. Muitos molhos, às vezes de pé no chão no inverno penso que seja isso aí que cause as doenças, a gente pegou muito frio (F 68, SV inferior).*

*A doença vem do rigor, vem da lavoura, é quando se está no sol quente trabalhando, vem com o corpo suado e toma um copo de água gelada, faz mal, ataca o pulmão, é muito perigoso dar pontada com o vento frio, as doenças vêm do rigor e da lavoura (F57, SV inferior).*

*[...] é que tem muita coisa que a gente passa, rigor fora de hora, tá no sol, dali a pouco o sol se esconde, o corpo suando, vem a chuva, aí várias coisas vai acumulando [...]* (F 62, SV superior).

O primeiro depoimento enfoca a questão da privação, expressa pelas palavras “passei muito trabalho” e “muita necessidade”, que se soma ao rigor, entendido como a exposição do corpo a alterações climáticas e de temperatura, por meio dos pés descalços, no inverno. Os depoimentos que seguem enfocam essa mesma exposição que ocorre com o trabalhador rural, sujeito à alteração de temperatura que é descrita como aquela em que o corpo está quente e suado e se bebe água gelada ou se expõe ao vento frio, resultando em doença. A explicação completa-se com a descrição: trabalha ao sol, o corpo quente e suado, o sol se esconde e vem a chuva, tudo vai acumulando. Então, as privações materiais somadas à exposição do corpo ao rigor constituem igual causa de doenças.

Corroboram esses depoimentos estudos no Reino Unido e no Marrocos em que aspectos do meio ambiente natural são considerados causadores de doença, incluindo condições climáticas como excesso de frio, calor, vento, chuva e umidade (Helman, 2003). Expor-se à corrente de ar frio nas costas provoca, por exemplo, problemas de rins (Helman, 2003; Boltanski, 1989).

As concepções de saúde e doença sofrem influência do contexto de vida, por meio de observação dos

elementos cotidianos e alterações corporais. Assim como também está permeável ao saber biomédico, ainda que transformando-o ou adaptando-o a sua realidade.

Dessa forma, as explicações para o adoecimento de doenças e enfermidades vinculam-se aos elementos da cultura local, que nem sempre é tão local, pois pode ser observada em diversas localidades, tendo em comum as explicações que justifiquem o adoecimento. Como pode ser observado nos diversos depoimentos apresentados, as concepções não se limitam às condições de vida, mas a fatores que são, ao mesmo tempo, unos e múltiplos; unos porque são vividos individualmente e múltiplos porque identificam um coletivo, como os moradores de uma comunidade rural.

### ***Presença de Doença: deixa a gente completamente desorientado, parece que o mundo nem é o mesmo***

Os entrevistados referem-se a doenças físicas e à ideia de sofrimento, nessa subcategoria:

*Eu nunca tive doente, agora que eu me sinto doente eu sei o que é doença, é uma coisa braba, ah é, como essa depressão mesmo, deixa a gente completamente desorientado, parece até que tira a gente dos sentidos, parece que o mundo nem é o mesmo de tão brabo que é. Passei uma crise aí que volta e meia ainda me provoca, né, mas o que eu vou fazer? (F13, SV superior).*

Ao vivenciar uma situação de adoecimento, o entrevistado refere o quanto uma alteração orgânica pode provocar mudanças no modo de ver o mundo, parecendo que nem é o mesmo; refere também sua impotência diante das crises que insistem em reincidir.

As experiências de adoecimento baseadas no sofrimento físico demonstram os limites externos e internos do corpo. Elas fornecem elementos numa dimensão imaterial, influenciando a identidade social do doente que media significados de força e/ou fraqueza, medo e/ou coragem, despertando emoções tanto positivas quanto negativas na pessoa doente, assim como em seus interlocutores (Rodrigues e Caroso, 1998).

Dessa forma, a doença tece influência na vida e no imaginário das pessoas. O fato de não ter uma doença diagnosticada não impede o medo de passar por essa experiência, como observado no próximo relato:

*A doença é quando a pessoa tá doente, quando tá com uma doença, né, eu principalmente penso sempre que to com uma doença, esse é o meu problema, a doutora disse pra mim que eu to bem de saúde, mas eu sempre acho que to com uma doença ruim, esse eu sempre penso, às vezes tem pessoas que tão doente e nem tão sabendo, às vezes, né (Fo6, SV superior).*

A doença é definida pela presença. No entanto, não senti-la não quer dizer que não se esteja doente, na opinião da entrevistada, pois existem doenças silenciosas, e a pessoa nem sabe se está doente.

Nesse sentido, o personagem social do políquexoso apresentado por Chamme (2002) utiliza-se do discurso de um corpo adoecido para comunicar sua condição e falta de perspectiva no futuro, combinando, assim, sua hipocondria individual com a institucional, cuja doença historicamente desempenha um papel social, de tal forma valorizada que em muitas situações o sujeito só acessa os serviços de saúde com uma doença instalada. Apesar disso, é necessário que sua necessidade de saúde “se encaixe” no serviço que é ofertado, fazendo dessa um rito de procura, sintomas e queixas.

Para Minayo (2007), fenômenos como doença, saúde e morte não se reduzem a uma evidência apenas orgânica, natural e objetiva, mas englobam vivências individuais e coletivas, as quais se relacionam intimamente com as características de cada sociedade; portanto, a doença, além de sua apresentação biológica, é também uma realidade construída e o doente é um personagem social.

Essa construção aparece em diferentes discursos sobre concepção de doença em que as atribuições das causas endógenas e exógenas se constituem e são constituídas no indivíduo, sendo ele sofredor ou quem detém a condição saudável (Minayo, 2007). As falas a seguir discutidas enfocam tais condições e situações:

*A pessoa tem uma doença grave, assim um problema de pressão, um câncer, uma coisa assim, aí é uma doença (F 68, SV inferior).*

*Eu acho que o estresse é um começo de doença, problema de pulmão e de cabeça, uma coisa que não tem cura, isso é uma doença, é brabo (F30, SV médio).*

*Aí é brabo, porque tem um monte de doença, doença que mata, aqui fora se não se cuidar tem cobra... eu mesma tenho pedra no rim, meu sogro também, mas eu não considero doença. Meu marido tem convulsão, eu considero doença aquilo que não tem cura AIDS, câncer, isso eu considero doença, do contrário eu considero como problema, nos rins, convulsão (F 25, SV médio).*

Como se pode observar, os entrevistados se preocupam com algumas doenças específicas, como câncer, problema de pulmão e AIDS. Segundo Helman (2003) e Minayo (2007), tais doenças, além de graves, tornaram-se populares, devido ao potencial imaginativo das pessoas em frequentemente relacioná-las à natureza moral da enfermidade e por suas características de difícil tratamento, prevenção e controle. Dessa forma, mais do que uma condição clínica, essas doenças se tornam metáforas de muitos medos da vida cotidiana.

Evidencia-se doença, nos depoimentos, como aquilo que não é curável, e a “pressão alta” é referida como uma doença grave, possivelmente por seu caráter crônico. A categoria “doença crônica” é uma construção do saber biomédico, de que as pessoas se apropriam com seus saberes e interpretações de sofrimento, dando um sentido mais amplo e complexo à enfermidade (Canesqui, 2007).

No terceiro depoimento, a entrevistada discerne a doença que mata ou aquela que não tem cura, como as já mencionadas doenças metáforas, das que considera problema de saúde, em que o tratamento torna possível continuar vivendo, e cita afecção renal e convulsão. No entanto, a vida no meio rural expõe a outros riscos, como a picada de cobra. Então, além das doenças que podem acometer, existe o imprevisto representado por um animal peçonhento.

As explicações das causas das doenças auxiliam na interpretação das condições e situações de vida, que imbricam experiências físicas e subjetivas, envolvendo uma complexa rede que orienta os indivíduos em suas buscas e significados (Rodrigues e Caroso, 1998).

Assim, as explicações para as experiências pessoais, dentre elas a saúde e a doença, combinam a relação entre o individual e o coletivo, o material e o imaterial, que precisam ser levados em conta para promover essas “saúdes”, tanto no nível de elaboração de políticas, como na execução dos serviços<sup>3</sup> (Coelho e Almeida Filho, 2002).

Dessa forma, o que diferencia os sujeitos em relação a suas concepções e, consequentemente, a suas escolhas, emerge de seu contexto de vida, considerando a interação dos recursos materiais e dos imateriais. Os primeiros, por meio de bens e facilidades econômicas, os últimos, pela construção do que se denomina de determinantes subjetivos, configurando as experiências vividas e a capacidade de mobilizar recursos sociais, como a entreaajuda, por exemplo, nas situações de doença.

Apesar das três diferentes “situações de vida” representadas pelas condições de vida e mobilização de recursos sociais, não se encontrou incongruência entre as concepções, indicando que essas não são determinadas isoladamente nas condições socioeconômica, mas na interação dessas características com a matriz histórica e cultural local.

## Considerações Finais

Compreender o meio rural, o papel dos atores sociais que vivem e convivem nesse meio e as concepções de saúde e doença é fundamental para o exercício profissional e para a efetivação das políticas públicas de saúde, pois as concepções podem contribuir para explicar comportamentos individuais e coletivos, uma vez que as ações são baseadas no entendimento de determinadas situações sócio-históricas.

O trabalho infere um importante *status* à população estudada, referido de forma ambígua, em que favorece tanto a saúde como a doença, pois ao mesmo tempo em que media as interações sociais e materiais, também expõe os trabalhadores às intempéries do clima e lhes traz preocupações com o plantio e a colheita. O valor simbólico atribuído ao trabalho remete à ideia de ser útil à sociedade e de inserção na cadeia produtiva, mas essa atividade

pode prejudicar o trabalhador, contribuindo para seu adoecimento. Apesar das desigualdades presentes nas condições de vida e na possibilidade de mobilizar recursos sociais expressa nas “situações de vida” não se observaram diferenças nas concepções expressas de saúde e doença, possivelmente devido ao contexto cultural comum e à matriz trabalhador rural.

Para os sujeitos dessa pesquisa, saúde e doença formavam um construto social que incluía dimensões físicas e subjetivas, por meio de rupturas e formação de identidade, no qual as concepções biológicas incorporaram conceitos de doenças com seus parâmetros biomédicos e de enfermidade como um processo vivido no cotidiano individual e coletivo.

Observou-se a relevância de se conhecer os determinantes sociais em saúde, por meio das condições de vida e dos aspectos subjetivos dos processos cotidianos, intermediados pelas relações sociais e culturais locais, que se configuram em diferentes situações de vida.

Assim, reconhece-se a complexidade da vida, em que os aspectos materiais traduzidos nas condições de vida precisam ser pensados na formulação de políticas públicas e de saúde, mas sem perder de vista a interação com os desejos e sonhos construídos em um contexto social e cultural local, pois os mesmos constituem e são constituídos por essa interação entre o material e o imaterial. Acredita-se na importância do nível local na formulação e implementação de políticas voltadas à emancipação e valorização dos sujeitos, respeitando as barreiras históricas e culturais construídas ao longo do tempo.

## Referências

- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre as representações e práticas em saúde e doença. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Relume Dumará, 1998. p. 107-122.
- BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

3 GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. *Desigualdades sociais e de saúde: elementos para análise interdisciplinar*. Porto Alegre, 2008. Texto não publicado.

- CANESQUI, A. M. Estudos antropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Olhares socioantropológicos sobre os adoecimentos crônicos*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 19-51.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- CHAMMÉ, S. J. O corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 1-12, 2002.
- CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- CDSS - COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. *Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde*. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2\\_CSDH\\_Conceptual%20Framework%20-%20tradução%20APF.pdf](http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradução%20APF.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2007.
- COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde - Manquinhas*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2. p. 315-333, 2002.
- FIALHO, M. A. V. *Rincões de pobreza e desenvolvimento: interpretações sobre comportamento coletivo*. 2005. Tese (Doutorado em Sociologia Rural) - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- GERHARDT, T. E. *Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire: pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil*. 2000. Tese (Docteur en Ethnologie, option Anthropologie sociale et culturelle) - Université de Bordeaux 2, Bordeaux, 2000.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 279-300.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. *O inquérito: teoria e prática*. 3. ed. Oeiras: Celta, 1997.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *A população rural e a previdência social no Brasil: uma análise com ênfase nas mudanças constitucionais*. Rio de Janeiro, 2000.
- IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, DF, 2008.
- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California, 1980.
- MENESES, M. P. G. de. Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. In: SANTOS, B. de S. (Org.). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 424-467.
- MINAYO, M. C. de S. Conceitos de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-51.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- NGUYEN, V. L.; PESCHARD, K. Anthropology, inequality, and disease: a review. *Annual Review of Anthropology*, Palo Alto, v. 32, p. 447-474, 2003.



PIGNATTI, M. G.; CASTRO, S. P. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 83-94, 2008.

POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

RIQUINHO, D. L. *A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. Idéia de “sofrimento” e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbações: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 137-149.

SANTOS, B. de S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício de experiências*. Porto: Afrontamento, 2000. v. 1.

SCHNEIDER, S.; FIALHO, M. A. V. Pobreza rural, desequilíbrios regionais e desenvolvimento agrário no Rio Grande do Sul. *Teoria e Evidência Econômica*, Passo Fundo, v. 8, n. 15, p. 117-149, 2000.

VALLA, V. V. Globalização, a questão social e a nova pobreza. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. (Org.). *Para compreender a pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. p. 33-52.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

Recebido em: 30/06/2009

Reapresentado em: 04/01/2010

Aprovado em: 05/01/2010