

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

**Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do
Rio Grande do Sul**

Teila Ceolin

Pelotas, 2016

TEILA CEOLIN

**SISTEMA DE CUIDADO À SAÚDE ENTRE FAMÍLIAS
RURAIS AO SUL DO RIO GRANDE DO SUL**

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita Maria Heck

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Renata Menasche

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C398s Ceolin, Teila

Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul / Teila Ceolin ; Rita Maria Heck, orientadora ; Renata Menasche, coorientadora. — Pelotas, 2016.

237 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Família. 2. Rural. 3. Cultura. 4. Cuidado. 5. Sistema de cuidado à saúde. I. Heck, Rita Maria, orient. II. Menasche, Renata, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

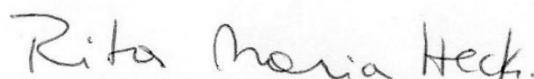
Teila Ceolin

Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

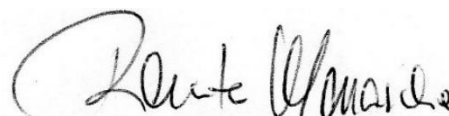
Data da Defesa: 17 / 03 / 2016.

Banca examinadora:



Profª Drª Rita Maria Heck
Orientadora

Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal de Santa Catarina



Profª Drª Renata Menasche
Coorientadora

Doutora em Antropologia Social pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



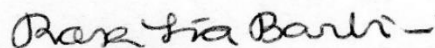
Profª Drª Claudia Turra Magni
Doutora em Antropologia Social e Etnologia
pela Ecole des Hautes Études en Sciences
Sociales, EHESS, França



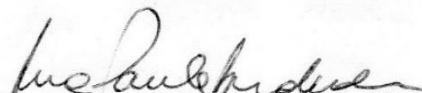
Profª Drª Eda Schwartz
Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal de Santa Catarina

**Profª Drª Maria Antonia Martorell-
Poveda**

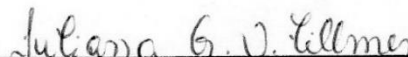
Doutora em Antropologia de la Medicina
pela Universitat Rovira i Virgili, Tarragona,
Espanha



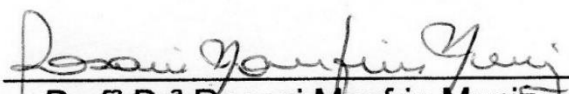
Drª Rosa Lia Barbieri
Doutora em Genética e Biologia Molecular
pela Universidade Federal do Rio Grande do
Sul



Drª Ana Paula Müller de Andrade
Doutora em Ciências Humanas pela
Universidade Federal de Santa Catarina



Profª Drª Juliana G. Vestena Zillmer
Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal de Santa Catarina



Profª Drª Rosani Manfrin Muniz
Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo

Agradecimentos

Em quatro anos muitas mudanças ocorrem em nossas vidas e gostaria de agradecer a todos (as), que de diferentes maneiras, participaram da minha caminhada.

Inicialmente agradeço as agricultoras e suas famílias pela amável acolhida em suas casas, compartilhando suas experiências, comidas deliciosas, conversas, trocas, proporcionando-me momentos de muito aprendizado e reflexão para além dessa tese, sem vocês esse trabalho não existiria.

Minha família que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e incentivando continuamente, apesar da distância geográfica, mas felizmente a tecnologia sempre nos manteve próximos. Meus pais, Lurdes e Davi, pelo amor, dedicação que me fizeram ser quem sou hoje. Meus maninhos queridos, Felipe, Aline, Nadia e Alexandre que compartilharam de muitos momentos bons, e outros nem tanto, no decorrer desta caminhada. Minha sobrinha Maria Clara (Maricota) que nestes quatro anos observou a tia falar da tal tese de doutorado, tentando compreender um pouco o que significava.

Minha orientadora Rita M. Heck, por me aproximar da pesquisa com o rural, pela liberdade na escolha do tema de investigação, e pelos momentos de discussão dos dados.

Renata Menasche, minha co-orientadora, por me acolher no meio dessa caminhada e apresentar-me as diferentes leituras antropológicas do rural e da alimentação, instigando-me continuamente.

Maria Antonia Martorell Poveda, minha tutora da UFRV, pelo carinho com que me acolheu desde o primeiro contato por e-mail, por disponibilizar-se a mostrar um pouco da sua cultura no período que estive realizando o doutorado sandoiche em Tarragona, e auxiliar na minha aproximação enfermagem-antropologia.

A Rosa Lia, que me acompanhou nesse caminho, desde o mestrado, compartilhando seus saberes, pela pessoa que é, compreensiva e amiga.

As amigas do *Petit* (Adriana, Beatriz, Camila, Deisi, Fernanda, Juliana, Maria Elena, Michele, Patrícia, Sidnéia, Simone e Stefanie), muitíssimo obrigada pelos momentos de trocas, desabafos, motivação, escutas e risadas nesse período, regados a cardápios deliciosos.

A minha amiga Carol, pela parceria, cumplicidade e amizade em todos os momentos, juntas atravessamos o oceano em busca de novas experiências e aprendizados.

Aos integrantes do grupo de pesquisa e extensão, em especial as minhas bolsistas de iniciação científica Shay e Camila.

As colegas do doutorado pelas discussões, compartilhando saberes e diferentes perspectivas.

As colegas da FEn, pelo apoio e liberação quando necessitei no decorrer dessa caminhada.

As professoras da banca, por aceitarem em contribuir e qualificar esta tese.

Ao Dr. José Luis Guedes dos Santos, professor da UFSC, que amavelmente disponibilizou-se em compartilhar seu conhecimento sobre o NVIVO, essencial para organização e análise dos dados.

A CAPES, pela bolsa que me proporcionou conhecimentos para qualificar a tese, ampliando meus horizontes nos âmbitos profissional e pessoal.

Resumo

CEOLIN, Teila. **Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul**. 2016. 237f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O estudo visou compreender o sistema de cuidado à saúde utilizado entre as famílias de uma comunidade rural. Para isso, buscou-se conhecer a organização da unidade familiar e sua relação com o trabalho e a terra no qual vivem, além de como produzem e ressignificam as práticas de cuidado, suas ações cotidianas, e a organização social do grupo. Constitui-se de uma pesquisa qualitativa, com orientação etnográfica. O território rural investigado situa-se no 1º distrito do município de Canguçu, Rio Grande do Sul, Brasil. Os interlocutores da pesquisa foram 14 famílias rurais, totalizando 25 entrevistados. A área rural do 1º distrito localiza-se a aproximadamente 33 km da cidade de Canguçu. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Faculdade de Enfermagem da UFPel, sob o parecer nº 649.818. Visando assegurar o anonimato dos interlocutores, estes foram identificados por nomes fictícios, escolhidos por eles, seguidos da idade. A pesquisa de campo ocorreu entre maio e setembro de 2014, por meio da observação participante, registro fotográfico, entrevista semiestruturada gravada, com construção de genograma e rede de relações, além dos registros nos diários de campo. A organização das informações, com a transcrição das entrevistas e a elaboração do diário de campo, aconteceu no decorrer do período de coleta de dados. Todas as entrevistas, assim como os diários de campo, foram categorizadas pela pesquisadora no software NVivo 10. Entre as 14 famílias estudadas, há produtores agroecológicos de hortifrutigranjeiros, de fumo e de leite. Também há beneficiários de aposentadorias que produzem alimentos destinados ao autoconsumo. Para esse grupo, a religião mostrou-se importante no cotidiano, fornecendo conforto espiritual para superação das doenças e dos problemas enfrentados. Nesse sentido, o grupo da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas é o espaço onde as mulheres encontram solidariedade e apoio. Apesar de, em alguns momentos, ocorrerem relações conflituosas com os vizinhos, esses são considerados importantes. Nesse contexto, a terra está relacionada com a identidade dessas famílias, e a rotina de trabalho familiar está atrelada às atividades desenvolvidas na propriedade, as quais são divididas entre seus membros, levando em consideração o trabalho *leve* e o *pesado/forte*. Os afazeres domésticos são a principal atividade que integra o cotidiano das mulheres, as quais também trabalham na lavoura, realizando praticamente todas as tarefas executadas pelos homens. O cultivo da terra pela unidade familiar resulta na produção de alimentos, os quais são utilizados para o autoconsumo e comercializados visando a renda familiar. Para as famílias rurais, o alimento está diretamente relacionado com a terra na qual é produzido, garantindo sua procedência, resultando em saúde, por meio de uma alimentação saudável. A saúde não é apenas ausência de dor, mas decorre de diferentes fatores e está diretamente relacionada às práticas cotidianas e ao cuidado à saúde realizadas. O cuidado à saúde entre as famílias rurais está associado, principalmente, à alimentação e ao cuidado familiar, que na maior parte é de responsabilidade da mulher/mãe. As diferentes práticas de cuidado à saúde e os diversos espaços e serviços de saúde utilizados integram o sistema de cuidado à saúde utilizado pelos indivíduos e seu grupo social. No ritual de processo de cuidado, são utilizadas as plantas medicinais, os medicamentos prescritos pelo médico, a religiosidade, entre outros, elementos que são considerados adequados para realização do cuidado naquele momento. As práticas de cuidado à saúde, para essas

famílias rurais, envolvem diferentes saberes, tanto os oriundos do sistema formal, ou seja, do modelo biomédico hegemônico, quanto do sistema informal de saúde. Essas práticas transitam o cuidado familiar, os serviços biomédicos, a religiosidade, não ocorrendo um fluxo único, mas utilizando-se dos diferentes espaços e serviços, de acordo com suas necessidades, exercendo a autoatenção em saúde. Nesse sentido, para realização de um cuidado integral à saúde dos indivíduos e das suas famílias, os profissionais necessitam conhecer o contexto cultural da comunidade acompanhada, entender e valorizar o conhecimento local, as práticas e as dinâmicas de cuidado que integram seu sistema de cuidado à saúde.

Palavras-chave: família; rural; cultura; cuidado; sistema de cuidado à saúde

Resumen

CEOLIN, Teila. **Sistema de cuidado de la salud entre las familias rurales en el sur de Rio Grande do Sul**. 2016. 237f. Tese (Doutorado em Enfermeria) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Este estudio tuvo como objetivo comprender el sistema de cuidado a la salud utilizado entre las familias de una comunidad rural. Para tanto, se buscó conocer la organización de la unidad familiar y su relación con el trabajo y la tierra en la cual viven, además de la manera como producen y resignifican las prácticas de cuidado, sus acciones cotidianas y la organización social del grupo. Se constituye en una investigación cualitativa, con orientación etnográfica. El territorio rural investigado está situado en el 1º distrito del municipio de Canguçu, Rio Grande do Sul, Brasil. Los interlocutores de la investigación fueron 14 familias rurales, totalizando 25 entrevistados. El área rural del 1º distrito se ubica a aproximadamente de 33 km de la ciudad de Canguçu. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UFPel, bajo el parecer nº 649.818. Con vistas a asegurar el anonimato de los interlocutores, su identificación se hizo por medio de nombres ficticios, de su propia elección, seguidos de su edad. La investigación de campo ocurrió entre mayo y septiembre de 2014, por medio de observación participante, registro fotográfico, entrevista semi-estructurada grabada, con construcción de genograma y red de relaciones, además de los registros en los diarios de campo. La organización de las informaciones, con la transcripción de las entrevistas y la elaboración del diario de campo, ocurrió en el decurso del periodo de recolecta de datos. Todas las entrevistas, así como los diarios de campo, fueron categorizados por la investigadora en el software Nvivo 10. Entre las 14 familias que se estudiaron, hay productores de alimentos hortofrutícolas agroecológicos, de fumo y de leche. Asimismo, hay beneficiarios de pensiones de jubilación que producen alimentos destinados al autoconsumo. Para ese grupo, la religión se mostró importante en el cotidiano, proporcionando confortación espiritual para la superación de las enfermedades y de los problemas enfrentados. En ese sentido, el grupo de la «Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas» es el espacio donde las mujeres encuentran solidaridad y apoyo. Aunque, en algunos momentos, sucedan relaciones conflictivas con los vecinos, se los consideran importantes. En ese contexto, la tierra está relacionada con la identidad de esas familias, y la rutina de trabajo familiar está ligada a las actividades desarrolladas en la propiedad, las cuales son divididas entre sus miembros, teniendo en cuenta el trabajo *leve* y el *pesado/fuerte*. Los quehaceres domésticos son la principal actividad que integra el cotidiano de las mujeres, las cuales también trabajan en la labranza, realizando prácticamente todas las tareas ejecutadas por los hombres. El cultivo de la tierra por la unidad familiar resulta en la producción de alimentos, los cuales son utilizados para el autoconsumo y comercializados con vistas a la renta familiar. Para las familias rurales, el alimento está directamente relacionado con la tierra en la cual es producido, lo que garante su procedencia y resulta en salud, mediante una alimentación saludable. La salud no es solo la ausencia de dolor, sino que proviene de distintos factores y está directamente relacionada con las prácticas cotidianas y con el cuidado a la salud que se realizan. El cuidado a la salud entre las familias rurales está asociado, especialmente, a la alimentación y al cuidado familiar, que, en la mayor parte del tiempo, está bajo la responsabilidad de la mujer/madre. Las distintas prácticas de cuidado a la salud y los diversos espacios y servicios de salud utilizados integran el sistema de cuidado a la salud utilizado por los individuos y su grupo social. En el ritual de proceso de cuidado, son utilizadas las

plantas medicinales, las medicinas prescritas por el médico, la religiosidad, entre otros, elementos que se consideran adecuados para la realización del cuidado en aquel momento. Las prácticas de cuidado a la salud, para esas familias rurales, envuelven distintos saberes, tanto los oriundos del sistema formal, o sea, del modelo biomédico hegemónico, como del sistema informal de salud. Esas prácticas permean el cuidado familiar, los servicios biomédicos, la religiosidad, no habiendo un flujo único, sino que el uso de los distintos espacios y servicios, acorde a las necesidades, y ejerciendo la autoatención en salud. En ese sentido, para la realización de un cuidado integral a la salud de los individuos y sus familias, los profesionales necesitan conocer el contexto cultural de la comunidad a la que se acompaña, entender y valorar el conocimiento local, las prácticas y las dinámicas de cuidado que integran su sistema de cuidado a la salud.

Palabras-clave: familia; rural; cultura; cuidado; sistema de cuidado a la salud

Abstract

CEOLIN, Teila. **Health care system among rural families in southern Rio Grande do Sul**. 2016. 237. Thesis (Doctorate in Nursing) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

The study aimed to understand the health care system used by the families of a rural community. For this, we sought to understand the organization of the family and its relationship to the work and the land in which they live, and how to produce and resignify care practices, their daily actions, and social organization of the group. It consists of a qualitative research with ethnographic orientation. The rural area investigated is located in the 1st district of the municipality of Canguçu, Rio Grande do Sul state, Brazil. The interlocutors of the research were 14 rural families, totaling 25 respondents. The rural area of the 1st district is located approximately 33 km from the city of Canguçu. The research project was approved by the Committee of Ethics and Research of the Nursing School of UFPel, under the trial No. 649,818. To ensure the anonymity of the respondents, they were identified by fictitious names, chosen by them, followed by their age. The fieldwork took place between May and September 2014, through participant observation, photographic records, semi-structured recorded interview, with elaboration of genogram and network of relationships, in addition to the records in the field diaries. The organization of information, with the transcription of the interviews and the preparation of the field diary, happened during the period of data collection. All interviews, as well as the field diaries, were categorized by the researcher in NVivo software 10. Among the 14 studied families, there are agroecological producers of vegetables and fruit, tobacco and milk. There are also beneficiaries of pensions that produce food for self-consumption. For this group, religion was an important factor in daily life, providing spiritual comfort to overcome the diseases and problems. In this sense, the group of Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas (for evangelic women) is the space where women find solidarity and support. Although, sometimes, occur conflictual relations with neighbors, these are considered important. In this context, the land is linked to the identity of these families, and the family routine of work is linked to the activities developed on the property, which are shared among its members, taking into account the work considered *light* and *heavy/strong*. The household chores are the main activity that integrates the daily life of women, which also work in the farming, performing virtually all the tasks performed by men. The cultivation of land by the family results in the production of food, which are used for self-consumption and are marketed to improve the family income. For rural families, food is directly related to the land in which it is produced, guaranteeing their origin, resulting in health through good eating. The health is not just the absence of pain, but the result of different factors and is directly related to daily practices and health care performed. The health care among rural families is associated mainly to food and family care, which is mostly under the wife/mother responsibility. The different health care practices and the various spaces and health services used are part of the health care system used by individuals and their social group. Medicinal plants, medicines prescribed by the doctor, religion, among others, are used in the ritual of care process as elements considered suitable for realization of care at that time. The health care practices, for these rural families, involve different knowledge, both those from the formal system (the hegemonic biomedical model), as the informal health system. These practices pervade the family care, biomedical services, religiosity, not occurring a single stream, but using the different spaces and

services according to their needs, exercising selfcare in health. In this sense, to conduct a comprehensive health care of individuals and their families, the professionals need to know the cultural context of accompanied community, understand and value local knowledge, practices and dynamics of care that compose their health care system.

Keywords: family; rural; culture; care; health care system

Lista de figuras

Figura 1	Modelo do sistema de cuidado à saúde, proposto por Kleinman (1978)	37
Figura 2	Representação dos aspectos que influenciam no sistema de cuidado	39
Figura 3	Limites geográficos de Canguçu. Pelotas-RS, 2014	44
Figura 4	Mapa ilustrativo dos cinco distritos do município de Canguçu-RS...	45
Figura 5	Mapa com a localização das famílias investigadas no 1º distrito e o contraste com a distância da área urbana de Canguçu	46
Figura 6	Imagens do trajeto na área rural do 1º distrito de Canguçu (RS).	51
Figura 7	Imagem parcial do banco de dados da tese ilustrando a organização das categorias (<i>nós</i>) no Software NVivo 10	55
Figura 8	Região central da localidade Remanso. Canguçu (RS)	63
Figura 9	Comunidade Advento da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB). Igreja, salão comunitário e cemitério. Canguçu (RS)	66
Figura 10	Mapa da localização das propriedades das famílias e da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Canguçu (RS)	73
Figura 11	Propriedades das famílias rurais de Canguçu (RS)	74
Figura 12	Animais criados nas propriedades das famílias rurais de Canguçu (RS)	75
Figura 13	Plantas frutíferas cultivadas nas propriedades das famílias rurais de Canguçu (RS)	77
Figura 14	Hortas nas propriedades das famílias rurais de Canguçu (RS)	78
Figura 15	Genograma das famílias de Siderlei, Olívia, Lídia, Lia e Letícia (Famílias 1, 2, 3 ,4 e 5), além do ilustrativo das relações de parentesco e da estrutura da <i>família-tronco</i>	80
Figura 16	Genograma da família de Amanda (Família 6)	83
Figura 17	Genograma das famílias de Dilma e Mariana (Famílias 7 e 8)	84
Figura 18	Genograma da família de Ilma (Família 9)	85
Figura 19	Genograma da família de Maria (Família 10)	86
Figura 20	Genograma das famílias de Eduarda, Viviane e Paula (Famílias 11, 12 e 13)	86
Figura 21	Genograma da família de Iasmim (Família 14)	88
Figura 22	Nuvem com as 30 palavras mais frequentes citadas nas entrevistas dos interlocutores das famílias rurais de Canguçu (RS), relacionadas ao tema trabalho, terra e família	101
Figura 23	Processo produtivo de tabaco nas propriedades das famílias de rurais de Canguçu (RS)	118

Figura 24	Imagens de estufas elétricas onde ocorre o processo de secagem e classificação das folhas de tabaco. Canguçu (RS)	121
Figura 25	Local de acondicionamento, nas propriedades, das embalagens vazias dos agrotóxicos utilizados. Canguçu (RS)	122
Figura 26	Nuvem com as 30 palavras mais frequentes citadas nas entrevistas dos interlocutores das famílias rurais de Canguçu (RS), relacionadas à alimentação	129
Figura 27	Imagem representativa da relação da alimentação com as demais categorias	139
Figura 28	Nuvem com as 30 palavras mais frequentes citadas nas entrevistas dos interlocutores das famílias rurais de Canguçu (RS), relacionadas ao tema cuidado à saúde	141
Figura 29	Plantas medicinais (bálsamo e babosa), preparados e publicações utilizados nas práticas de cuidado, nas famílias rurais dos interlocutores, de Canguçu (RS)	168
Figura 30	Genograma da família de Dilma (Família 7). Canguçu (RS)	180
Figura 31	Autoatenção ampla e restrita entre as famílias rurais e a inserção da enfermeira, a partir da perspectiva de Menéndez. Canguçu (RS)	182
Figura 32	Sistema de cuidado à saúde vivenciado pelas famílias rurais. Canguçu (RS)	189

Lista de quadros

Quadro 1	Identificação das famílias e entrevistados(as)	46
Quadro 2	Distribuição do número de habitantes de Canguçu de acordo com cada distrito	61
Quadro 3	Integrantes das famílias, entrevistados no decorrer da pesquisa. Canguçu (RS)	81
Quadro 4	Descrição da principal renda das famílias e a forma de cultivo para o autoconsumo familiar. Canguçu (RS)	112
Quadro 5	Plantas medicinais referidas pelos interlocutores de Canguçu (RS)	165

Lista de Abreviaturas e Siglas

AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes comunitários de saúde
AGMs	Alimentos Geneticamente Modificados
ARPASUL	Associação Regional de Produtores Agroecologistas da Região Sul
BA	Bahia
CAPA	Centro de Apoio ao pequeno Agricultor
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CERON	Centro de Radioterapia e Oncologia Santa Casa de Misericórdia de Pelotas
COSULATI	Cooperativa Sul-Rio-Grandense de Laticínios Ltda.
EEEFI	Escola Estadual de Ensino Fundamental Incompleto
EMATER/RS- ASCAR	Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural/Rio Grande do Sul - Associação Sulina de Crédito e Assistência Rural
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IECLB	Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil
IELB	Igreja Evangélica Luterana do Brasil
ILLB	Igreja Luterana Livre do Brasil
Ltda	Limitada
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MST	Movimento Sem Terra
NHS	National Health Service
OASE	Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PARA	Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos
PB	Pernambuco
PBIP-DA- UFPEL	Programa de Bolsas de Iniciação à Pesquisa – Doutorado em Andamento da Universidade Federal de Pelotas
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNATER	Política Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PRONATER	Programa Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural na Agricultura Familiar e na Reforma Agrária
RS	Rio Grande do Sul
s/d/a	Saúde/Doença/Atenção
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
Sul Ecológica	Cooperativa Sul Ecológica de Agricultores Familiares Ltda
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNBA	Universidad Nacional de Buenos Aires
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
WONCA	Working Party on Rural Practice

Sumário

Apresentação	20
Introdução	24
Objetivos	31
Objetivo geral	31
Objetivos específicos	31
Referencial teórico – Concepções teóricas acerca dos sistemas de cuidado ..	32
Percurso metodológico	41
Resultados e análise dos dados	57
Capítulo 1 – <i>Aqui fora</i>: contextualizando o rural estudado	57
1.1 Um pouco da história da localidade Remanso e da comunidade Advento	58
1.2 Grupo da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas – <i>Ali tu tem onde buscar apoio</i>	69
1.2 Contextualizando as propriedades das famílias dos interlocutores	72
1.4 Contextualizando as famílias dos interlocutores	78
1.5 As relações estabelecidas entre familiares e vizinhos	92
1.6 Acesso a água – <i>A nossa água aqui é escura</i>	95
1.7 O acesso ao ensino – educação dos filhos	96
1.8 O acesso das famílias ao que é <i>de fora</i>	98
Capítulo 2 – Tempo do trabalho: a organização do cotidiano familiar.....	100
2.1 A terra como identidade das famílias e a relação com o ambiente	102
2.2 Cotidiano e divisão de trabalho da unidade familiar	104
2.3 <i>A mulher rural é a que mais trabalha</i>	108
2.4 Produção e consumo da unidade familiar	112
2.4.1 Produtores agroecológicos	115
2.4.2 Produtores de tabaco	117
2.5 O trabalho do jovem no meio rural	122
Capítulo 3 – <i>Domingo sem sopa e salada de batata não é domingo</i>: um olhar a partir da comida	128
3.1 Principais alimentos consumidos pelas famílias	131
3.2 Alimentos consumidos aos domingos e em datas especiais	136
Capítulo 4 – Práticas de cuidado à saúde e suas repercussões entre as famílias rurais.....	140
4.1 As práticas de cuidado à saúde nas diferentes fases do ciclo vital	142

4.2 Restrições alimentares na realização do cuidado à saúde 157

4.3 Plantas medicinais utilizadas no cuidado à saúde pelas famílias rurais 164

4.4 Repercussões entre as famílias: ser saudável ou doente no meio rural 170

4.5 As práticas de autoatenção e a inserção da enfermeira 181

Capítulo 5 – O sistema de cuidado à saúde utilizado pelas famílias rurais..... 187

Considerações finais 201

Financiamento..... 206

Difusão da investigação 207

Referências..... 209

Apêndices..... 225

Anexo..... 233

Apresentação

O presente estudo possui como foco compreender o sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com orientação etnográfica. O estudo está vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas.

A minha trajetória em relação ao tema inicia-se na infância. Residi na área rural até os 11 anos e mantenho vínculos até hoje, devido aos familiares que permanecem morando neste contexto. Na minha família utilizam-se diferentes práticas de cuidado, como simpatias, benzeduras, plantas medicinais e religiosidade. Minha avó materna reside em um pequeno município da região Noroeste do Rio Grande do Sul e utiliza diversas plantas medicinais no cuidado à saúde da família, vizinhos e amigos, estimulando o uso destas entre seus filhos e netos.

Durante minha experiência profissional atuando como enfermeira, tanto na área hospitalar, quanto na atenção básica, por diversas vezes deparava-me com pessoas que utilizavam diversas práticas de cuidado à saúde, entre estas as plantas medicinais. Sem possuir conhecimentos científicos para orientar quanto ao uso e à toxicidade das plantas, permanecia apenas ouvinte. Trabalhando como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com os agentes comunitários de saúde (ACS), escutava relatos sobre o uso das plantas medicinais, conhecendo diversos usuários que utilizavam concomitantemente a medicação alopática prescrita pelo médico e o chá indicado pela família, assim como outras práticas de cuidado.

Entre 2004 e 2005, atuei em uma equipe de ESF rural, em um município de pequeno porte, no Paraná. Naquele contexto, a maioria das famílias da área acompanhada pela equipe, cultivava fumo ou trabalhava nas fazendas de reflorestamento. O trabalho com o fumo fazia com que no período de safra todos os integrantes das famílias, incluindo crianças, permanecessem nas estufas, ambiente insalubre, para acompanhar o processo de secagem da planta, garantindo assim a renda da família. O contato com uso excessivo de agrotóxicos resultava em diversos

sintomas e/ou doenças naquela localidade rural, realidade diferente da encontrada com os participantes da pesquisa no mestrado, os agricultores ecológicos.

Pesquisei durante o mestrado (2008-2009) com algumas famílias de agricultores vinculados a Associação Regional de Produtores Agroecologistas da Região Sul (ARPASUL), os quais residiam em quatro municípios (Pelotas, Canguçu, Morro Redondo e Arroio do Padre) da região Sul do RS e realizavam a feira ecológica em Pelotas. O estudo realizado no mestrado resultou na dissertação intitulada: Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da região Sul do Rio Grande do Sul (CEOLIN, 2009). Neste período aproximei-me do contexto dos agricultores ecológicos da região Sul do RS, possibilitando assim, identificar como ocorre a transmissão dos conhecimentos sobre as plantas medicinais entre as gerações familiares. A saúde para estes agricultores e suas famílias está relacionada à compreensão do todo, ou seja, a percepção individual de saúde, alimentação, sensação de bem-estar, desempenho das suas atividades no trabalho e o relacionamento com as pessoas.

Os agricultores da pesquisa também criticaram a busca pelo cuidado à saúde imediatista, reflexo do modelo biomédico, a comodidade e a facilidade de acesso na compra do medicamento alopático nas farmácias. Segundo os relatos, a adesão ao modelo agroecológico resultou em melhoria na saúde e na qualidade de vida das famílias, além do convívio e produção do alimento em um ambiente sustentável (CEOLIN, 2009).

Atuo como docente na Faculdade de Enfermagem da UFPel desde 2010. Apesar da mudança curricular da faculdade, com enfoque do ensino para o cuidado integral ao indivíduo e sua família, considerando seu contexto sociocultural, percebo que ainda é difícil a mudança do enfoque da doença para a saúde, partindo de um cuidado dialogado, que considere os saberes dos indivíduos.

O projeto de pesquisa, apresentado em 2014, no qual seriam abordadas somente as famílias que praticavam o cultivo agroecológico tinha pressupostos que diante da realidade dos agricultores ecológicos, de práticas saudáveis e a interação com o ambiente, haveria entre as famílias uma pluralidade nas práticas de cuidado, dentro de um sistema de cuidado peculiar ao espaço investigado. Além disso, em decorrência da distância entre a área rural e a cidade, os agricultores ecológicos utilizariam uma maior diversidade de práticas dentro do sistema de cuidado à saúde. Ademais, em virtude do contexto que envolve a agricultura ecológica, os agricultores

evitariam a medicalização desnecessária, associada ao modelo biomédico, utilizando diversas práticas de cuidado à saúde do sistema de cuidado.

Desde 2008, a pesquisadora estabeleceu vínculos com uma agricultora residente no 1º distrito de Canguçu, em decorrência da realização de sua pesquisa para o mestrado, o que influenciou na definição do grupo presentemente abordado na pesquisa de doutorado. O contato com a família manteve-se no intervalo entre uma e outra pesquisa, ao longo dos anos, devido ao fato de a localidade de Remanso possuir uma banca na Feira Ecológica da ARPASUL. Como inicialmente a pesquisa seria realizada com as famílias de agricultores ecológicos vinculados a ARPASUL ou a Cooperativa Sul Ecológica de Agricultores Familiares Ltda (Sul Ecológica), a aproximação com esses dois grupos, iniciou em 2013, com as famílias residentes na localidade do Remanso.

Em março de 2014, teve início a participação e aproximação com o grupo de mulheres da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas (OASE). Entre as participantes do grupo, algumas mulheres trabalhavam com agricultura agroecológica e outras com o cultivo do fumo. Diante disso, optou-se por realizar a pesquisa de campo também com as famílias de fumicultores.

No intuito de responder a questão norteadora, a tese está estruturada em: introdução, objetivos, referencial teórico, resultados e a análise dos dados – organizados de cinco capítulos –, e as considerações finais.

O capítulo 1 contextualiza o grupo de interlocutores investigados, assim como apresenta um breve histórico do município de Canguçu, da localidade Remanso e da comunidade Advento. Além disso, descreve o grupo da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas, no qual ocorreu a entrada no campo de pesquisa; e discorre sobre o acesso ao ensino dos filhos dos agricultores, as relações estabelecidas entre familiares e vizinhos, o acesso à água e ao que é considerado *de fora*, assim como as propriedades familiares.

No capítulo 2, é apresentado e discutido a relação com o trabalho e a terra. Ademais, é abordado sobre o cotidiano e a divisão de trabalho da unidade familiar, assim como a produção e o consumo, tanto dos produtores agroecológicos quanto dos fumicultores. Para essas famílias, a percepção do trabalho do jovem no meio rural implica na formação da identidade com o espaço rural, com a intenção de sua permanência futura.

O capítulo 3 aborda a alimentação das famílias investigadas, desde o cultivo pela unidade familiar ou a aquisição nos mercados locais, até o preparo da comida. O

momento das refeições determina o tempo das atividades desenvolvidas pela família na propriedade. A comensalidade, compartilhada entre as famílias, reforça a identidade do grupo, a qual está associada ao rural e aos hábitos culturais, relacionados à ascendência alemã e/ou pomerana. Os alimentos consumidos cotidianamente diferem-se daqueles consumidos nas refeições dominicais – com a presença da sopa, salada de batatas e uma carne assada.

No capítulo 4, são apresentadas e discutidas as práticas de cuidados à saúde nas diferentes fases do ciclo vital, as repercussões entre ser saudável ou doente no meio rural, a importância da procedência dos alimentos consumidos para as famílias que lá residem, o uso das plantas medicinais no cuidado à saúde, e a inserção da enfermeira nas práticas de autoatenção.

No capítulo 5, é apresentado e discutido o sistema de cuidado à saúde utilizado pelas famílias rurais, e os diferentes espaços de cuidado e serviços de saúde utilizados, tanto no sistema formal de saúde quanto no sistema informal.

Introdução

Por meio de uma perspectiva cultural, esta pesquisa pretende compreender o sistema de cuidado à saúde utilizado entre as famílias de uma comunidade rural do município de Canguçu, Rio Grande do Sul. Para tanto, foi essencial conhecer a organização da unidade familiar, o trabalho e a relação com a terra em que vivem, além de como produzem e ressignificam as práticas de cuidado, suas ações cotidianas, e a organização social do grupo, de acordo com seu contexto cultural.

Elsen (2004, p. 20) afirma que a família é um sistema de saúde para seus membros, “do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores e crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção de saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença”. Esse sistema também compreende um processo de cuidar, no qual a família toma as decisões e decide qual caminho deverá seguir, de acordo com cada caso, acompanhando e avaliando constantemente a saúde e a doença de seus membros, a partir de um contexto sociocultural.

As práticas de cuidado à saúde são, principalmente, manifestações culturais de um povo e tradicionalmente são repassadas entre as gerações (CARREIRA; ALVIM, 2002). As práticas de cuidado de uma sociedade evidenciam as diversas formas de atenção e cuidado à saúde realizadas, expressando diferenças socioeconômicas e a importância dos aspectos socioculturais (CAMPOS, 2009). Em vista disso, os profissionais de saúde necessitam de elementos que viabilizem a prática de um cuidado singular, centrado nas crenças, valores e estilo de vida de cada indivíduo e família (ISERHARD; BUDÓ; NEVES *et al.*, 2009). Leininger¹ considerou o cuidado como algo universal e presente em todas as culturas do mundo, e que pode apresentar-se de maneira diversificada, inclusive entre os grupos que o oferecem e o praticam. O propósito da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural é proporcionar cuidados culturalmente congruentes a pessoas de culturas diferentes

¹ Madaleine M. Leininger iniciou seus estudos no final da década de 1950, construindo a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, que traz para a enfermagem a abordagem do cuidado cultural.

ou similares para manter ou recuperar seu bem-estar, saúde ou enfrentamento da morte de uma maneira culturalmente adequada (MCFARLAND, 2011; LEININGER, 1991).

As práticas de cuidado são percebidas por diferentes perspectivas, tanto a partir do indivíduo quanto como atividade desempenhada pelo profissional de saúde. Além disso, são utilizadas outras denominações, como práticas *de* saúde ou práticas *em* saúde. Para Kebian e Oliveira (2015), as práticas de cuidado são compostas por diversas atividades, como as assistenciais, as de educação em saúde e as administrativas, realizadas pelos profissionais de saúde. De acordo com Acioli, Kebian, Faria *et al.* (2014), as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção básica são diversas, compreendendo a visita domiciliar, consulta de enfermagem, atividades educativas, assistenciais e administrativas e acolhimento.

Segundo Acioli, Kebian, Faria *et al.* (2014), as práticas de saúde são construídas por meio de vários *habitus*², que estão relacionados à interiorização de normas e valores presentes na cultura, e orientadas por influências institucionais, familiares e do grupo social. “São atividades desenvolvidas pelas pessoas, identificadas como atividades que contribuem para que se sintam saudáveis” (ACIOLI, 2006, p. 164). Essas práticas “misturam elementos da biomedicina, de outras racionalidades médicas e da chamada medicina tradicional ou popular” (ACIOLI; LUZ, 2003, p. 155).

A partir das leituras, neste trabalho, entendem-se por práticas de cuidado à saúde as ações realizadas por indivíduos e grupos visando à recuperação, à manutenção das condições de saúde e a cura. As práticas são as mais diversas, como a utilização de plantas medicinais, cuidados com a alimentação, grupos de autoajuda, religiosidade, espiritualidade, curandeiros, consulta com profissionais de saúde, o contexto onde vivem, entre outras. Essas práticas estão inseridas nos diferentes espaços de cuidado e serviços de saúde, tanto no sistema formal³ quanto no informal⁴ de saúde, e são utilizadas de acordo com as necessidades identificadas pelo indivíduo, por seu núcleo familiar, pela sua comunidade e/ou grupo social.

² “O *habitus* configura as ações e, sendo produto das relações sociais, tende a reproduzir as relações objetivas nas quais se originou” (ACIOLI; LUZ, 2003, p. 155).

³ Considerarei sistema formal de saúde todos os serviços ofertados pelo sistema oficial de saúde brasileiro; no caso, o modelo biomédico hegemônico, tanto público como privado.

⁴ Estão compreendidas no sistema informal de saúde as diferentes práticas de cuidado familiar, religiosidade, espiritualidade, grupos de autoajuda e as demais pessoas que realizam o cuidado em saúde nos diferentes espaços, e que não estão incluídas no sistema formal de saúde.

As diferentes práticas de cuidado à saúde e os diversos espaços de cuidado e serviços de saúde utilizados pelos indivíduos e seu grupo social integram o sistema de cuidado. Segundo Langdon e Wiik (2010), o sistema de cuidado à saúde é um modelo conceitual e analítico, que auxilia a sistematização e a compreensão de um complexo conjunto de elementos e fatores experimentados no cotidiano, de maneira fragmentada e subjetiva, seja em nossa própria sociedade e cultura ou diante de outras não familiares.

Conhecer como o sistema de cuidado é praticado pelas famílias exige investigar as representações simbólicas utilizadas na transmissão deste saber, as quais se ampliam por meio das trocas de conhecimento entre os membros da família e o meio no qual convivem (CEOLIN; HECK; BARBIERI *et al.*, 2011). Essa simbologia pode ser exemplificada entre as interlocutoras investigadas neste estudo, cuja participação no grupo da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas (OASE)⁵ faz com que se sintam fortalecidas e motivadas para desempenhar as atividades cotidianas. Para Rosa, Silva, Pereima *et al.* (2009), a consideração das diferentes práticas socioculturais de cuidado possibilita ao profissional de saúde compreender a maneira de pensar e agir dos indivíduos frente aos seus problemas de saúde, facilitando a comunicação entre eles.

Nesta pesquisa, foram investigadas famílias rurais vinculadas a uma comunidade⁶ religiosa, as quais praticam a agricultura familiar. Segundo Wanderley (1996, p. 2), a agricultura familiar é entendida como “aquela em que a família, ao mesmo tempo em que é proprietária dos meios de produção, assume o trabalho no estabelecimento produtivo”. A estrutura produtiva associa família-produção-trabalho. A agricultura camponesa tradicional insere-se em um território, lugar de vida e de trabalho, onde o camponês convive com outras categorias sociais, desenvolvendo a sociabilidade, a qual ultrapassa os laços familiares e de parentesco. A agricultura camponesa tradicional é uma das formas sociais da agricultura familiar, pois se

⁵ O início da história da OASE no Brasil está ligado à sua história na Alemanha. Em 1888 por iniciativa da Imperatriz Augusta Victoria, foi fundada, na Alemanha, a Sociedade Auxiliadora de Igreja Evangélica, com a finalidade de prestar auxílio financeiro à Igreja. Desde o princípio, mulheres estiveram engajadas neste auxílio, providenciando a instalação de diaconisas nas comunidades. Em 1899 formaram-se oficialmente as primeiras sociedades chamadas *Evangelische Frauenhilfe* – Auxílio de Mulheres Evangélicas. A OASE é um setor de trabalho da Comunidade Evangélica de Confissão Luterana. É uma oferta de auxílio mútuo para a participação ativa de mulheres na vida da comunidade. Esta participação se expressa nos três aspectos da vida cristã: comunhão (*koinonia*), testemunho (*martiria*) e serviço (*diaconia*) (IECLB, 2016).

⁶ Segundo Comerford (2005), comunidade é o termo utilizado para designar um grupo delimitado por alguma característica em comum, neste caso, a prática religiosa, também podendo ser uma qualidade específica das relações entre o grupo, como proximidade social e familiar.

ampara na relação entre propriedade, trabalho e família, com um sistema de *policultura-pequena criação*, que visa garantir a subsistência da família.

Conforme Woortmann (1990), o campesinato possui uma ordem moral (terra-trabalho-família) apreendida através de sua ética. “Nas culturas camponesas, não se pensa a terra sem pensar a família e o trabalho, assim como não se pensa o trabalho sem pensar a terra e a família” (p. 23). Para Wanderley (2003), o agricultor familiar permanece camponês “na medida em que a família continua sendo o objetivo principal que define as estratégias de produção e de reprodução e a instância imediata de decisão” (p. 48). Os resultados da produção familiar continuam sendo percebidos pela família como um rendimento indivisível. Considera-se o agricultor familiar “aquele que conhece de modo especial e detalhado a terra, as plantas e os animais que são seus, e que, por esta razão, sente-se comprometido com o respeito e a preservação da natureza” (p. 54).

O agricultor, muitas vezes, reside distante do meio urbano, dificultando o acesso aos serviços de saúde ofertados pelo sistema formal. De acordo com a Política de Qualidade e Eficácia dos Cuidados de Saúde Rural, desenvolvida pelo Grupo de Trabalho de Medicina Rural (Working Party on Rural Practice) da WONCA, a população que reside no meio rural, quando comparada à população urbana, possui menos acesso aos cuidados oferecidos no sistema oficial de saúde (WONCA, 2013).

Com objetivo de melhorar o nível de saúde das populações do meio rural e da floresta, foi aprovada, na 14ª Conferência Nacional de Saúde, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Essa política foi um marco histórico na saúde, além do reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde e doença dessas populações (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Apesar de esse contexto evidenciar ações tímidas do Estado para a melhoria das condições de saúde e acesso aos serviços pela população que reside no meio rural, foram realizados vários estudos sobre esse tema. No contexto da agricultura familiar e do meio rural, foram encontradas diversas pesquisas na área da enfermagem brasileira sobre as contribuições em relação à importância da cultura no ambiente rural, os quais entendem a saúde como um desafio do cotidiano e a cultura, a partir da perspectiva de Geertz, como construída pelos sujeitos ao interagirem no cotidiano (FERNANDES; BOEHS, 2013; HECK, 2000; LOPES, 2010; 2103; MUNIZ, 2008).

O estudo realizado por Fernandes e Boehs (2013) com famílias atingidas no desastre natural em uma área rural do Sul do Brasil, no ano de 2008, mostrou que os desastres naturais são eventos disruptivos às rotinas e aos rituais familiares e promovem mudanças significativas na vida e na saúde. Para os entrevistados com diagnóstico de câncer investigados por Muniz (2008), saúde representa valorizar o que está a sua volta, vivendo o presente, pois o futuro é incerto. Para os informantes *folk* – pessoas conhecedoras de plantas medicinais – investigados por Lopes, Lima, Vasconcelos *et al.* (2013), o processo de saúde e doença é pensado de forma indivisível, estando corpo, alma e espírito em equilíbrio com a natureza e sua cultura.

Wunsch, Budó, Beuter *et al.* (2014) e Wunsch, Budó, Girardon-Perlini *et al.* (2014) realizaram uma pesquisa com famílias que residiam em um assentamento rural, na região noroeste do Rio Grande do Sul, a partir da perspectiva do cuidado cultural proposto por Leininger. Entre as famílias, o cuidado presente configura-se em um cuidado cultural, pois a estrutura social, cultural e a visão de mundo influenciam as práticas do seu cuidado à saúde. O cuidado cultural se encontra demonstrado e padronizado por expressões, ações, estilos de vida e significados, embasado na percepção de mundo, no contexto ambiental, na história, nas convicções e valores. Algumas pesquisas (BORGES, 2010; CEOLIN, 2009; DENARDIN, 1999; ELSEN, 1984; LOPES, 2010; MONTICELLI, 1994; SCHWARTZ, 1998; ZILLMER, 2009) salientam a importância de ampliar as investigações sobre as práticas de cuidado realizadas pelas famílias rurais.

A partir da revisão bibliográfica, foram encontrados diversos estudos etnográficos, realizados em diferentes países (Canadá, Brasil, Moçambique, Costa Rica, Colômbia, Libéria, Estados Unidos, Índia, México), sobre cuidado à saúde realizado pela população rural, com predominância de pesquisas com mulheres, enfocando o autocuidado e a maternidade, pré-natal, parto e o saber da parteira tradicional (JENKINS, 2003; LAZA VÁSQUEZ; RUIZ DE CÁRDENAS, 2009; LORI; BOYLE, 2011; SESIA, 1996; SHAMBLEY-EBRON; BOYLE, 2006). Também ocorreram pesquisas com crianças, abordando sobre o período neonatal, prescrição de psicofármacos, relação entre crescimento da criança e renda, modos de vida das crianças (KESTERTON; CLELAND, 2009; OLDANI, 2009; PFEIFFER; GLOYD; RAMIREZ, 2001; SILVA; AZEVEDO, 2001). Além disso, foram desenvolvidos estudos sobre a boa morte (VEILLETTE *et al.*, 2010; WILSON *et al.*, 2009), com cuidadores de idosos (MCKEE *et al.*, 2010), sobre a evolução histórica da assistência médica e odontológica em Nunavut, Canadá (QUÍÑONEZ, 2006), risco de suicídio em uma

comunidade rural no Sul do Brasil (HECK, 2004) e construção da experiência de problemas de saúde de uma comunidade na Colômbia (LAZA VÁSQUEZ, 2009).

A maioria dos estudos realizados no rural, a partir da perspectiva antropológica de cultura e saúde, abordaram cuidados específicos a mulheres e crianças. Diante dessas pesquisas, evidenciou-se a importância de identificar o sistema de cuidado no contexto das famílias rurais.

O sistema oficial de saúde brasileiro está constituído dentro da proposta do modelo biomédico⁷, apesar da implantação de diferentes políticas de saúde, visando a esta mudança, com enfoque para um cuidado integral. De acordo com Luz (2005), nessa perspectiva, o indivíduo é visto como um “objeto” de intervenção tecnocientífica, despojado não apenas de seu corpo e de seu psiquismo, como também dos símbolos, significados pessoais e sociais.

Conforme Alvim, Ferreira, Cabral *et al.* (2006), o modelo biomédico consolidou-se a partir do positivismo e do método cartesiano, no final do século XIX e início do século XX, quando houve uma ruptura do conhecimento metafísico e uma ênfase no desenvolvimento da pesquisa experimental. Tal modelo apresenta uma abordagem predominantemente física, parcial e fragmentária, focada em especialidades, na qual o saber popular empregado na saúde foi marginalizado, por não ter base científica.

Esse modelo de saúde hegemônico, vigente na sociedade ocidental contemporânea, está centrado no cuidado focado na doença, na especialidade de partes do corpo humano e no tratamento alopático (PINHEIRO; LUZ, 2007). Sob o amparo do capitalismo, destacaram-se a formação e a atuação dos profissionais de saúde, calcadas ainda hoje no modelo biomédico de assistência e prática alopática. Estes profissionais passaram a atuar, a investigar, a reconhecer e a valorizar mais o saber científico e racional (BRASIL, 2006a), para o qual deveria haver evidências, por meio de estudos científicos e com metodologias controladas criteriosamente. Nesse contexto, o saber popular passou a ser considerado por muitos, incluindo o meio acadêmico da área da saúde, como um conhecimento sem comprovação e/ou validade.

As deficiências do modelo biomédico foram discutidas na Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, no Cazaquistão/URSS. Além disso, a OMS expressou sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização das terapias

⁷ O modelo biomédico baseia-se, em grande parte, na visão cartesiana do mundo, que considera o universo inteiro, incluindo o homem, como uma máquina, e a doença como a avaria temporária ou definitiva de um componente ou da relação entre os componentes de um corpo (CARVALHO; CARVALHO, 2006).

complementares no âmbito sanitário, como as plantas medicinais, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza-se destas (BRASIL, 2006a) no cuidado à saúde. A partir dessa conferência, várias discussões ocorreram no Brasil, desencadeando a implementação de políticas de saúde, em busca da integralidade do cuidado aos indivíduos e grupos.

Pinheiro (2011, p. 60) propõe a integralidade do cuidado como uma relação intersubjetiva, que se desenvolve continuamente, e que, “além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e inclusão do saber, dos desejos, e das demandas do outro”. Na perspectiva de reconhecer o saber do outro, Rissardo, Alvim, Marcon *et al.* (2014) realizaram um estudo com profissionais da equipe multidisciplinar da atenção primária à saúde indígena de saúde, que trabalham com indígenas da etnia Kaingang, na Terra Indígena Faxinal, localizada na região centro-sul do Estado do Paraná. Os dados mostraram que a atuação da equipe de saúde ocorre por meio de uma abordagem transcultural, com uma assistência que valoriza a diversidade de crenças e culturas da localidade, e, ao mesmo tempo, utiliza-se de estratégias convincentes que permitam aos indígenas aderirem a estes cuidados.

Diante do exposto, a questão que norteou essa pesquisa foi: “Como é construído o sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul?”

Objetivos

Objetivo geral

Compreender o sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul.

Objetivos específicos

Investigar o cotidiano de trabalho das famílias rurais e a relação com as práticas de cuidado à saúde;

Conhecer o significado do processo saúde e doença, no contexto das famílias rurais;

Identificar as práticas de cuidado à saúde utilizadas pelas famílias rurais;

Verificar os diferentes espaços e serviços de cuidado utilizados pelas famílias rurais.

Referencial teórico – Concepções teóricas acerca dos sistemas de cuidado

Neste trabalho será adotada a perspectiva cultural de Geertz (1997; 2012), para o qual a cultura é uma teia de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar e guiar suas ações. Sendo assim, sua análise é interpretativa, a procura do significado. Para o autor, a missão do antropólogo é desvendar esses significados, estabelecendo relações, de forma a ensejar uma interpretação semiótica do objeto analisado.

Para investigar a cultura de um grupo, neste caso as práticas de cuidado e o sistema de cuidado utilizados pelas famílias rurais, parte-se da concepção de Geertz (1997), o qual indica a necessidade de nos despir de pré-conceitos e esforçar-nos para compreender como este grupo organiza, produz e reproduz.

Visando compreender as diversas concepções teóricas acerca dos sistemas de cuidado, houve uma aproximação com autores que abordam o conceito de cuidado, assim como sobre os sistemas de cuidado à saúde. O conceito de cuidado difere entre alguns, podendo seguir uma perspectiva de: responsabilização do indivíduo; ser parte da essência humana; ser entendido como uma prática profissional; ou como uma ação integral, considerando o contexto sociocultural.

De acordo com Morse, Solberg, Neander *et al.* (1990) é possível identificar o conceito de cuidado por meio de cinco perspectivas epistemológicas: é inato ao ser humano, como imperativo humano moral, como afeto, como relacionamento interpessoal e como intervenção de enfermagem. As autoras também identificam o cuidado como uma experiência subjetiva e uma resposta fisiológica do indivíduo.

Conforme Mayeroff⁸ (apud SMITH, 2012; WALDOW, 2004), cuidar é “ajudar o outro a crescer”. O outro pode não ser necessariamente uma pessoa, mas uma ideia, ou um objeto físico (como uma obra de arte). Segundo este autor, o cuidado é composto por oito ingredientes: conhecimento, ritmos alternados, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem.

⁸ Milton Mayeroff (1925–1979) era professor de filosofia na State University of New York. Em 1971, publicou um o livro *On Caring*.

Para Waldow (2004, p. 130), o cuidar é integral, universal, existencial e relacional, sendo “uma condição para a sobrevivência humana, através do cuidado de si resulta a condição que o possibilita cuidar de outrem”. O cuidado é dialético, não linear, um processo energético e com movimento, influenciado pelo contexto cultural de uma determinada sociedade. Segundo a autora, a capacidade de cuidar está relacionada ao quanto e como a pessoa foi cuidada. O cuidar de si, inclui conhecer a si, suas potencialidades, necessidades e limitações, favorecendo uma melhor autoestima, confiança em si e na vida; compreendendo também o cuidar da saúde, do espírito, do intelecto, de seu tempo, do lazer, entre outros.

Kristen M. Swanson⁹ (apud WOJNAR, 2011), formulou a Teoria dos Cuidados, em 1991, com cinco processos básicos: conhecimento, estar com, fazer por, possibilitar e manter as crenças. Para Swanson, os cuidados são uma forma educativa de relacionar-se com um ser querido por quem sente um compromisso e responsabilidade pessoal. Para Madeleine Leininger (apud MCFARLAND, 2011), os cuidados culturais são atos de prestação de cuidados, ajuda, apoio, facilitação ou capacitação sintetizados e culturalmente constituídos pelo indivíduo ou pelos outros, centrados em necessidades aparentes ou antecipadas à saúde ou bem-estar do cliente, ou para afrontar incapacidades, a morte ou outras condições humanas.

As perspectivas apresentadas a seguir aproximam-se da compreensão de cuidado a partir da proposta dessa tese. De acordo com Pinheiro (2007), o cuidado pode ser considerado como um valor, pois configura o “*ethos* humano, do agir em saúde” (p. 15). O *ethos* humano possui dois aspectos inseparáveis: “a dimensão da vida individual, regida por costumes e hábitos privados; e a dimensão da vida coletiva (a política), constituída pelos costumes e hábitos que regem a vida da comunidade” (p. 21). O cuidado como valor corresponde a “uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um direito de ser” (p. 18), ou seja, respeitando as diferenças, como as necessidades específicas, demandadas por pessoas especiais ou portadores de alguma patologia. O cuidado, como valor, ocorre na medida em que a valoração desenha o conjunto de escolhas e opções dos indivíduos, definindo o sentido da sua existência, sendo “percebido tanto por quem cuida como por quem é cuidado”. Para isso, é necessário reconhecer o *ethos* cultural de quem é cuidado (p. 21).

⁹ Nasceu em 13 de janeiro de 1953. Graduou-se como enfermeira pela University of Rhode Island College of Nursing, em 1975.

Para Baggio e Erdmann (2010), a relação de cuidado entre as pessoas ocorre principalmente por meio de trocas, as quais possibilitam atender as expectativas individuais e/ou coletivas. Segundo Boff (1997; 2000), o cuidar emerge da concepção do ser humano visto como um sistema aberto e envolvido numa rede (BOFF, 1997; 2000), o qual se constitui em ver o outro de forma integral. De acordo com Machado, Monteiro, Queiroz *et al.* (2007), a integralidade no cuidado de pessoas e grupos é perceber o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.

Segundo Bonet e Tavares (2007), o cuidado desencadeado nos processos de cura, não se limita as técnicas mobilizadas pela ciência, mas abrange uma rede ampliada no âmbito de performances religiosas e/ou rituais. O espaço em que se estabelecem os relacionamentos/encontros entre o usuário e o terapeuta, é um espaço *entre*. É nesse espaço entre-saberes que o “encontro terapêutico vai adquirir diferentes características, dependendo do contexto abrangente de cuidado de si e no qual se desenvolve” (p. 268).

De acordo com Kleinman (1978), a doença e as preocupações com a saúde são universais e estão presentes em todas as sociedades. Cada grupo organiza-se visando compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, gerando conhecimentos, práticas e instituições particulares, as quais podem ser denominadas de sistema de cuidado à saúde. Para Helman (2009), na maioria das sociedades as pessoas buscam diversas formas para ajudar a solucionar seu desconforto físico ou emocional, apresentando um pluralismo nos cuidados de saúde.

Com o objetivo de conhecer diferentes sistemas de cuidado à saúde, foi realizada uma busca por autores que investigaram sobre o tema, tendo sido encontrado – Leininger¹⁰ (1991), Kleinman¹¹ (1978; 1980), Helman¹² (2009) e

¹⁰ Madeleine Leininger nasceu em 13 de julho de 1925 em Sutton, Nebraska/EUA. Morreu em 30 de agosto de 2012. Graduiu-se em enfermagem em 1948 na St Anthony's School of Nursing (Denver-Colorado-EUA). Em 1950 concluiu também o curso de graduação em Ciências Biológicas no Benedictine College em Atkinson, Kansas. Em 1954, obteve o título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica na Catholic University of America (Washington, DC). Realizou doutorado em Antropologia Psicológica, Social e Cultural da University of Washington (Seattle). Durante o doutorado desenvolveu o método de Etnoenfermagem.

¹¹ Arthur Kleinman é médico e antropólogo. Nasceu em 11 de março de 1941. É professor do Departamento de Antropologia, Universidade de Harvard e professor de Antropologia Médica em Saúde Global e Medicina Social e Professor de Psiquiatria da Harvard Medical School. Desde julho de 2008 é diretor da Harvard University's Asia Center.

¹² Cecil G. Helman era médico e antropólogo. Nasceu na África do Sul em 4 de janeiro de 1944 e morreu em 15 de junho de 2009. Formou-se em medicina na University of Cape Town Medical School na África do Sul, migrando logo após para a Inglaterra. Estudou antropologia médica na University College London. Seu principal livro foi “Cultura, Saúde e Doença”, publicado em 1984.

Menéndez¹³ (2003; 2009) – os quais propõem sistemas de cuidados, a partir dos contextos culturais os quais investigaram.

De acordo com Kleinman (1978; 1980) os sistemas de cuidado à saúde são culturalmente e socialmente construídos. Todas as práticas de cuidado em saúde são respostas sociais, organizadas frente às doenças, e seus cuidados podem ser estudados como um sistema cultural, o “Sistema de Cuidado à Saúde”.

Dessa maneira, de acordo com Langdon e Wiik (2010), o sistema de atenção à saúde, ou sistema de cuidado, não está desvinculado dos aspectos culturais ou organização social de um grupo. “O sistema cultural de saúde ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre saúde e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença” (p. 179). Sendo assim, cada cultura possui conceitos sobre o que é doença ou saúde, assim como a classificação das doenças, as quais não são universais e dificilmente refletem as definições biomédicas. Já o sistema social de saúde é composto pelas instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, suas regras de interação, assim como as relações de poder a ele inerentes.

A partir da visão antropológica, por meio da perspectiva de cultura de Geertz (1997; 2012), juntamente com os diversos sistemas de cuidado à saúde, oriundos de variados contextos e interpretações, apresentados a seguir, é possível observar diferentes práticas de cuidado de uma sociedade. Esta pesquisa utilizará o termo comunidade, a partir da concepção proposta por Candido (1987, p. 64-65), para quem comunidade (bairro) vai além do espaço territorial, sendo um “*sentimento de localidade* existente nos seus moradores, e cuja formação depende não apenas da posição geográfica, mas também do intercâmbio entre as famílias e as pessoas”.

Madeleine Leininger⁵ começou a discussão na enfermagem sobre a influência cultural em todo o processo de viver e, conseqüentemente, no processo saúde-doença das pessoas (WALDOW, 2004). Leininger iniciou seus estudos no final da década de 50, construindo, a *Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural*, a qual tem sido utilizada por muitos enfermeiros e vários profissionais da saúde mundialmente, gerando uma riqueza de novos conhecimentos de enfermagem

¹³ Eduardo Menéndez nasceu em 9 de julho de 1934, na Argentina. Graduou-se em ciências antropológicas pela Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UNBA) em 1963. Em 1980 obteve o título de mestre em saúde pública no México na Escuela de Salud Pública, e em 1990, na UNBA, de doutor com orientação em antropologia social.

e cuidados de saúde. Na dimensão apresentada por Leininger (1991, p. 48) “saúde é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos, ou grupos, para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados”. Na perspectiva conceitual de Leininger, saúde está relacionada a uma condição do indivíduo, sendo saúde como categoria isolada, o que é perfeitamente compreensível para o período histórico no qual foi escrito, no qual predominava o modelo biomédico positivista.

Na década de 1970, Leininger elaborou o Modelo do Sol Nascente para representar os componentes essenciais da sua teoria. Esse modelo descreve os seres humanos como entes, e que não devem separar-se da sua procedência cultural e da estrutura social, da sua concepção de mundo, da sua trajetória de vida e do contexto do seu entorno (MCFARLAND, 2011). Leininger (1991) classificou o sistema de cuidado em dois setores: o profissional e o popular. O cuidado profissional refere-se ao formalmente ensinado, aprendido e transmitido com preparo teórico e prático relativos à saúde, doença, bem-estar e preparados em instituições profissionais, normalmente com uma equipe multiprofissional. Faz referência a pontos de vista e valores externos ou mais universais sobre um fenômeno. O cuidado popular ou tradicional está relacionado ao conhecimento e saber culturalmente aprendido e transmitido, nativo, usado para prover atos de assistência, apoio, captação para outros indivíduos, grupos ou instituição com necessidades de melhorar suas condições de saúde. Esse cuidado faz referência a pontos de vista e valores locais, nativos ou interiores sobre um fenômeno.

Kleinman (1978; 1980) sugeriu que ao examinar o sistema de cuidado à saúde em uma sociedade, pode-se identificar três setores sobrepostos e interconectados: o popular, o profissional e o *folk* (Figura 1). O setor popular compreende principalmente o contexto de cuidado familiar, incluindo sua rede social e a comunidade. O setor profissional, no qual se encontra as profissões de cura organizadas e legalmente reconhecidas, sendo o sistema biomédico o maior representante. O folk se refere aos especialistas de cura não reconhecidos legalmente, que utilizam recursos como as plantas medicinais, tratamentos manipulativos e os rituais de cura, como por exemplo, benzedadeiras e curandeiras. Apesar de estes setores terem semelhança entre si, eles guardam suas próprias especificidades com relação às crenças, papéis, expectativas, avaliações e concepções.

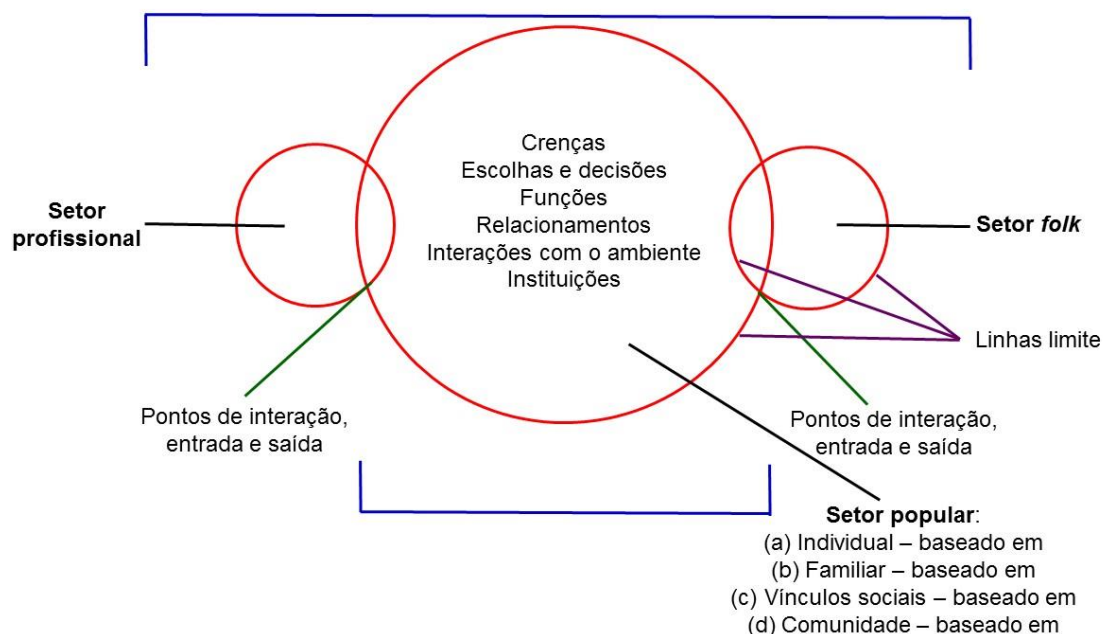


Figura 1 – Modelo do sistema de cuidado à saúde, proposto por Kleinman (1978).
Traduzido pela autora.

Com o modelo proposto por Kleinman, ficou mais acessível explicitar que a prática e o cotidiano não são estáticos e que constantemente estamos recriando o espaço do qual faz parte o processo saúde-doença. Assim, dentro de uma mesma sociedade coexistem diferentes setores de saúde, em cada um inclui-se diferentes concepções sobre a doença, incluindo etiologia, fisiopatologia, definição de severidades, tratamento e diagnóstico.

Os setores de cuidado à saúde, popular ou *folk*, são utilizados, muitas vezes, para interpretação e tratamento das doenças, padrões diferentes dos usados pelo setor profissional, como por exemplo, a propriedade de alteração da temperatura corpórea (frio e quente). Moura e Marques (2008), ao realizarem um estudo com informantes *folk* no município de Lençóis (BA), identificaram como causas para doenças, a associação à exposição excessiva a temperaturas frias, ou ao excesso de calor. Para o tratamento destas, foram utilizados alimentos ou medicamentos com possíveis propriedades antagônicas na tentativa de restabelecer a temperatura adequada e, por conseguinte, a saúde.

Considerando o pluralismo nos cuidados de saúde, Helman (2009), analisou o sistema de cuidado à saúde no Reino Unido e identificou três setores: informal, popular e profissional. O informal tem como representante majoritário os grupos de

autoajuda¹⁴. O popular no Reino Unido é pequeno e pouco definido, embora ainda existam curandeiros pela fé, ciganos que leem a sorte, clarividentes, médiuns, herbalistas, “mulheres sábias”, locais em muitas áreas rurais, entre outros. O profissional inclui a ampla variedade de profissionais de saúde. Este setor atende somente a “ponta do iceberg” da doença, pois estima-se que 75% dos sintomas anormais são tratados fora do setor profissional. As enfermeiras, juntamente com as parteiras formam o maior grupo profissional dentro do National Health Service (NHS).

A partir dos estudos realizados, em comunidades rurais e urbanas no México, Menéndez (2009), propôs a partir dos comportamentos dos sujeitos e grupos em relação a seus padecimentos, que eles utilizam os seguintes saberes e formas de atendimentos:

- a) Saberes e formas de atenção de tipo biomédico;
- b) Saberes e formas de atenção do tipo “popular” e “tradicional”, viabilizadas por curadores especializados (curandeiros, massagistas, parteiras, xamãs, entre outros). Inclui-se aqui também o papel curativo de alguns santos e figuras religiosas;
- c) Saberes e formas de atenção alternativas, paralelas ou *new age* (curadores, bioenergéticos, novas religiões curativas de tipo comunitário, ...);
- d) Saberes e formas de atenção advindas de outras tradições médicas acadêmicas (acupuntura, medicina ayurvédica, ...);
- e) Saberes e formas de autoatenção de dois tipos básicos:
 - centradas nos grupos primários naturais, especialmente no grupo doméstico, e
 - as organizadas em termos de grupos de autoajuda (alcoólicos anônimos, clubes de diabéticos, pais de crianças com síndrome de Down, etc).

De acordo com Menéndez (2009), essa classificação, quanto as formas de atendimento, pode ser ampliada ou modificada, segundo os objetivos, considerada um processo dinâmico entre diferentes saberes e formas de atenção. A “autoatenção constitui uma das atividades básicas do processo saúde/doença/atenção (s/d/a), sendo a atividade nuclear e sintetizadora dos sujeitos e grupos sociais em relação a esse processo” (p. 46). É uma atividade constante, desenvolvida a partir dos próprios sujeitos e grupos, que “implica em decidir a autoprescrição e o uso de uma nova

¹⁴ Surgiram no Reino Unido após a 2ª Guerra Mundial. São indivíduos voluntários, que fornecem orientações e cuidados de saúde, vinculados a grupos de autoajuda ou organizações de caridade (organizações não governamentais), dos quais recebem capacitações. De modo geral, organizam-se de acordo com o tipo de infortúnio (problemas físicos, emocionais, de família, sociais, mulheres, minorias étnicas, entre outros), sendo a credencial para ingressar nos grupos (HELMAN, 2009).

terapêutica autônoma ou relativamente autônoma” (p. 48), que pode ser pensada em dois níveis, o amplo e o restrito.

O nível *amplo* “inclui todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos a nível dos microgrupos, e especialmente do grupo doméstico” (MENÉNDEZ, 2009, p.48). Nesse nível incluem-se não só as formas de atenção e prevenção de padecimentos, mas também as relacionadas com o preparo dos alimentos, higiene do lar, do entorno do corpo, etc. O nível *restrito* refere-se as “representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo s/d/a, buscando a prevenção, diagnóstico, acompanhamento, tratamento e cura”, levando em consideração o que faz bem e o que faz mal à saúde (MENÉNDEZ, 2009, p. 49).

A partir do exposto, a figura 2 propõe-se a ilustrar como as práticas de cuidado e demais aspectos, integram o sistema de cuidado à saúde de uma sociedade.



Figura 2 – Representação dos aspectos que influenciam no sistema de cuidado.
Fonte: figura elaborada pela autora.

O sistema de cuidado à saúde é um coletivo constituído pela totalidade das práticas, das atitudes e do conhecimento de diferentes setores que dão sustentação à dinâmica do cuidado. Sua organização deve sustentar-se na ação e no saber

compartilhado, expressando-se “na cumplicidade da teia entre usuários e profissionais e que apontam para práticas interdisciplinares na intenção de alcançar a integralidade do ser humano” (KOERICH; BACKES; SOUSA et al., 2009, p. 2).

Diante das diferentes perspectivas teóricas apresentadas, acerca do sistema de cuidado à saúde, esse estudo pretende apresentar as concepções de saúde e doença, as práticas de cuidado à saúde, os espaços e serviços utilizados no cuidado à saúde, os quais integram o sistema de cuidado das famílias rurais. Sendo assim, este estudo se desenvolverá a partir da perspectiva proposta por Menéndez (2009), na qual os sujeitos e grupos utilizam diversos saberes e formas de atendimentos em relação a seus padecimentos.

Para o autor, “a identificação e a análise das formas de atendimento deveriam partir da descrição do que fazem, usam e dizem os sujeitos e grupos sociais para cuidados dos seus padecimentos” (p. 21) e não dos profissionais de saúde, curadores tradicionais ou alternativos. A partir dos sujeitos e dos conjuntos sociais, principalmente da carreira do doente, pode-se identificar a maior parte das formas de atenção que intervêm num dado contexto.

Nesta pesquisa considerarei *sistema formal de saúde* todos os serviços ofertados pelo sistema oficial de saúde brasileiro; no caso, o modelo biomédico hegemônico, tanto público como privado. Estão compreendidas no *sistema informal de saúde* as diferentes práticas de cuidado familiar, como utilização de plantas medicinais, religiosidade, espiritualidade, grupos de autoajuda e as demais pessoas que realizam o cuidado em saúde nos diferentes espaços, e que não estão incluídas no sistema formal de saúde. Tanto o sistema formal, quanto o informal compõem o sistema de cuidado à saúde utilizado.

Percurso metodológico

Este trabalho constitui-se de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2011), com orientação etnográfica, a partir da perspectiva da antropologia interpretativa de Geertz (2012) e da autoatenção proposta por Menéndez (2009), na qual os indivíduos e grupos utilizam de diversos saberes e formas no processo saúde/doença/atenção.

A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados de como os indivíduos observam suas experiências do mundo social e à maneira como esses seres compreendem este mundo. Desse modo, em vez de simplesmente aceitar os conceitos e explicações da vida diária, esse tipo de pesquisa faz perguntas fundamentais e investigadoras a respeito da natureza dos fenômenos sociais (MINAYO, 2011). A etnografia busca compreender os significados atribuídos pelas pessoas ao seu modo de vida e, subjetivamente, à sua cultura (GEERTZ, 2012).

Os antropólogos não estudam os grupos, e sim *nos* grupos. “É importante nos achados do antropólogo sua especificidade complexa, sua circunstancialidade”, o “que possibilita pensar não apenas realista e concretamente *sobre* eles, mas, o que é importante, criativa e imaginativamente *com* eles” (GEERTZ, 2012, p. 16-17). A etnografia é uma descrição densa, na qual o etnógrafo enfrenta, na coleta de dados, “uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, que são simultaneamente estranhas, inexplícitas, necessitando primeiro apreender para após apresentá-la” (GEERTZ, 2012, p. 7). Para fazer este resgate, são utilizadas técnicas, como recomenda Geertz (2012), que permitam a descrição densa, ou seja, uma descrição criteriosa e detalhada das ações, dos fatos, dos movimentos, da linguagem enquanto significados socializados no grupo. Nesta perspectiva de investigação, segundo Silva *et al.* (2010), é importante considerarmos os olhares, os gestos, o tom da voz, as pausas, as interações, enfim, tudo o que seja significativo para a compreensão do mundo social que está sendo investigado.

Para compreender o contexto dos agricultores desse estudo, foi fundamental entender seu ponto de vista, buscando as experiências e o significado das práticas de cuidado utilizadas pelos interlocutores. Para Helman (2009), para estudar os sistemas de cuidado de qualquer sociedade, é necessário conhecer sua organização social,

religiosa, política e econômica, não podendo ser pesquisado isoladamente. Considerando esta perspectiva e a intenção da investigação etnográfica, a maior dificuldade do trabalho de campo para o pesquisador “está na diferença entre os idiomas culturais” deste com os interlocutores pesquisados – “esse mundo estranho no qual desejamos penetrar” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006, p. 22-23). Segundo Langdon e Wiik (2010), o estudo etnográfico exige do investigador uma postura de relativismo cultural, que ocorre quando, ao se deparar com uma cultura diferente, o pesquisador não realiza julgamentos de valor a partir do seu próprio sistema cultural. Sendo assim, necessita olhar a outra cultura segundo seus próprios valores, não julgando, mas reconhecendo-a como diferente.

Conforme Velho (1978, p. 42), para analisar as categorias familiar e exótico, o pesquisador deve considerar que “o conhecimento das situações e dos indivíduos é construído a partir de um sistema de interações cultural e historicamente construídos”. Para tanto, dispõe de um mapa que o familiariza com situações cotidianas, o que, no entanto, não significa que o que vê e encontra seja necessariamente conhecido, sendo necessário que o pesquisador relativize e coloque-se no lugar do outro. Apesar de estarmos acostumados com uma paisagem social, isso não mostra que compreendemos a lógica das suas relações, pois o “processo de descoberta e análise do que é familiar pode envolver dificuldades diferentes do que em relação ao que é exótico” (VELHO, 1978, p. 41). “O processo de estranhar o familiar torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito dos fatos, situações” (VELHO, 1978, p. 45).

De acordo com Peirano (2014, p. 386), as “palavras fazem coisas, trazem consequências, realizam tarefas, comunicam e produzem resultados”, mas não são o único meio de comunicação. Os silêncios comunicam, assim como os outros sentidos (olfato, visão, espaço, tato), os quais necessitam ser avaliados e analisados. Diante disso, conforme Cardoso de Oliveira (2006), é importante que o pesquisador desenvolva as três habilidades: olhar, ouvir e escrever. Enquanto no olhar e no ouvir realiza-se nossa percepção, é no escrever que o pensamento produz o discurso. A primeira experiência do pesquisador em campo é a “domesticação teórica do olhar”, sendo importante “dar-se conta da natureza das relações sociais mantidas entre as pessoas da unidade residencial e delas entre si”, além do seu grupo social. “Tanto o ouvir como o olhar não podem ser tomados como faculdades totalmente

independentes no exercício da investigação”, “ambos servem para o pesquisador como suas muletas” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006, p. 21).

A partir dessa concepção, esta tese parte da antropologia para a enfermagem. De acordo com Holden e Littlewood (*apud* MULHALL, 1996) e Martorell-Poveda (2001), a conexão entre a enfermagem e a antropologia nos remete a dois conceitos: a antropologia da enfermagem (*antropoenfermería*) e a antropologia para a enfermagem (*enfermeantropología*). A primeira estuda as características socioculturais que definem a profissão de enfermeira, centrando nos estudos das práticas, tradições e rituais implicados na disciplina. A segunda, a qual é a proposta desta tese, é entendida como a aplicação dos conceitos e teorias da antropologia na disciplina de enfermagem no estudo das culturas, buscando promover uma maior compreensão e melhorar o cuidado.

Para Martorell-Poveda (2001), a enfermeira-antropóloga, oscila em um movimento constante entre a implicação-empatia e a distância necessária para a reflexão e a escrita. Sendo assim, ressalta-se a importância de atuar o máximo possível, como uma estranha, que se surpreende por tudo que ocorre ao seu redor, com isso, sendo capaz de descobrir novos idiomas, significados, situações de conflitos, entre outros achados. A enfermeira-antropóloga pode exercer o papel de tradutora cultural no processo saúde-enfermidade-atenção.

O território rural investigado situa-se no 1º distrito do município de Canguçu, Rio Grande do Sul (RS), Brasil, localizado do Bioma Pampa. De acordo com o censo demográfico do IBGE de 2010, a população total de Canguçu é de 53.259 habitantes, dos quais 33.565 residem na zona rural. O município possui uma área de 3.525,293 km² e densidade demográfica de 15,11 hab/km², tendo como municípios limítrofes: Encruzilhada do Sul, Amaral Ferrador, Cristal, Cerrito, Morro Redondo, Pelotas, São Lourenço do Sul e Piratini (Figura 3) (IBGE, 2010).

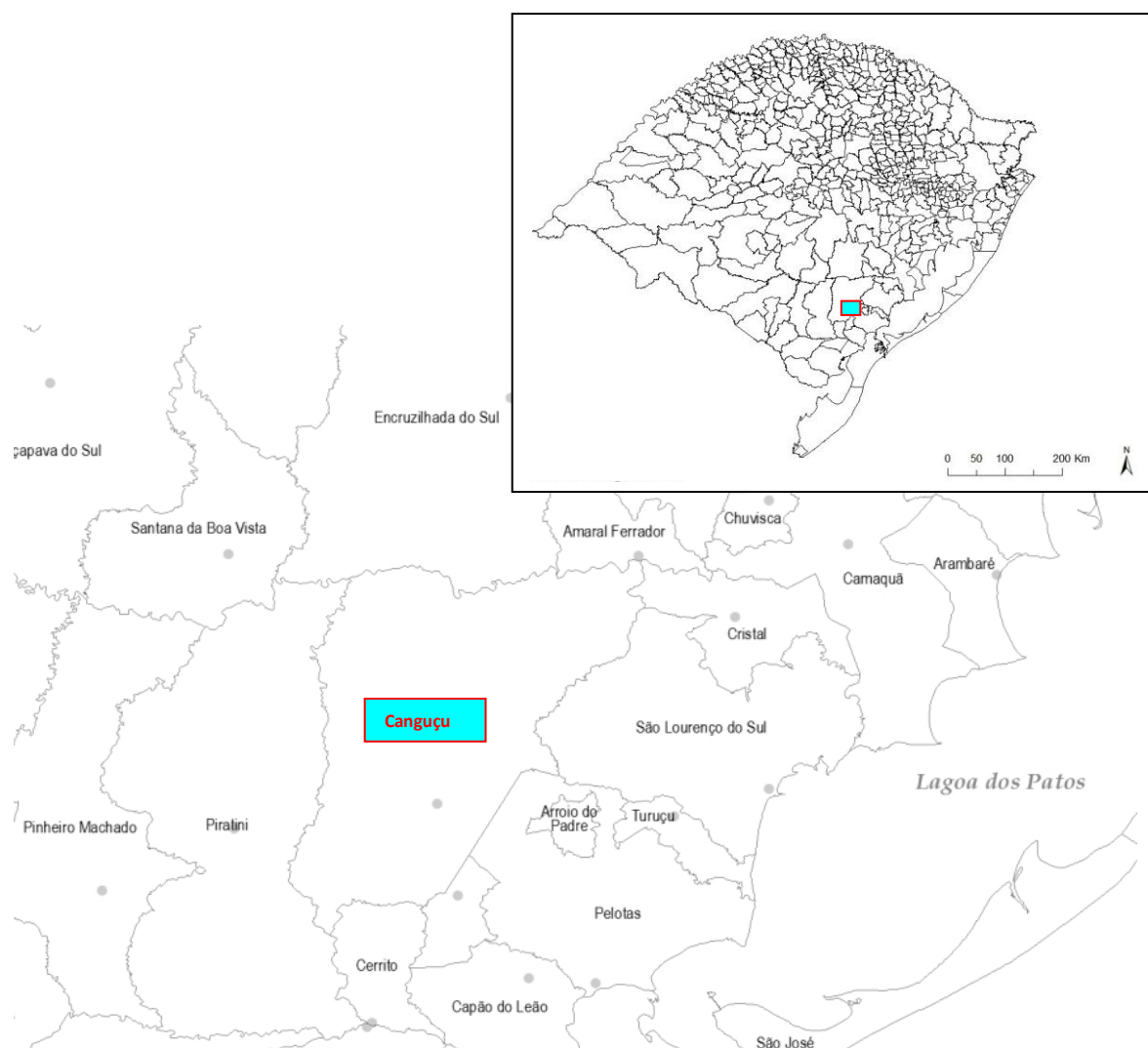


Figura 3 – Limites geográficos de Canguçu. Pelotas-RS, 2014.

Fonte: Mapas para colorir.

Disponível em: <http://www.mapasparacolorir.com.br/mapa-estado-rio-grande-do-sul.php>. Acesso em: 09 fev 2014.

O município está dividido em cinco distritos (Figura 4). O 1º distrito compreende em seu território a área urbana do município e parte da rural, na qual os interlocutores residem.

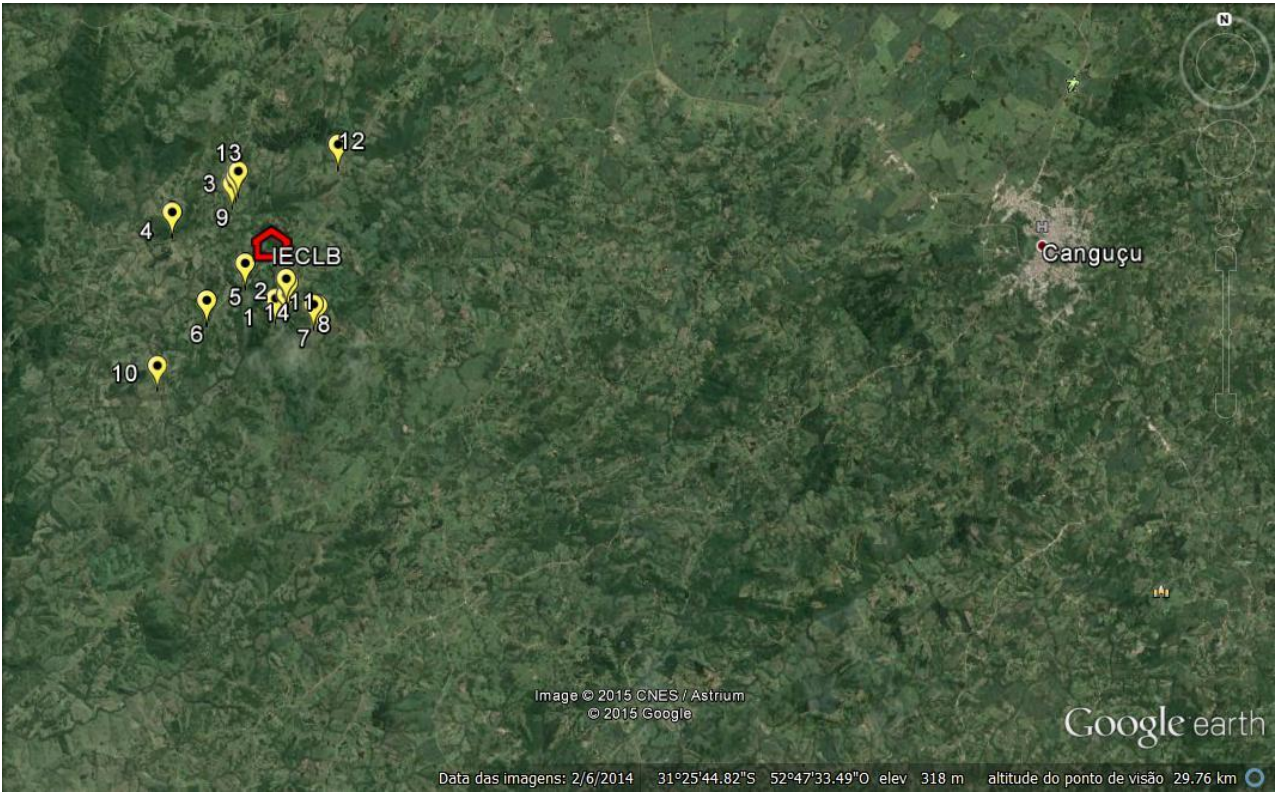


Figura 5 – Mapa com a localização das famílias investigadas no 1º distrito e o contraste com a distância da área urbana de Canguçu.
Fonte: Google Earth. Outubro, 2015.

Os interlocutores¹⁵ da pesquisa foram 14 famílias de agricultores, residentes na área rural do 1º distrito de Canguçu, totalizando 25 entrevistados (Quadro 1).

Quadro 1 – Identificação das famílias e entrevistados (as).

FAMÍLIA	ENTREVISTADO (A)	IDADE
Família 1	Siderlei	56
Família 2	Olívia	57
Família 3	Lídia	70
Família 4	Lia	39
Família 5	Letícia	35
	Ricardo	44
Família 6	Amanda	28
	Pedro	33
	Selma	81
	Augusto	87
Família 7	Dilma	71
	Inês	47
	Neldo	73

¹⁵ Ao utilizar a denominação “interlocutor” (ao invés de “informante”), parte-se de uma relação dialógica entre pesquisador/pesquisado, resultante de um “encontro etnográfico”, em que é criado um espaço compartilhado por ambos. “Ao trocarem ideias e informações entre si, etnólogo e nativo, ambos igualmente guiados a interlocutores, abrem-se a um diálogo em tudo e por tudo superior, metodologicamente falando, à antiga relação pesquisador/informante. O ouvir ganha em qualidade e altera uma relação, qual estrada de mão única, em outra de mão dupla, portanto uma verdadeira interação” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006, p. 24).

Família 8	Mariana	40
	José	43
Família 9	Ilma	70
	Ivete	50
Família 10	Maria	58
	Henrique	31
Família 11	Eduarda	57
	César	61
Família 12	Viviane	40
	Paulo	38
Família 13 ^(#)	Paula	31
Família 14	Iasmim	34

Anteriormente ao início da pesquisa de campo, o projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Faculdade de Enfermagem da UFPel, sob o parecer nº 649.818. Respeitou-se o Capítulo III¹⁶ da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007 – artigos 89, 90 e 91, das responsabilidades e deveres, e também os artigos 94 e 98, das proibições – assim como a Resolução nº 466 de 2012¹⁷, de competência do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que emana diretrizes sobre pesquisa com seres humanos (COFEN, 2007; BRASIL, 2012a). Seguindo o cumprimento da Resolução nº 466 de 2012, havendo concordância em participar, fez-se a leitura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitou-se aos interlocutores que o assinassem, em duas vias, sendo uma delas entregue ao interlocutor e a outra mantida com a pesquisadora (Apêndice I). Procedeu-se da mesma maneira com o consentimento para o registro fotográfico (Apêndice II).

Contudo, a antropologia problematiza essa forma de buscar o consentimento dos participantes, propondo sua construção a partir da convivência e diálogo entre os interlocutores (pesquisador e pesquisado), “em momentos e de formas muito particulares e distintas” (LANGDON; MALUF TORNQUIST, 2008, p. 138). Segundo

¹⁶ O Capítulo III – do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica – apresenta como responsabilidades e deveres: Art. 89º - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90º - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91º - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos resultados. Da mesma forma, define como proibições: Art. 94º - Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 98º - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

¹⁷ A Resolução nº 466/12 é regulamentada na pesquisa envolvendo seres humanos, fundamentando-se no respeito à dignidade humana, exigindo que toda a pesquisa deva processar após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e ou seus representantes legais manifestem a sua ausência na pesquisa.

Geertz (1997, p. 107), “a compreensão de um determinado grupo depende de uma habilidade para analisar seus modos de expressão, seus sistemas simbólicos, e sermos aceitos por este grupo contribui para o desenvolvimento desta habilidade”. Para Langdon e Maluf Tornquist (2008), o método etnográfico parte de um processo construído conjuntamente entre pesquisador e pesquisado, já incluindo, por seus procedimentos de diálogo com o outro e respeito às concepções e valores locais, uma forma de consentimento, não formal, para a realização da pesquisa. De acordo com Cardoso de Oliveira (2004, p. 33), há “diferença entre pesquisas *em* seres humanos, como na área biomédica, e pesquisa *com* seres humanos, como na antropologia”, sendo que nessa o participante deixa a condição de cobaia para assumir o papel de sujeito da interlocução. No trabalho de campo da antropologia, o próprio objeto da pesquisa é negociado, tanto a interação do pesquisador com os participantes como a definição do problema a ser pesquisado.

A presente investigação não incluiu qualquer tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Os interlocutores responderam às questões de livre e espontânea vontade. A pesquisa apresentou como benefícios aos agricultores o reconhecimento e a reflexão sobre as práticas de cuidado à saúde, assim como o sistema de cuidado utilizado pelo grupo social.

Visando assegurar o anonimato dos interlocutores, estes foram identificados por nomes fictícios, escolhidos por eles mesmos, seguidos da idade – por exemplo, Ana, 34a. Para Fonseca (2010, p. 9), “o uso de nomes fictícios não garante o anonimato aos informantes”, pois a descrição densa depende da riqueza dos detalhes contextuais, não sendo difícil para qualquer pessoa próxima a eles reconhecer cada personagem, seja ele nomeado ou não. Ao mesmo tempo em que o pesquisador procura garantir a riqueza de detalhes ao texto etnográfico, exerce uma vigilância contínua aos limites éticos.

Desde 2008, a pesquisadora estabeleceu vínculos com uma agricultora residente no 1º distrito, em decorrência da realização de sua pesquisa para o mestrado (CEOLIN, 2009), o que influenciou na definição do grupo presentemente abordado na pesquisa de doutorado. O contato com a família manteve-se no intervalo entre uma e outra pesquisa, ao longo últimos sete anos, devido ao fato de a localidade de Remanso possuir uma banca na Feira Ecológica da Associação Regional de Produtores Agroecologistas da Região Sul (ARPASUL), que ocorre aos sábados pela manhã na Avenida Dom Joaquim, em Pelotas, que a pesquisadora frequenta.

Com a intenção de estabelecer a aproximação com o campo, foi realizado contato com a agricultora, considerada informante-chave¹⁸. A referida agricultora levou a proposta de investigação para que fosse discutida na reunião do grupo de agricultores ecológicos, composto por integrantes de duas cooperativas – ARPASUL e Cooperativa Sul Ecológica –, que realiza reuniões a cada dois meses. Na reunião ocorrida em outubro de 2013, na residência de um dos agricultores, a pesquisadora se fez presente com o objetivo de expor as intenções da pesquisa. Nesse momento, foi questionada sobre a proposta pelos integrantes, tendo um dos agricultores comentado que seu papel seria semelhante ao de outra pesquisadora, já conhecida do grupo, que desenvolveu uma pesquisa há aproximadamente quatro anos sobre agricultura agroecológica. Ao final da reunião, os agricultores declararam aceitar o desenvolvimento da pesquisa, fornecendo os telefones para contato.

Foote-Whyte (1980) aborda a necessidade de negociação para inserção do pesquisador no grupo abordado, sendo fundamental para realização da observação a presença de um intermediário, “indivíduo-chave”, o qual pode garantir o acesso à localidade, podendo também ser um conselheiro e protetor. A aceitação no grupo depende principalmente das relações pessoais desenvolvidas e para isso o apoio e colaboração do(s) líder(es) do grupo estudado são importantes.

Em março de 2014, através da informante-chave, teve início a participação e aproximação com o grupo de mulheres da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas (OASE). O propósito do primeiro encontro foi dialogar sobre o objetivo da pesquisa com as mulheres e o pastor da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB), iniciando uma interação com as famílias. Nesse encontro, as mulheres convidaram a pesquisadora para participar do Seminário Sinodal, com o tema “Saúde e Alimentação”, que se realizaria em abril, na Comunidade Santa Maria do Sul, em Pelotas. Após conversa com o pastor da Comunidade Advento, ao final do Seminário Sinodal, foi-lhe enviado, via correio eletrônico, o projeto de pesquisa.

Após esses diálogos, em maio iniciou-se a pesquisa de campo, quando a pesquisadora passou a conviver em residências de famílias rurais e em espaços comunitários aos quais estavam integradas as agricultoras. Essa fase da pesquisa estendeu-se até setembro de 2014. A pesquisadora procurou conhecer e participar de

¹⁸ Para Fine (1980, *apud* TAYLOR; BOGDAN, 2013, p. 61), “os informantes-chave apadrinham o investigador no cenário e são fontes primárias de informação”. “Os investigadores de campo tratam de cultivar relações estreitas com uma ou duas pessoas respeitadas e conhecedoras nas primeiras etapas da investigação” (TAYLOR; BOGDAN, 2013, p. 61). São identificadas como pessoas representativas no conhecimento do tema abordado.

atividades realizadas no cotidiano familiar e social do grupo estudado e, para isso, pernoitou nas casas de algumas famílias que a convidaram. Fazia também parte dessas atividades a participação nas reuniões mensais da OASE, assim como em outras atividades da comunidade. Em algumas visitas, participaram também duas bolsistas da Faculdade de Enfermagem, porém sempre apenas uma a cada vez.

Como critérios de inclusão, considerou-se que participassem do grupo da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas (OASE), tivessem 18 anos ou mais de idade, que residissem em local de fácil acesso terrestre, para acesso em veículo automotor. No período da pesquisa de campo, 17 mulheres frequentavam o grupo da OASE, destas 14 aceitaram participar.

Para chegar até as residências, foram utilizadas as indicações fornecidas pelas agricultoras. Em alguns momentos, no decorrer do trajeto, foi necessário solicitar informações em alguma residência na beira da estrada ou a pessoas que por ali caminhavam. No transcorrer da pesquisa de campo, foram-se descobrindo novos trajetos, orientados pelos agricultores, para chegar às residências. A RS-265 (acesso ao município de Piratini) é uma estrada de chão larga, com muitos buracos ao longo do caminho, percorrida até o local de acesso ao Remanso. A estrada que transpassa o Remanso, chamada de “estrada Real”, apresentava-se em melhores condições de tráfego. Alguns dias foram chuvosos, resultando em muito barro e buracos nas estradas de chão, dificultando o acesso às propriedades. O percurso de ida e volta de Pelotas para chegar às residências das famílias foi de, em média, 180 km. Na paisagem do caminho transcorrido na área rural, foi possível observar regiões verdes, sem qualquer residência, casas isoladas e agrupamentos de casas. A pesquisa de campo foi realizada no outono e no inverno, neste período o clima variou muito, com dias nublados, chuvosos e ensolarados, assim como as temperaturas, que oscilaram entre 3º C e 23º C, predominando as baixas temperaturas nessa época. Nas manhãs mais frias, havia muita neblina, principalmente nas regiões mais baixas. Houve lindos amanheceres com o chão branco, coberto pela geada (Figura 6).



Figura 6 – Imagens do trajeto na área rural do 1º distrito de Canguçu (RS).
Fotos: Teila Ceolin, 2014.

As visitas eram agendadas, ou durante as reuniões do grupo do OASE ou por contato telefônico. Em todas as residências, fui recebida pela mulher, que já me aguardava com fogo no fogão a lenha para o preparo do almoço. Sempre havia cachorros no pátio das casas. Em algumas famílias, o marido também estava presente ou, após minha chegada, vinha me cumprimentar e conversar. Ficávamos na cozinha, espaço utilizado para as refeições, para reunir a família, para assistir televisão, ouvir rádio e para momentos de confraternização entre familiares e/ou amigos. Esse era o local onde passávamos a maior parte do tempo.

As famílias organizavam-se para me receber, desde a rotina do trabalho, com a mulher realizando atividades ao redor da casa, as quais eu poderia acompanhar

e/ou participar, assim como preparo das refeições, questionando-me sobre alguma possível – de fato inexistente – restrição alimentar. Os alimentos servidos eram deliciosos, sendo prazerosa a degustação das refeições, sobremesas e frutas. Durante o período em que permanecia nas casas, colocava-me à disposição e auxiliava no preparo das refeições e demais atividades, como colher hortaliças e temperos, utilizados nas refeições ou que seriam comercializados na feira, ou recolher ovos ao final da tarde. As atividades de preparo do queijo e ordenha das vacas, apenas observei, pois, segundo os agricultores, uma pessoa diferente ordenhando, com a qual a vaca não está acostumada, poderia fazer com que ela secasse o leite do dia. Durante o período da pesquisa de campo, os agricultores usualmente sabiam em qual residência eu estava, e às vezes entravam em contato, pelo telefone do proprietário da casa, para agendar ou confirmar as visitas, solicitar alguma carona até Canguçu ou para outro local, quando eu estava retornando a Pelotas. Em algumas famílias, fui presenteada com frutas produzidas nas propriedades. Todas as famílias foram bastante acolhedoras e receptivas; segundo as agricultoras, as pessoas sentem-se assim nesse espaço.

Realizar um estudo que considera aspectos culturais implica na adoção de um conjunto de técnicas e instrumentos de pesquisa. Para a realização desta pesquisa, lançou-se mão das seguintes técnicas de pesquisa: observação participante, registro fotográfico, entrevista semiestruturada gravada com a construção do genograma e da rede de relações. Além disso, foi utilizado o diário de campo, como instrumento de registro de dados.

As informações descritas anteriormente são provenientes das observações registradas no diário de campo. Durante o trabalho de campo foram realizadas breves anotações. Ao retornar do campo esses registros eram digitados e descritos detalhadamente em um arquivo no computador. Segundo Guasch (2002), a observação participante¹⁹ é a técnica mais utilizada para analisar a vida social dos grupos humanos, sendo um instrumento útil para a obtenção de dados de qualquer realidade social e um dos modos de investigação que permite prestar maior atenção ao ponto de vista dos atores. Durante a interação com os interlocutores, eram realizados breves apontamentos no diário, sendo a escrita detalhada exercida após a

¹⁹ Malinowski e Boas defendiam a observação participante na pesquisa de campo, colocando o pesquisador no meio da comunidade que ele está pesquisando. Malinowski estava realizando estudo de campo nas Ilhas de Trobriand, no Pacífico Oeste, e, devido a complicações decorrentes da 1ª Guerra Mundial, permaneceu no campo por quatro anos. Esta pesquisa é citada como a áurea para imersão de um pesquisador na sociedade estudada. Boas ensina que tudo deve ser objetivo de descrição mais meticulosa, de retranscrição mais fiel (AGROSINO, 2009; LAPLANTINE, 2012).

saída da residência. Segundo Hammersley e Atkinson (1994), o diário de campo aporta um relato contínuo da conduta do investigador, com as notas diárias. Durante todo o período das observações, devem ocorrer ao mesmo tempo o processamento teórico das anotações e a reflexão constante sobre o processo de investigação. Os relatos devem incluir, além dos registros do trabalho de campo, as próprias dificuldades e sentimentos pessoais do pesquisador, como bem-estar, ansiedade, surpresa, choque ou repulsa. O diário de campo (Apêndice III) desta pesquisa continha informações das observações realizadas, ou a partir das fotos registradas, e as reflexões da pesquisadora.

O registro fotográfico foi outra técnica utilizada, visando à captura de imagens das práticas de cuidado realizadas pelos agricultores e do contexto no qual as famílias viviam, complementando as observações e auxiliando na descrição, análise e interpretação dos dados. Para Taylor e Bogdan (2013), as imagens fotografadas colaboram para a compreensão sobre o que é importante, podendo auxiliar no registro dos dados, captando detalhes que poderiam ser esquecidos ou passar despercebidos. Segundo Neiva-Silva e Koller (2002), o uso da fotografia auxilia na comunicação dos significados, permitindo uma melhor compreensão por parte do pesquisador. Conforme Nobre (2009, p. 70-71), a fotografia possibilita a narrativa visual, “mesmo sendo concebida como um fragmento de um determinado espaço e uma representação temporal de uma situação vivida em frações de segundo, ela conta o momento histórico e pode perpetuar dados”. Por meio do registro fotográfico, é possível perceber a singularidade de uma representação, indicando informações em relação ao meio sociocultural onde foi concebido. Além disso, permite compreender certas dinâmicas, sendo considerada uma fonte de dado, produto da informação visual armazenada. “O que o fotógrafo faz ao produzir uma fotografia é narrar um momento”.

A entrevista semiestruturada (ver roteiro no Apêndice IV) gravada, sobre as práticas de cuidado em saúde, ocorreu no domicílio dos interlocutores. Inicialmente, no projeto de tese havia sido proposto 11 perguntas, porém no decorrer da pesquisa de campo identificou-se a necessidade de inserir novos questionamentos, visando atender os objetivos propostos. Diante disso, a entrevista ficou com 28 perguntas.

Além disso, visando conhecer a rede de relações para o cuidado à saúde do grupo investigado, foi elaborado o genograma de cada família, que consiste na representação gráfica de informações sobre a família, evidenciando a dinâmica familiar e as relações entre seus membros, além de dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia, entre outros. É um instrumento padronizado, no qual símbolos e

códigos podem ser interpretados, sendo uma prática comum a inclusão de pelo menos três gerações familiares na sua construção (WRIGHT; LEAHEY, 2012). A elaboração do genograma durante a pesquisa de campo, juntamente com a rede de relações, possibilitou identificar a existência e sentidos das relações consanguíneas ou não, entre as famílias, vizinhos e integrantes da comunidade.

As redes de relações foram construídas no decorrer da pesquisa de campo, a partir dos relatos dos interlocutores e suas famílias, podendo ser de parentesco ou não. De acordo com VÍCTORA, Knauth e Hassen (2000, p. 69), as redes de relações de não parentesco consistem em um “mapeamento descritivo das relações sociais de troca” em um determinado grupo: neste caso, interessa ao pesquisador conhecer o que é trocado (conteúdo dos vínculos), com quem é trocado (relações verticais ou horizontais) e quanto é trocado (densidade dos vínculos – estreitos ou fluídos, contínuos ou eventuais) (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 69). As redes de relações sociais “são um conjunto específico de vínculos entre um conjunto específico de pessoas, e as características desse conjunto podem ser usadas para interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas”. Conhecer como as redes se organizam, como ocorrem os intercâmbios e as formas de trocas aceitas pelo grupo social permite ao pesquisador entender a estrutura social daquele grupo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 68). A rede social consiste na estrutura a partir da qual advém o apoio social; portanto, não se limita à família, mas inclui todo o conjunto de vínculos interpessoais (família, amigos, relações de trabalho/estudo e relações comunitárias ou com serviços de saúde) (SLUZKI, 1997). Na perspectiva de compreensão dessas relações da rede social, a abordagem sociocultural coopera para uma percepção mais completa da relação entre saúde e modos de vida, possibilitando detalhar as formas de cuidado adotadas de modo a facilitar na busca pela integralidade na atenção (ALVES, 2013).

Há três características da descrição etnográfica: “ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o ‘dito’ num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis” (GEERTZ, 2012, p. 15). A organização das informações, com a transcrição das entrevistas e a elaboração do diário de campo, aconteceu no decorrer do período de pesquisa de campo.

Durante a realização de estágio de doutoramento no exterior, todos os registros foram organizados em grupos: diário de campo, fotografia, entrevista e genograma. A análise dos dados ocorreu em todo o processo investigativo. Segundo

Cardoso de Oliveira (2006), o momento de escrever é marcado por uma interpretação fora do ambiente de pesquisa, o ambiente acadêmico. Esta etapa faz com que os dados sofram uma nova refração, sendo contaminados pelo contexto (*being here*) no qual o pesquisador está realizando esta ação.

As entrevistas gravadas em áudio foram transcritas na íntegra. Após foram lidas e elencadas as categorias (*nós*) iniciais. Na sequência cada entrevista e diário de campo foi inserido no Software NVivo 10²⁰, para leitura e categorização de todos os textos. Ao introduzir cada arquivo – entrevista ou diário de campo –, foi realizada uma leitura minuciosa, selecionando e categorizando cada relato ou trecho do diário de campo. Quando identificada uma nova categoria, essa era adicionada no programa e no arquivo em *Microsoft Word (Word)*, elaborado pela pesquisadora (Apêndice V). O software permite categorizar cada fragmento de texto, podendo ser classificado em mais de uma categoria (*nó*).

A figura 7, ilustra a organização das categorias no Software NVivo 10. Na primeira coluna estão as categorias elencadas pela pesquisadora, no decorrer da análise, na segunda estão as fontes, ou seja, quantos interlocutores referiram sobre o tema e na terceira quantas vezes foi citado, podendo ocorrer mais de uma referência ao tema por cada interlocutor.

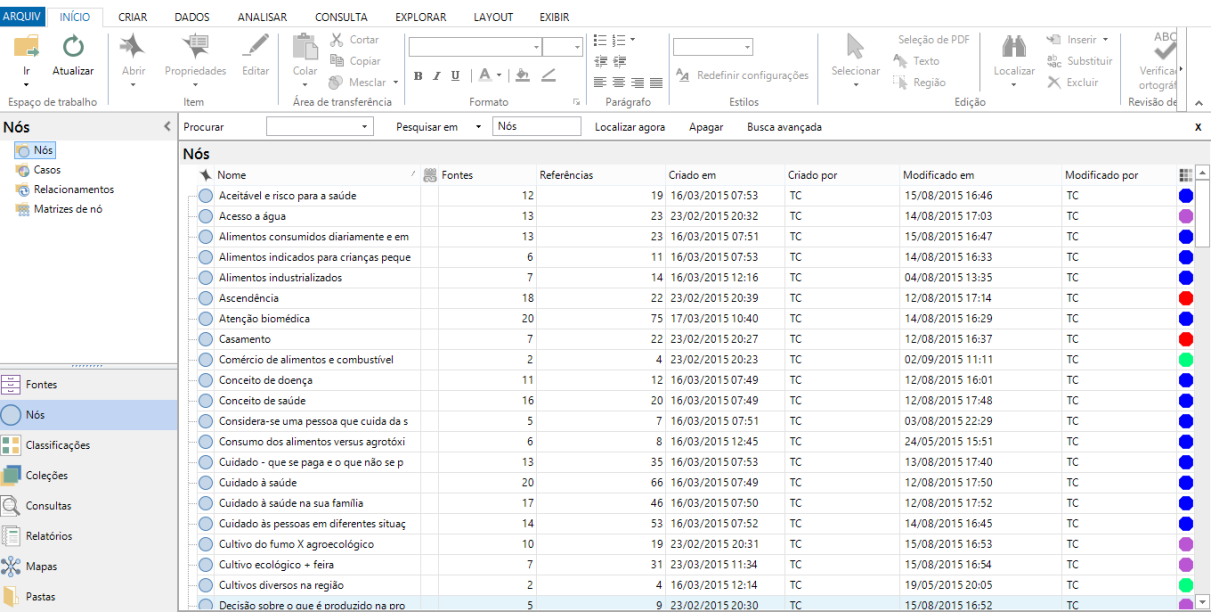


Figura 7 – Imagem parcial do banco de dados da tese ilustrando a organização das categorias (*nós*) no Software NVivo 10.

²⁰ O NVivo é um software que suporta métodos qualitativos e variados de pesquisa. Ele é projetado para organizar, analisar e encontrar informações em dados não estruturados ou qualitativos como: entrevistas, diários de campo, artigos, mídia social e conteúdo web. O NVivo disponibiliza um local para organizar e gerir o material de pesquisa de forma que o pesquisador possa encontrar informações em seus dados. Ele também fornece ferramentas que permitem consultas aos dados de modo mais eficiente.

Além disso, o software possibilita a elaboração de nuvens, com as palavras mais citadas no decorrer do texto categorizado, no caso dessa pesquisa, das entrevistas. Após a categorização de todas as entrevistas e diários de campo, estes foram exportados do NVivo para arquivo *Word*, e armazenados no computador da pesquisadora. Cada categoria (*nó*) foi analisada, considerando o contexto das demais categorias, buscando articulá-las.

Os dados referentes à construção do genograma foram inseridos no programa DIA²¹. As informações da pesquisa estão armazenadas²² no computador e no Dropbox Inc (serviço de armazenamento de arquivos – *cloud computing*) da pesquisadora.

Os dados foram analisados por meio de uma abordagem hermenêutica antropológica. Para Bonfim (2010) a abordagem hermenêutica busca entender que a cultura organizacional, presta-se a uma multiplicidade de interpretações. Na filosofia hermenêutica de Gadamer (2015), o diálogo e a compressão são constitutivos do homem.

Segundo Cardoso de Oliveira (2006, p. 68), para a antropologia, a relação dialógica conduz as partes envolvidas a uma compreensão dupla, ou seja, o outro é igualmente estimulado a nos compreender, incorporando o horizonte do outro. Trata-se da “fusão dos horizontes”, na qual “o pesquisador abre espaço à perspectiva do outro, sem abdicar da sua, uma vez que seu esforço será sempre o de traduzir o discurso do outro nos termos do próprio discurso da sua disciplina”.

²¹ Programa que possibilita a construção de diagramas. Disponível gratuitamente na internet.

²² De acordo com a Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o pesquisado responsável deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (BRASIL, 2012).

Resultados e análise dos dados

Os resultados e a análise dos dados estão apresentados em cinco capítulos: Capítulo 1 – *Aqui fora*: contextualizando o rural estudado; Capítulo 2 – Tempo de trabalho: a organização do cotidiano familiar; Capítulo 3 – *Domingo sem sopa e salada de batata não é domingo*: um olhar a partir da comida; Capítulo 4 – As práticas de cuidado à saúde e suas repercussões entre as famílias rurais; Capítulo 5 – O sistema de cuidado à saúde utilizado pelas famílias rurais.

Capítulo 1 – *Aqui fora*: contextualizando o rural estudado

Os antropólogos não estudam os grupos, mas *nos* e *com* os grupos. A prática da etnografia não se restringe a técnicas de pesquisa, mas corresponde a um esforço intelectual para elaborar uma descrição densa do grupo estudado. A partir da descrição, é possível compreender que “as ações sociais são comentários a respeito de mais do que elas mesmas”, e que “fatos pequenos podem relacionar-se a grandes temas” (GEERTZ, 2012, p. 17).

A partir da perspectiva cultural de Geertz, esse capítulo contextualiza o grupo de interlocutores investigados, assim como apresenta um breve histórico do município de Canguçu, da localidade Remanso e da comunidade Advento. Além disso, relata o grupo da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas, no qual ocorreu a entrada no campo de pesquisa, e discorre sobre o acesso ao ensino dos filhos dos agricultores, as relações estabelecidas entre familiares e vizinhos, o acesso a água e ao que é de fora, assim como as propriedades familiares. Para as famílias rurais o termo *aqui fora*, é utilizado para expressar o espaço onde vivem e convivem.

Como a entrada no campo deu-se pelo grupo religioso, a leitura ocorreu a partir desse coletivo dos interlocutores. Para as famílias, a visão de mundo relaciona-se com a terra e a religião. A igreja é uma forma de aproximação, um laço de estrutura social que une os integrantes da comunidade²³, apesar de suas diferenças. Relação

²³ Referindo-se a comunidade religiosa Advento, da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB).

semelhante existe entre produtores agroecológicos e fumicultores, os quais têm em comum, além da religião, a relação com a terra.

Os interlocutores do estudo foram as agricultoras e suas famílias, totalizando 25 participantes. No entanto, no decorrer da observação participante houve interação com aproximadamente 58 pessoas, entre familiares e vizinhos, destas, 27 eram mulheres. Visando uma melhor compreensão do contexto atual, onde residem as famílias investigadas, apresenta-se a seguir uma breve contextualização histórica do município, localidade e comunidade.

As propriedades das 14 famílias investigadas apresentam entre 10 e 24 hectares; há, porém, uma minoria com maior extensão de terras, chegando a 42 hectares. O trabalho na propriedade é desenvolvido pela família, na maior parte das vezes pelo casal, mas quando há presença de filhos estes também integram a mão de obra.

1.1 Um pouco da história da localidade Remanso e da comunidade Advento

As terras de Canguçu, situadas na Serra dos Tapes²⁴, conformam a formação geológica, mais antiga do Rio Grande do Sul (SALAMONI; WASKIEVICZ, 2013). Na região, onde os interlocutores da pesquisa residem, predomina o relevo com áreas mais rebaixadas. De acordo com o IBGE (2015), o nome do município advém de *cangussú*, palavra de origem indígena que significa “onça de cabeça grande”, animal que poderia ter existido no local à época da fundação do município.

Antes da chegada dos portugueses, a ocupação do município de Canguçu esteve ligada a presença dos índios Tapes, pertencentes à família linguística Tupi Guarani (CERQUEIRA, 2011). Conforme Salamoni e Waskievicz (2013), por volta de 1756, iniciou-se a colonização portuguesa, pela qual as terras foram distribuídas a militares a serviço da Coroa, na forma de sesmarias. Segundo Bento (1983), provavelmente os Tapes em Canguçu, sob a direção dos jesuítas, formaram ali uma guarda avançada para obstaculizar penetrações portuguesas nas 11 estâncias jesuítas que abasteciam de gado os Sete Povos das Missões Orientais.

Em 1780, o português José Pinto Martins fundou a primeira charqueada, em Pelotas. As charqueadas de Pelotas tiveram grande influência em Canguçu, como

²⁴ A Serra dos Tapes compreende a região serrana dos municípios de Canguçu, Pelotas e São Lourenço do Sul. De acordo com a classificação geomorfológica, a Serra do Tapes está inserida no Planalto Uruguaio Sul-riograndense ou Escudo Cristalino Sul-riograndense (SALAMONI; WASKIEVICZ, 2013).

local de produção bovina e de passagem de tropas de gado bovino para Pelotas, vindas de extensas áreas entre o Camaquã e o Jacuí e mais além, bem como do sul do Piratini (BENTO, 1983).

Canguçu foi distrito de Piratini de 1831 até a data da sua emancipação, em 1857 (IBGE, 2015). A instalação do município ocorreu em 23 de junho de 1887, em ato presidido pelo Comendador Manuel José Gomes de Freitas, o qual exercia a presidência da Câmara de Piratini. Na vila de Canguçu, residiam então 458 pessoas e havia 52 casas térreas e dois sobrados (BENTO, 1983).

As áreas de floresta da Serra dos Tapes foram ocupadas gradativamente por imigrantes, diferente das áreas de campo, as quais foram concedidas a militares. A ocupação das áreas de florestas ocorreu em três momentos distintos. O primeiro momento (1756), com a chegada dos imigrantes açorianos, quando cada família recebeu cerca de 272 hectares, estabelecendo-se próximo à atual sede do município. O segundo momento (1850) deu-se com a chegada de imigrantes alemães e pomeranos. Essa ocupação ocorreu como processo de expansão das fronteiras agrícolas, localizando-se ao leste de Canguçu e no limite com São Lourenço do Sul. No terceiro momento (1875), foram destinados lotes de aproximadamente 24 hectares de terras a famílias italianas, nas áreas localizadas ao sul do município de Canguçu (COTRIM, 2003).

Na segunda metade do século XIX e início do século XX, deu-se a chegada no Rio Grande do Sul dos imigrantes de origem alemã: a partir de 1824, no Vale dos Sinos; em 1858, pomeranos²⁵ na região de São Lourenço, próximo a Canguçu (FIALHO, 2005; RUIZ, 2013; SILVEIRA, 2003). Em 18 de Janeiro de 1858, o empresário Jacob Rheingantz, em sociedade com José Antônio de Oliveira Guimarães, a fim de ocupar as terras por eles adquiridas, iniciaram a colonização da Serra de Tapes, trazendo da Europa colonos alemães e pomeranos. O modelo de colonização na região baseou-se no empreendimento particular, predominando o componente étnico (CERQUEIRA, 2011). Segundo Silveira (2003), nesse período ocorreram alguns conflitos, como o episódio da Noite de Natal, de 1869, no qual os colonos (alemães e pomeranos), fizeram de reféns alguns integrantes da família Rheingantz, exigindo tratamento mais humano e transparência administrativa com as dívidas contraídas junta a companhia administrativa. O episódio foi pacificado e

²⁵ Em maio de 1945, após a derrota alemã, na 2ª Guerra Mundial, os vencedores dividiram entre si o território correspondente a região da Pomerânia, sendo anexada a Polônia. A população da antiga Pomerânia teve que abandonar suas terras (SALOMONI; ACEVEDO; ESTRELA, 1995).

posteriormente Jacob Rheingantz, mudou-se para o município de Rio Grande, onde era proprietário de uma fábrica de tecidos. Apesar das dificuldades encontradas pelos colonos, com o passar do tempo compraram as terras, pagando-as com produtos agrícolas.

A partir de 1900, com a chegada de outros imigrantes pomeranos a Canguçu, fundaram-se diversas colônias, especialmente nos 1º e 2º distritos. Para Fialho (2005) e Ruiz (2013), esse foi um período importante pois, diferente do que era praticado na região — a hegemonia da criação de gado —, ao utilizarem técnicas e atividades agrícolas diversificadas, os imigrantes acrescentaram ao cenário diferentes possibilidades para a economia regional.

Conforme Cerqueira (2011), a partir do núcleo inicial, situado em São Lourenço, descendentes de alemães e pomeranos espalharam-se pelo interior dos municípios de Canguçu e Pelotas, instalando uma economia baseada nos minifúndios policultores. O solo da região mostrou-se, adequado à fruticultura. O processo de ocupação da Serra dos Tapes denota peculiaridades quanto à diversidade de grupos étnicos que contribuíram para sua estruturação, como italianos, alemães, pomeranos, franceses, afro e luso-brasileiros.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1937, o município era constituído de sete distritos: Cangussú, Cerrito, Coxilha de Fogo, Estação Cerrito, Iguatemi, Pantanoso e Rincão dos Cravos. Pelo Decreto-lei nº 7199, de 31 de março de 1938, o nome do município de *Cangussú* passou a ser grafado Canguçu. Em divisão territorial, datada de 01/07/1950, o município foi constituído de três distritos: Canguçu, Cerrito e Freire (IBGE, 2015). Canguçu foi elevada a cidade pelo Decreto presidencial nº 311, de 2 de março de 1938. Pela Lei nº 3.735, de 3 de abril de 1959, que criou o município de Pedro Osório, Canguçu perdeu os distritos de Cerrito e Vila Freire, que o haviam integrado durante 102 anos (BENTO, 1983; IBGE, 2015).

Na década de 1960, grande parte da área de floresta havia sido ocupada, principalmente por imigrantes e seus descendentes e também por ex-peões, famílias de agregados e ex-escravos que trabalhavam nas estâncias. Observava-se um grande número de pequenas propriedades, com até 50 hectares, resultado do fracionamento das propriedades, ocorrido pela divisão aos herdeiros, e também porque as famílias não obtinham lucro suficiente na produção agropecuária para adquirir novas áreas. Os agricultores desta zona implementavam sistemas de produção que primavam pela subsistência da família. Até por volta das décadas de 1950-60, esses agricultores produziram sem que houvesse a introdução de grandes

mudanças técnicas. Com o começo da “Revolução Verde”, na década de 1960, os agricultores familiares começam a utilizar algumas destas técnicas em seus sistemas de produção, principalmente no que se refere à aquisição de sementes e adubos químicos e em menor escala, agrotóxicos (COTRIM, 2003).

Atualmente Canguçu possui cinco distritos: 1º, 2º, 3º, 4º e 5º. De acordo com o censo demográfico do IBGE de 2010, a população total de Canguçu é de 53.259 habitantes, dos quais 33.565 residem na zona rural (IBGE, 2010). O primeiro distrito possui população urbana e rural (Quadro 2), com o maior número de pessoas residentes na área rural (DUTRA, 2015).

Quadro 2 – Distribuição do número de habitantes de Canguçu de acordo com cada distrito.

Distritos	Nº de habitantes	
1º distrito	Urbana	19.694
	Rural	11.479
2º distrito	Urbana	---
	Rural	8.623
3º distrito	Urbana	---
	Rural	5.889
4º distrito	Urbana	---
	Rural	4.325
5º distrito	Urbana	---
	Rural	3.249

Fonte: Dutra, 2015, p. 38.

O Remanso é uma das 24 localidades do 1º distrito de Canguçu. De acordo com Dutra (2015), esse distrito possui uma população rural de 11.479 habitantes, com uma diversidade produtiva e de povoamento, com ascendentes de portugueses, africanos, pomeranos e italianos. Tem as localidades rurais com as melhores infraestruturas, em aspectos como escolas, postos de saúde, transporte regular/escolar e estradas em condições de trafegabilidade. Quanto a produção, o 1º distrito de Canguçu, na safra de fumo de 2013-2014, era o que possuía o maior número (1.620) de produtores, seguido pelo 2º distrito (1.478), porém a localidade do Remanso não está entre as maiores produtoras de fumo.

Além de produtores de fumo, também há na localidade do Remanso produtores agroecológicos, os quais estão vinculados à Associação Regional de Produtores Agroecológicos da Região Sul do Rio Grande do Sul (ARPASUL). A ARPASUL foi fundada em 14 de setembro de 1995, com 26 famílias, as quais residem nos municípios de Canguçu, Arroio do Padre, Morro Redondo, Pelotas e Turuçu. A

necessidade da formação da associação surgiu frente à crise na agricultura, dificultando a venda dos produtos cultivados pelos agricultores, os quais se uniram devido ao interesse comum em cultivar produtos de forma diferenciada e ecológica, trocando a produção convencional por uma livre de agrotóxicos. Nesse período, os agricultores foram até o município gaúcho de Ipê, conhecer o processo de produção agroecológica. Algumas famílias possuem fotos dessa visita técnica. A maioria das famílias já havia experienciado situações de intoxicação por produtos químicos, utilizados principalmente no cultivo do fumo. A assessoria técnica à ARPASUL foi realizada através da Pastoral da Terra, vinculada à Igreja Católica e pelo Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor (CAPA) da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB). Após a realização de várias reuniões com órgãos públicos e discussões internas, conseguiram um espaço para realização da Feira Ecológica de Pelotas, a qual foi inaugurada em 18 de novembro de 1995, realizada atualmente, aos sábados pela manhã. Em decorrência do aumento da produção e procura pelos consumidores, a feira passou a ser realizada em quatro turnos, em lugares e dias distintos na cidade de Pelotas. Em maio de 2009, passou a ser realizada também no município de Canguçu (CEOLIN, 2009).

A região central da localidade do Remanso possui diversas casas, com distância de até 500 metros entre elas. Há três igrejas – Igreja Católica, Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB) e Igreja Luterana Livre do Brasil (ILLB) –, com seus respectivos cemitérios.

De acordo com Bahia (2011), em relação as igrejas luteranas,

a partir de 1930, houve a divisão dos sínodos, o que resultou nas seguintes filiações: a filiação da Igreja Evangélica Luterana do Brasil (IELB) ao Sínodo do Missouri e da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB) à Federação de Igrejas da Alemanha. Nos quadros hierárquicos da IECLB, havia preocupação com a preservação da língua alemã como forma de manutenção da igreja luterana, o que, conseqüentemente, resultou em sua subordinação à Federação Alemã. Ao contrário dessa perspectiva, o Sínodo Missouri preocupava-se com a ênfase no aprendizado da língua portuguesa, fato que contribuiu para formação de pastores que falassem a língua nacional, com o entendimento de que o ser luterano não está relacionado a uma identidade específica (BAHIA, 2011, p. 22).

Além das igrejas há também a Escola Estadual de Ensino Fundamental Incompleto (EEEFI) Dr. Edmundo Gastal. A distância entre a IECLB (A) e a Igreja Católica (D), localizadas nos extremos da imagem (Figura 8), é de 350 metros.



Figura 8 – Região central da localidade Remanso. Canguçu (RS)

Fonte: Google Maps. Set 2015.

A – Igreja, salão comunitário e cemitério da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB).

B – Igreja e cemitério da Evangélica Luterana do Brasil (IELB).

C – Escola Estadual de Ensino Fundamental Incompleto (EEEFI) Dr. Edmundo Gastal.

D – Igreja Católica.

E – Cemitério Católico.

A história da localidade do Remanso aqui apresentada foi relatada por diferentes interlocutores e literaturas. Nas terras onde atualmente situa-se o Remanso, havia quatro fazendas, com predominância da criação de gado. Os animais eram deslocados e comercializados nos frigoríficos de Pelotas. Essa informação reporta-se ao período no qual ocorria a criação de gado, influenciada pelas charqueadas de Pelotas. Posteriormente, as terras foram divididas e vendidas. Uma das fazendas permaneceu com grande extensão, em torno de 1.300 hectares, tornando-se a denominada Fazenda da HP.

Nas terras da Fazenda da HP moravam 58 sócios, que durante duas décadas produziram pêssegos, maçãs, morangos e aspargos. Muitos agricultores do Remanso trabalharam na Fazenda HP. O governo havia concedido isenção de impostos aos proprietários por 20 anos, sendo que quando esse período terminou eles foram embora e encerraram as atividades na fazenda. Devido ao fato de as terras terem sido consideradas improdutivas, há aproximadamente 20 anos a fazenda foi invadida pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Há 14 anos ocorreu ali o assentamento de 56 famílias, cuja maioria é oriunda de Palmeira das Missões,

município localizado na região Noroeste do Rio Grande do Sul. De acordo com De David (2005), o assentamento do Remanso, denominado Herdeiros da Luta, foi formado em março de 2001. Apresentava a maior diversidade produtiva entre os dez assentamentos rurais de Canguçu, com produção de milho, feijão e leite, além de pomares de pêssego.

O resgate da história do assentamento ocorreu a partir de uma das famílias entrevistadas, assentada no local há cinco anos. De acordo com a interlocutora (Paula, 31a), nos últimos cinco anos algumas famílias foram embora e outras arrendaram as terras para os *grandes* plantarem. O assentamento possui dois coordenadores gerais (direção) e seis grupos, tendo cada um seu coordenador. As reuniões ocorrem na sede da antiga Fazenda da HP, localizada a aproximadamente 4 quilômetros da região central do Remanso. No assentamento, segundo a interlocutora, há divisão entre as famílias: as de cima, as quais *querem ser mais*, e as de baixo, onde Paula reside com sua família.

Com exceção da família de Paula, que é filha de moradores da localidade de Santa Clara, integrantes da comunidade Advento, as demais famílias que vivem no assentamento não frequentam as igrejas localizadas na região central do Remanso, participando apenas de atividades como jogos de futebol e festas da comunidade do Advento. No assentamento, há diversas práticas religiosas, a igreja Episcopal, localizada ao lado do campo de futebol, “é bem boa também e parecida conosco” (Paula, 31a); a Católica, que realiza os cultos nas residências, pois não possui sede; a Assembleia de Deus e a Adventista, que se situam na sede do assentamento. Das igrejas mencionadas, esta última é a que apresenta o maior número de praticantes.

Ao se referirem à localidade do Remanso, os interlocutores não incluem a área onde está situado o assentamento Herdeiros da Luta, pois com exceção da família de Paula, os moradores dali não frequentam a comunidade religiosa, portanto não são considerados e contabilizados com o número total de famílias que residem no Remanso.

Hoje já não dá para saber, porque tem muitos moradores, mas na colônia do Remanso, que seria quando termina, (Fazenda da) HP pra baixo, que seriam, eu acho, 60 famílias, acho que moram ao todo. (José, 43a)

Próximo à região central, está o prédio do salão comunitário da localidade, o qual está desativado. Nesse espaço ocorriam atividades desenvolvidas pelo Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor (CAPA), como o preparo caseiro de plantas medicinais (chás, xaropes, tinturas, pomadas, entre outros). No entanto, há alguns anos, nenhuma atividade é realizada no local. O salão tinha disponíveis

eletrodomésticos (liquidificador, multiprocessador, batedeira), fogão, utensílios de cozinha (talheres, panelas, pratos), congelador e um trator, que eram utilizados pelos agricultores, mas, em decorrência de conflitos pessoais, o espaço deixou de ser utilizado, ficando abandonado.

É importante lembrar que o olhar para este território ocorreu por meio de interlocutores vinculados a uma das comunidades religiosas, da IECLB. Segundo eles, a igreja Católica e a ILLB apenas realizam cultos, não havendo outras atividades nas comunidades. Há alguns anos, a igreja Católica tinha muitos integrantes, porém seu número acabou por reduzir-se, uma vez que as pessoas mais velhas morreram e muitos jovens emigraram. A redução do número de católicos também é atribuída ao fato de os homens desinteressarem-se em assumir cargos na comunidade religiosa. O relato a seguir destaca a diferença na relação do homem e da mulher com a religião, além de apontar a necessidade de os homens também ocuparem cargos na comunidade, garantindo com isso sua participação e prática religiosa.

Os outros homens, os católicos, são muito desinteressados, se não é as mulheres, os homens não querem mais nada com nada. Eu digo, pra um lado a gente nem podia dar essa ousadia para os homens, pra eles não pegar nada nas diretorias, eles tinham que, não digo fazer toda a frente, mas tem que deixar uma parte pra eles, porque senão eles vão abandonar tudo. Na nossa comunidade, é a mesma coisa, a presidenta, a secretária, são mulheres. A tesoureira era mulher também, agora já é homem de novo. Eu digo, tem que deixar para os homens, senão eles vão deixar tudo de lado, que nem aconteceu na igreja Católica. Eu acho que a gente tinha que deixar esse cargo pra eles não abandonarem, porque mulher não abandona tão fácil, um homem já é mais fácil pra abandonar (a igreja), pelo menos o que eu noto aqui. (Ilma, 70a)

Todos os interlocutores desta pesquisa são praticantes da religião luterana (IECLB), membros da comunidade Advento, cuja sede localiza-se na localidade de Remanso (Figura 9). Apesar de residirem em localidades distintas, a comunidade religiosa os une, configurando o coletivo (nós). Segundo Comerford (2005), a expressão “comunidade rural” pode indicar um grupo delimitado em termos territoriais ou por suas atividades laborais ou, ainda, a partir de relações de proximidade e solidariedade. Por conseguinte, pertencer a uma comunidade não se restringe a compartilhar do mesmo território.

Nesta pesquisa, a convivência entre os integrantes da comunidade decorre da proximidade física e da necessidade de cooperação, a partir das diferentes atividades realizadas pela comunidade religiosa.



Figura 9 – Comunidade Advento da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB). Igreja, salão comunitário e cemitério. Canguçu (RS).
Foto: Teila Ceolin. Agosto, 2014.

Segundo as famílias, a comunidade Advento da IECLB integra a paróquia Ascensão, a qual abrange as nove comunidades rurais de Canguçu, com 943 membros. No município, além dessa paróquia, há a Bom Pastor, localizada na área urbana. A igreja da comunidade Advento foi fundada em 02 de abril de 1962, com 12 membros, sendo que anteriormente as pregações ocorriam nas residências das famílias. O primeiro pastor era alemão, vindo da Alemanha, e para realização dos cultos deslocava-se de Pelotas a cavalo, pernoitando na casa onde ocorria a pregação. Depois veio um pastor de Morro Redondo e, mais tarde, os americanos. O prédio atual da igreja foi construído há 22 anos.

Há uma escala entre as famílias para a limpeza da igreja, sendo que a cada mês duas assumem a tarefa. As aulas para as crianças que frequentam o ensino confirmatório²⁶ ocorrem quinzenalmente, sendo um dos encontros no mesmo dia do grupo da OASE (Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas). A confirmação é um marco social importante, sendo comemorado com festividades.

Na comunidade há também o grupo de jovens, cujos cultos ocorrem aos sábados, uma vez ao mês. Da mesma forma, existe o culto infantil, que acontece

²⁶ Chegada a adolescência ou juventude, aproximadamente aos 12 anos, as comunidades oferecem um curso denominado *Ensino Confirmatório*, o qual constitui em encontros e cursos, seminários e retiros, com duração mínima de 50 horas. Concluído o período de *Ensino Confirmatório*, o/a jovem está pronto para a *confirmação*. A comunidade reúne-se com pais, padrinhos e madrinhas em culto próprio, o culto de confirmação, e o/a jovem professa publicamente sua fé, diante de Deus e da comunidade (IECLB, 2011).

quinzenalmente. É um espaço no qual a orientadora passa ensinamentos religiosos às crianças, reforçando valores do viver em comunidade.

No culto infantil a gente canta, faz brincadeira, conta uma historinha, uma leitura bíblica, vamos dizer uma história bíblica contada pra crianças [...]. Depois eles sempre fazem uma atividade, aí uma vez fazem uma dobradura, uma pintura, alguma coisa assim, trabalhos manuais, eles fazem depois e levam para casa. É legal pra eles e pra mim também, eu já dou culto infantil há mais de 20 anos. (Lia, 39a)

Além das atividades da comunidade Advento, os membros participam de outras, promovidas pela IECLB, como o Encontro Sinodal de Saúde, realizado anualmente; o evento nacional para os jovens luteranos, que ocorre a cada quatro anos (em 2014 ocorreu em Rondônia); o festival de teatro entre as comunidades religiosas; e os encontros da OASE, entre as paróquias do estado.

Assim como evidenciado por Bahia (2011), em estudo realizado junto a pomeranos produtores de hortifrutigranjeiros, no município de Santa Maria de Jetibá (Espírito Santo), a igreja é um ponto de sociabilidade fundamental na vida das famílias dos interlocutores, pois tudo que ocorre na comunidade reflete na esfera religiosa.

Em 2014, a comunidade Advento compreendia 52 famílias e 13 membros jovens, os quais contribuem com um valor monetário trimestralmente. Cada família colabora com um valor de R\$ 65,00 e os filhos solteiros, a partir de 25 anos, com R\$ 13,00. A diretoria da igreja é eleita a cada dois anos, podendo concorrer à reeleição. No decorrer de 2014, o salão da igreja esteve em obras, com reformas e ampliação, havendo uma escala entre os homens, que estipulava que cada dia um deles auxiliaria o pedreiro contratado, também membro da comunidade.

Em todas as residências há um calendário, geralmente fixado na parede da cozinha, com a programação de todas as atividades promovidas pela IECLB, inclusive a data dos encontros da OASE da comunidade e os cultos.

Temos um calendário com as programações previstas [...], às vezes tu tem alteração. A nossa OASE é todas as primeiras terças-feiras do mês, mas de repente quando na primeira terça, está chovendo muito, aí não tem, então o pastor vai e agenda um outro dia. E assim é todo ano, e aí, tipo, o culto recebe calendário, tu já sabe, uma vez é sábado, outra vez é domingo, até pra ti assim se programar também. (Letícia, 35a)

A maioria dos interlocutores exerce ou já desempenhou alguma função na comunidade Advento, ou na localidade na qual residem, responsabilizando-se em gerar, manter e promover diferentes práticas. Para isso, necessitam conciliar suas atividades laborais com as demandas exigidas pelas funções exercidas.

Atualmente eu sou presidente aqui da nossa comunidade. Aí existe um conselho paroquial que é composto das diretorias de todas as comunidades, são nove comunidades que o pastor atende. A cada três meses o conselho se reúne. Eu também sou orientadora do culto infantil, eu dou culto infantil

para as crianças e também sou coordenadora do nosso grupo agroecológico aqui. (Lia, 39a)

Além disso, as pessoas que atuam nas diferentes funções na comunidade estimulam e propiciam espaços para que outras assumam os cargos, tanto entre as gerações familiares, como por meio dos membros da comunidade, reproduzindo valores do contexto social.

Quando as pessoas falam comigo, eles dizem: “você é a liderança”; só que, para tu ser líder, tu tem que ir e participar e te preparar pra fazer isso, assim como eu. Se tu faz isso sempre, como é que vou dizer, por amor à camiseta, né, porque eu tive a grande dificuldade [...]. Eu sempre penso que deixei exemplos também para minhas filhas, como a Letícia, que agora é tesoureira da OASE. Ela então vem a ser secretária do grupo da comunidade. A Lia, é presidente da comunidade. Então deixei exemplos também para as pessoas mais jovens. (Lídia, 70a)

A religião é o meio pelo qual o sistema de cuidado se constitui enquanto espaço, indivíduo, família, relações e comunidade. Não basta ser reconhecido como líder, é importante repassar essa habilidade entre as gerações familiares, visando a manutenção e reprodução desse espaço pelos integrantes mais jovens, como filhos e netos.

A religiosidade está presente entre os discursos familiares, como se observa nos relatos a seguir, compondo o sistema de cuidado entre os interlocutores.

Eu acho, Deus em primeiro lugar, Deus e a família da gente, né, os amigos da gente, porque sem Deus não vamos em lugar nenhum. Eu sempre digo, se as coisas já são difíceis, imagina sem Deus. (Olívia, 57a)

O que dá a condição de tudo é Deus, que Deus é tão bom, que mesmo a gente morando aqui, porque eu e o F. (filho) estranhemos demais, mas Deus é que cuidou de nós e foi dando força e acompanha a gente. Mesmo quando a gente faz as burradas, Deus não desiste da gente, é isso que faz a gente conseguir. (Maria, 58a)

Nos relatos, também foi possível evidenciar a importância da religião no cotidiano das famílias, fornecendo conforto espiritual para superar as doenças e os problemas enfrentados. A religião também é uma prática de cuidado, realizada pelos indivíduos e suas famílias. A comunidade se fortalece como coletivo, apesar da distância entre as propriedades e de alguns integrantes residirem em outras localidades rurais, a comunidade religiosa propicia uma sociabilidade vicinal.

Conforme Candido, a sociabilidade vicinal é “um complexo de atividades que transcendem o âmbito familiar”. A religião, assim como o trabalho, associa-se “para configurar o âmbito e o funcionamento do grupo de vizinhança, cujas moradias, não raro muito afastadas umas das outras, constituem unidade, na medida em que participam no sistema destas atividades” (CANDIDO, 1987, p. 71).

1.2 Grupo da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas – *Ali tu tem onde buscar apoio*

O grupo da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas (OASE) ocorre na primeira terça-feira de cada mês, na Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB) da Comunidade Advento, com a participação de aproximadamente 18 mulheres, além do pastor. O grupo foi fundado há mais de 20 anos, sendo que inicialmente era um grupo de mulheres sem vínculo com a OASE.

O grupo possui coordenadora, secretária e tesoureira. A coordenação da OASE é eleita a cada dois anos, podendo ser reeleita. A coordenadora do grupo desempenha sua função, estimulando, a cada encontro, a participação das integrantes nas diferentes atividades, dentro ou fora da comunidade. No decorrer dos encontros e demais atividades, foi possível observar que as mulheres demonstram união, além de uma relação próxima com o pastor.

As mulheres são assíduas nos encontros do grupo e, para isso, organizam suas atividades laborais, apenas faltando em situações excepcionais, geralmente por problemas de doença na família.

No grupo da OASE eu não deixo de ir, se eu não tenho como ir ele (marido) me leva, que faz bem para mim encontrar lá. É um lugar que a gente conversa, às vezes desabafa. O pastor que veio agora também é muito bom, com a outra pastora não tinha as conversas que tem com esse aí, é uma pessoa que tu consegue chegar e conversar, que nem eu estou conversando contigo assim. É tão bom, eu volto com as energias, como é que se diz, recarregadas, eu chego em casa, pode ser de tardezinha eu consigo fazer meu serviço bem mais rápido, é um incentivo, assim parece que tu recarrega uma pilha, te recarrega uma bateria de novo. Por isso que meu marido sempre incentiva eu ir na OASE. Coisa muito boa, a gente canta, tu sabe, né, que a gente se reúne, tem os cafés, né, muito bom, eu adoro. (Iasmim, 34a)

Eu vivo aqui, vou todos os dias na roça, tenho minhas atividades, tu muitas vezes tens muitos problemas, né. Lá (grupo OASE), tu desabafa, chora, tu te fortalece. Tu é bem visto da forma que tu é, tu é acolhido, uma coisa que eu sempre acho assim, que não importa se tu usa bota, se usa chinelo, da roupa que tu tem, da forma simples, tá bem vestida, do jeito que tu vier, tu vem bem, e aí ali parece que é o lugar onde alguém te acolhe. (Lídia, 70a)

O grupo da OASE é percebido como um espaço de acolhida, onde se constrói a vida, no qual as mulheres encontram apoio para ter força e continuar a desempenhar suas atividades cotidianas e sua construção de mundo. A acolhida é realizada principalmente pelas outras integrantes, além do pastor. O grupo é onde cada mulher *é bem vista da forma que é*, não levando em consideração suas vestimentas, *é um espaço que tu recarrega uma pilha, te recarrega uma bateria de novo*.

Para deslocarem-se até a igreja, local de encontro do grupo, algumas vão caminhando, pois residem próximo, outras são levadas de carro ou motocicleta pelos seus maridos, pois poucas dirigem o carro da família. As mulheres que utilizam o carro geralmente dão carona para as que residem próximo ou no trajeto entre sua propriedade e a igreja. Seus cônjuges ficam do lado de fora da igreja, na sombra das árvores, conversando, enquanto aguardam a conclusão do encontro.

Os encontros iniciam com uma fala de acolhimento do pastor e têm seguimento com cantos, leitura de texto bíblico e do livro da OASE, discussões e reflexões acerca do tema dos textos. O fechamento é realizado com uma oração. Esse primeiro momento tem duração aproximada de uma hora. Na sequência, o pastor desloca-se ao salão comunitário para ministrar as aulas às crianças e adolescentes que estão cursando o ensino confirmatório. O grupo tem seguimento com a coordenadora, a qual realiza avisos e abre para discussão das demandas, como ensaio de peça teatral a ser apresentada em algum encontro regional da OASE, participação de atividades ocorridas no último mês (encontros com demais grupos, festivais, organização de atividades), assim como a leitura da ata do mês anterior, pela secretária. Além disso, também discutem sobre a organização de atividades da comunidade, como o culto de Páscoa e o culto crioulo, realizado na semana farroupilha, e o de Natal. O grupo é um espaço de socialização, pois, como a localização de muitas propriedades é distante, torna-se um momento de dialogar com outras mulheres e compartilhar experiências.

Tu não tem sede, tu não tem fome, mas tu precisa é daquela palavra amiga [...], quando tu vai, parece que tudo se some, tu volta de lá (grupo), assim, parece mais leve, com uma vontade de fazer as coisas de novo, ou pensar que tu não tá sozinha, que tem outras pessoas que têm problemas. Eu acho que numa vida, assim como a nossa, que não é assim, tipo como vocês, que vivem muito entre as pessoas, aqui é muito distante, né, porque aqui tu passa um dia, às vezes uma semana sozinha, e ali (grupo) tu tem onde buscar apoio. Eu acho também que se aprende, se aprende a viver em comunidade, entre as pessoas, né. (Lídia, 70a)

O relato de Lídia, ressalta momentos de pouca interação social, em decorrência da distância entre as propriedades, restringindo-se ao convívio entre os membros da família, no caso dela, com seu esposo e cunhado. A vida cotidiana dessas mulheres, em decorrência do trabalho, torna-se espaço individual, compartilhado geralmente com alguns integrantes da família, já o grupo é o espaço coletivo, onde dividem seus problemas e buscam apoio.

As integrantes discutem e preparam-se para apresentar cantos e/ou peças teatrais em encontros com grupos da OASE de outras comunidades. Em uma das reuniões, para um encontro das mulheres da OASE, que ocorreria em outra

comunidade, no sábado seguinte, decidiram apresentar uma peça teatral humorística intitulada “A linguíça”. Ensaïaram a peça, a qual continha, no decorrer das falas, algumas piadas em pomerano. Além da peça, também ensaiaram um canto religioso para ser apresentado.

Doze integrantes do grupo participaram de um encontro de mulheres da OASE, ocorrido em agosto de 2014, em Camaquã, município localizado em outra região do estado. Esse é um encontro anual dos grupos da OASE, que acontece em diferentes municípios e mobiliza as mulheres a participar. A comunidade religiosa que promove o encontro organiza diversas atividades no decorrer do dia, como palestras voltadas às mulheres sobre cuidados à saúde, autoestima e direitos sociais.

Foi um dia muito bom, o encontro em Camaquã, e tinha tanta mulher, uma igreja tão grande [...] e que coube todas as mulheres lá dentro e não ficou apertado, acho que 450 mulheres. Estava muito bom! A palestra estava muito boa. (Maria, 58a)

Ao final de cada encontro do grupo, é realizado o sorteio de um brinde, o qual é doado pela ganhadora do mês anterior. Frequentemente o brinde é um utensílio de cozinha ou um ornamento decorativo para a casa, que pode ser confeccionado ou comprado. Há uma lista com a numeração e os nomes de cada participante. Cada integrante contribui com R\$ 0,50 pelo “número” e cabe à tesoureira a responsabilidade pelo gerenciamento dos valores arrecadados e dos gastos. O valor angariado auxilia no custeio do deslocamento do grupo e/ou da coordenadora para atividades fora da localidade, dos passeios do grupo, do combustível para o carro, quando realizam visita a uma integrante ou ex-integrante que não tem participado das reuniões por motivo de doença.

Essa reciprocidade que ocorre com o brinde sorteado resulta da relação de uma obrigação bilateral, ou seja, dar, receber e retribuir, a qual se orienta por códigos morais e não regulamentos formais, construindo uma imagem de indivíduo associado ao grupo (CANDIDO, 1987; MENEZES, 2006).

O grupo organiza uma viagem de passeio por ano, na qual vão somente as mulheres; contudo, quando sobram vagas, é possível convidar filhos e esposos. Relataram terem ido a Gramado, Canela, Morro Redondo (em uma cachoeira) e estavam se organizando para ir à Oktoberfest em Santa Cruz do Sul. Essas viagens proporcionam momentos de lazer, de conhecer outros lugares e interagir com diferentes pessoas.

O grupo realiza suas reuniões na igreja, mas em caso de doença da mulher ou familiar, período de luto, comemoração de aniversário de alguma integrante, a reunião pode realizar-se em sua residência.

Como a Dilma, ela participava, mas agora ela não tem condições por causa da doença do marido e da filha, ela não tem condições, é nossa obrigação de ir lá e fazer uma visita para eles. Nós fizemos os grupos da OASE nas casas, quando não conseguem ir ao grupo, mas se as pessoas querem. Já fomos, com algumas mulheres do grupo, visitar a dona A., que estava acamada, cantamos o hino e fizemos oração, ela ficou muito feliz, reviveu. Fomos entre nove mulheres, nem todas conseguiram ir, ajudamos na gasolina, é a nossa obrigação. (Siderlei, 56a)

Tipo assim, no caso, nós fomos visitar ela como doente, já teve vez que a gente foi, tipo assim, que nem o pai da Amanda, ele faleceu num acidente, então a gente foi visitar ela depois, até ela se sentiu assim, digamos, muito honrada, ela ficou faceira. (Letícia, 35a)

O grupo realizou-se na primeira terça-feira de agosto, na sala da residência de Viviane, devido a visita que as mulheres gostariam de ter realizado após sua cirurgia, ocorrida em maio. Além disso, houve a comemoração do aniversário de sua sogra, Eduarda, que reside a 100 metros, aproximadamente, da sua casa. As atividades começaram às 14 horas, como ocorre habitualmente, com a presença do pastor, o momento da oração e dos cânticos religiosos. O segundo momento, iniciou com as mulheres cantando parabéns para Eduarda, juntamente com os homens que estavam na cozinha durante a oração. Cada integrante levou um prato de comida para confraternizarmos, inclusive eu. As comidas e as bebidas (chá, café e suco artificial) estavam dispostas na mesa da cozinha, fazendo com que as pessoas circulassem entre esses dois ambientes para servirem-se. (Notas da pesquisadora, Diário de Campo, 05/08/14)

A solidariedade entre as mulheres do grupo em visitas a integrantes ou familiares doentes foi uma prática de cuidado referida em diversos momentos, mostrando-se importante apoio, integrando o sistema de cuidado, para quem as recebe.

Em diferentes momentos, fui questionada pelas mulheres sobre como me sentia ao participar do grupo, assim como nas casas das suas famílias. Sempre me senti acolhida, pois proporcionaram que uma pessoa de fora, como eu, se sentisse parte da comunidade. Ao final de cada encontro do grupo saía com uma sensação de bem-estar, pelas palavras, olhar acolhedor, otimismo e energia positiva daquelas mulheres.

1.2 Contextualizando as propriedades das famílias dos interlocutores

As famílias participantes desta pesquisa residem em três localidades do 1º distrito de Canguçu. A maior parte das propriedades localiza-se no Remanso, sendo três na Santa Clara e uma em Cristal (Figura 10). A maioria das casas pode ser

visualizada da estrada principal. Algumas propriedades situam-se perto uma da outra, permitindo o deslocamento a pé. Essa proximidade geralmente ocorre entre familiares, como de pais e filhos ou irmãos, já outras são mais distantes, podendo chegar a 9 quilômetros.

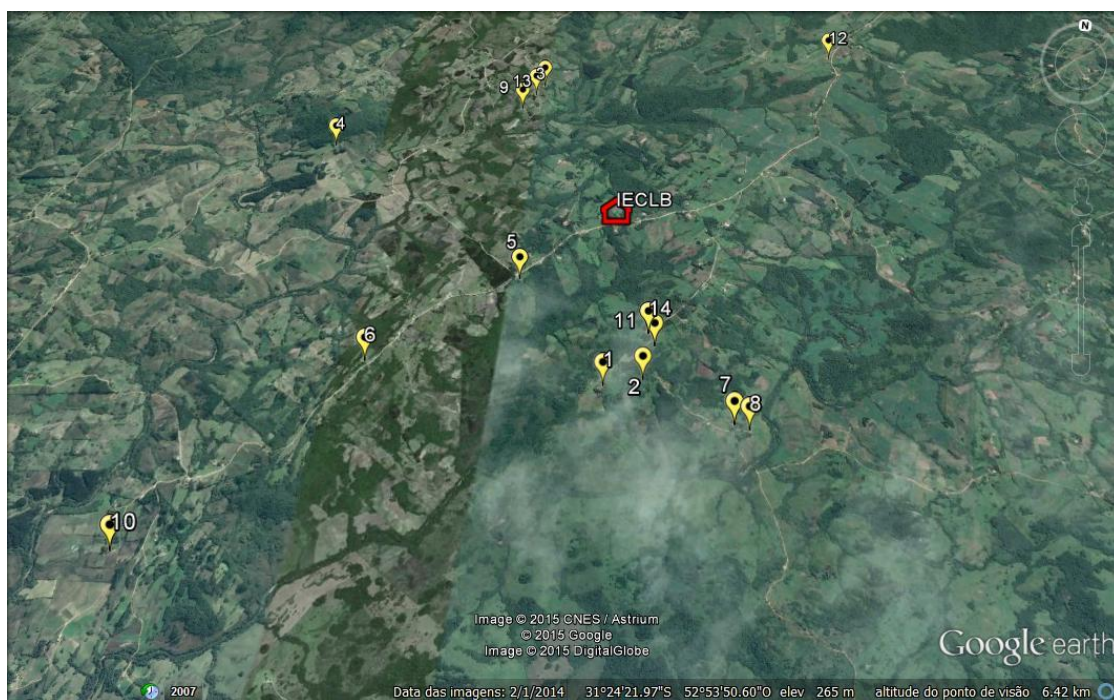


Figura 10 – Mapa da localização das propriedades das famílias e da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Canguçu (RS).

Fonte: Google Earth. Outubro de 2015.

A maioria das casas é construída em alvenaria, sendo compostas de sala, cozinha, banheiro, e entre dois e três dormitórios. Algumas possuem a área da despensa, geralmente para armazenamento dos alimentos ou localização de algum eletrodoméstico, como forno elétrico e geladeira. Na maior parte delas, a sala e a cozinha estão em um único ambiente, sem separação com paredes. A cozinha é o espaço utilizado para as refeições, reunião da família, assistir televisão, ouvir rádio e para momentos de socialização entre familiares e/ou amigos. Em todas as residências em que estive, fui recebida na cozinha, a qual possui fogão a gás e a lenha, com preferência desse último para o preparo diário das refeições.

As famílias utilizam diferentes meios de comunicação, como celular, televisão, rádio, computador com acesso à internet, entre outros. Algumas propriedades, devido à ausência de sinal em decorrência da localização, possuem telefone celular fixo com antena.

As propriedades também possuem galpão, galinheiro, estrebaria e/ou chiqueiro, todos localizados próximos das residências. As estufas de fumo estão presentes nas que produzem tabaco. Poucas contam com açude (Figura 11).

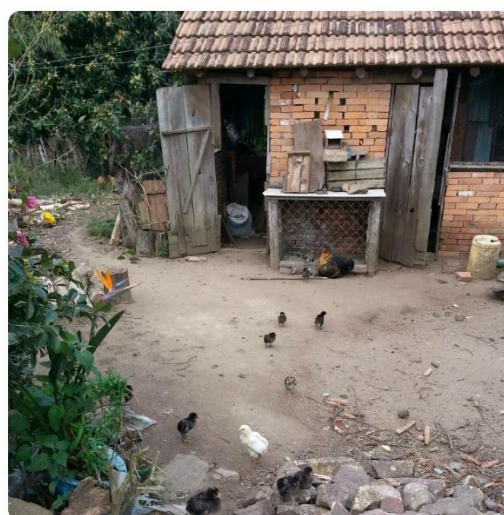


Figura 11 – Propriedades das famílias rurais de Canguçu (RS).
Fotos: Teila Ceolin, 2014.

Os agricultores possuem criação de aves (galinhas, gansos, marrecos e patos), peixes, suínos e gado, com, pelo menos, uma vaca para produção de leite e consumo familiar, além de gatos e cachorros. O gado fica em um campo cercado, em alguns casos com cerca elétrica. Algumas famílias dispõem de cavalos, utilizados para o trabalho ou lazer (Figura 12).

Em diversos momentos, foi relatado e observado o cuidado e o carinho que os agricultores têm pelos animais da propriedade.

A gente tem que pensar em tudo, não maltratar um animal, dar laço. O cavalo foi feito pra gente, para ajudar a trabalhar e a gente não pode maltratar. (Augusto, 87a)

Mas tu vai pensar, e se alguém batesse na gente, né? Se a cada erro da gente, levássemos uma chicotada? Como é que a gente ia se sentir? Então eu acho que uma coisa gira na outra, né, eu acho que o bem-estar é tu viver bem, eu acho que isso tudo te traz a tua própria saúde, o teu próprio bem. (Amanda 28a)



Figura 12 – Animais criados nas propriedades das famílias rurais de Canguçu (RS).
Fotos: Teila Ceolin, 2014.



Figura 12 – Animais criados nas propriedades das famílias rurais de Canguçu (RS).
Fotos: Teila Ceolin, 2014.

Os animais auxiliam no cotidiano de trabalho e fornecem o alimento. As falas ressaltam a interligação e a reciprocidade das famílias no cuidado com os animais, *isso tudo te traz a tua própria saúde, o teu próprio bem*, portanto não devem ser maltratados.

Além disso, há pelo menos uma horta e algumas árvores frutíferas, geralmente cítricas, como laranjeiras e bergamoteiras, as quais se localizam próximas às residências. Algumas famílias também possuem videiras, para o consumo e/ou comercialização, figueiras, limoeiros, bananeiras, goiabeiras, entre outras frutas (Figura 13).



Figura 13 – Plantas frutíferas cultivadas nas propriedades das famílias rurais de Canguçu (RS).

Foto: Teila Ceolin, 2014.

A – Fisális (*Physalis* L.)

B – Bananeira (*Musa* sp.).

C – Pomar de laranjeiras (*Citrus* sp.).

Na horta são produzidos diferentes tipos de legumes e verduras, além de algumas plantas medicinais, as quais também estão cultivadas ao redor da casa ou nas proximidades (Figura 14). Os interlocutores citaram aproximadamente 40 plantas medicinais, as quais serão abordadas no capítulo 4.



Figura 14 – Hortas nas propriedades das famílias rurais de Canguçu (RS).

Foto: Teila Ceolin, 2014.

A lavoura para o cultivo fica próxima à casa, assim como as estufas (de hortaliças ou para mudas de fumo). Nas famílias que cultivam tabaco, a estufa para secagem do fumo localiza-se a poucos metros da casa, assim como as piscinas para as mudas.

A maior parte das propriedades das famílias investigadas possui entre 10 e 24 hectares, sendo o trabalho desenvolvido pelos membros da família. A divisão do trabalho familiar será abordada no capítulo 2. As imagens apresentadas anteriormente permitem visualizar a organização e distribuição do que é produzido, como plantas e animais, ressaltando que em algumas, as piscinas para produção das mudas de fumo, estão próximas a casa e/ou a horta.

1.4 Contextualizando as famílias dos interlocutores

Entre as famílias acompanhadas, ao serem indagadas, apenas duas não mencionaram ter laços consanguíneos com alguma(s) da(s) demais. A faixa etária dos 25 interlocutores variou entre 28 e 87 anos, tendo, a maior parte, entre 30 e 59 anos,

com predomínio de mulheres. As famílias são pequenas e a maioria dos casais têm até três filhos, sendo que os casais mais jovens, com até 39 anos, têm até dois filhos.

Quanto à constituição das famílias e aos integrantes que residem na casa, a maior parte das unidades é composta pelo casal, com um(a) filho(a), que realizam todas as demandas laborais. Dentre as 14 famílias estudadas, duas delas podem ser caracterizadas como o que o sociólogo polonês Galeski denominou *família-tronco*²⁷, ou seja, três gerações que vivem na mesma casa, como ilustrado no exemplo da figura 15.

²⁷ Galeski (1972), *apud* Bahia (2011, p. 80), “denominou a família camponesa tradicional, de origem germânica de família-tronco ou casal-tronco. A família-tronco é constituída por três gerações vivendo sob o mesmo teto: os velhos pais e um dos filhos casado, com sua prole”.

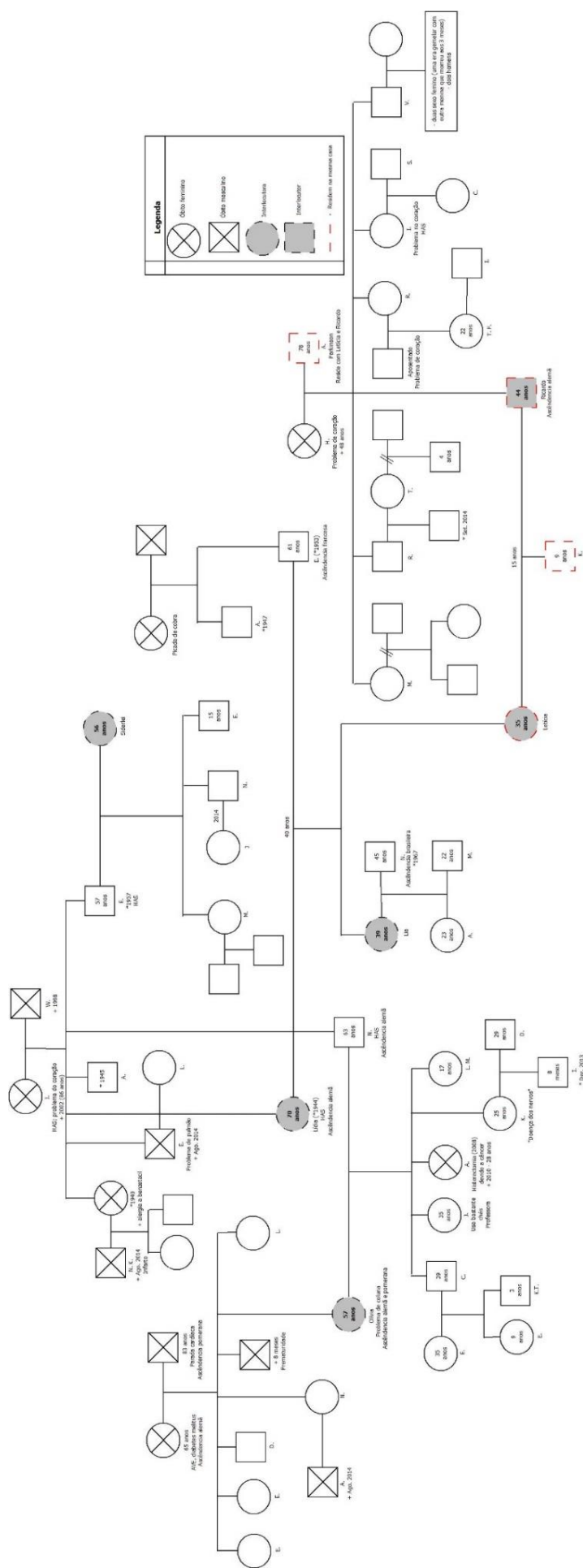


Figura 15 – Genograma das famílias de Siderlei, Olívia, Lídia, Lia e Letícia (Famílias 1, 2, 3, 4 e 5), além do ilustrativo das relações de parentesco e da estrutura da *família-tronco*.

A seguir apresenta-se uma breve descrição das famílias dos interlocutores.

Quadro 3 – Integrantes das famílias, entrevistados no decorrer da pesquisa. Canguçu (RS).

Família	Entrevistado (a)	Idade
Família 1	Siderlei	56
Família 2	Olívia	57
Família 3	Lídia	70
Família 4	Lia	39
Família 5	Letícia	35
	Ricardo	44
Família 6	Amanda	28
	Pedro	33
	Selma	81
	Augusto	87
Família 7	Dilma	71
	Inês	47
	Neldo	73
Família 8	Mariana	40
	José	43
Família 9	Ilma	70
	Ivete	50
Família 10	Maria	58
	Henrique	31
Família 11	Eduarda	57
	César	61
Família 12	Viviane	40
	Paulo	38
Família 13 (#)	Paula	31
Família 14	Iasmim	34

(#) Reside em assentamento rural.

Família 1 – Siderlei (56a) e seu esposo (57a) residem com o filho mais novo, de 15 anos, que cursa o ensino médio em uma escola urbana. Os outros dois filhos do casal, uma mulher e um homem, moram com suas respectivas famílias em propriedades lindeiras, a direita e a esquerda dos pais (figura 15). Em frente a propriedade da família, do outro lado da estrada, reside o irmão do marido de Siderlei e sua esposa Olívia.

Família 2 – Olívia (57a) e seu esposo de 63 anos, vivem com sua filha mais nova, de 17 anos, que atualmente está cursando o 3º ano do ensino médio em uma escola urbana. O casal possui outros quatro filhos (três mulheres e um homem), sendo que uma das filhas faleceu em 2010, com 28 anos, em decorrência de um câncer de colo uterino. O filho reside com sua família em Piratini, município limítrofe de Canguçu, uma das filhas reside com sua família na cidade de Canguçu e a outra, que é solteira,

trabalha como professora em uma escola luterana em Novo Hamburgo, RS (figura 15).

Família 3 – Lídia (70a) reside com seu esposo (61a) e seu cunhado de 67 anos. O casal possui 40 anos de união matrimonial. Sua propriedade é limítrofe com uma de suas filhas, Lia (figura 15).

Família 4 – Lia (39a) e seu marido (45a), possuem um casal de filhos, os quais residem na cidade de Canguçu, onde trabalham e cursam ensino superior (figura 15).

Família 5 – Letícia (35a), filha de Lídia, é casada com Ricardo (44a) há 15 anos. Possuem um filho de 9 anos. Seu sogro, de 78 anos, reside com a família (figura 15).

Família 6 – Amanda (28a) e José (33a) residem com seu casal de filhos. Na mesma propriedade, a aproximadamente 30 metros, localiza-se a casa dos pais de José, onde também moram seus avós, Selma (81a) e Augusto (87a), e seu irmão (27a) (figura 16).

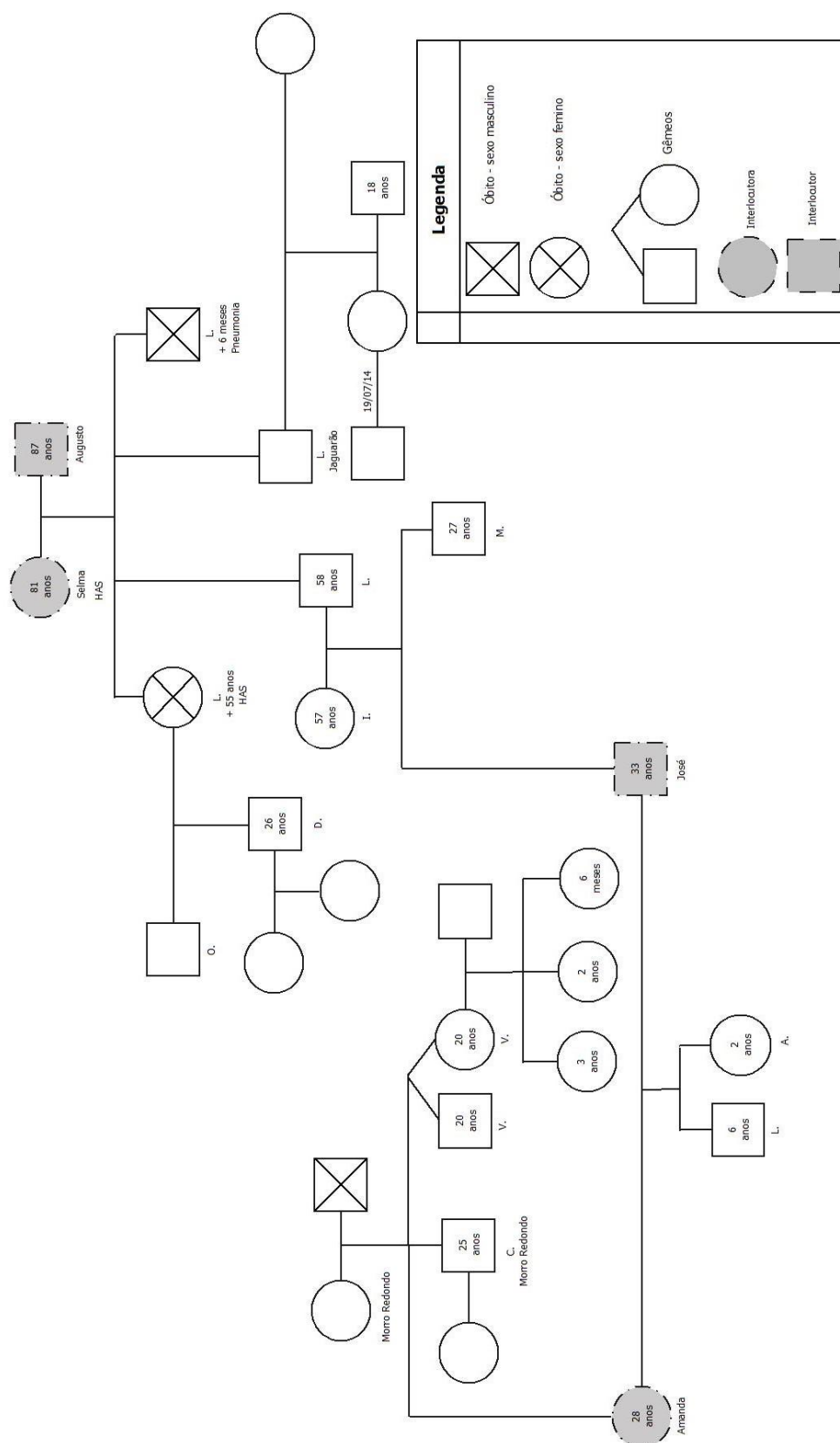


Figura 16 – Genograma da família de Amanda (Família 6).

Família 7 – Dilma (71a), reside com seu esposo Neldo (73a) e sua filha mais velha Inês (47a). O casal possui outros três filhos, um homem e duas mulheres, sendo que uma delas, Mariana (40a), também reside com sua família no Remanso, a uma

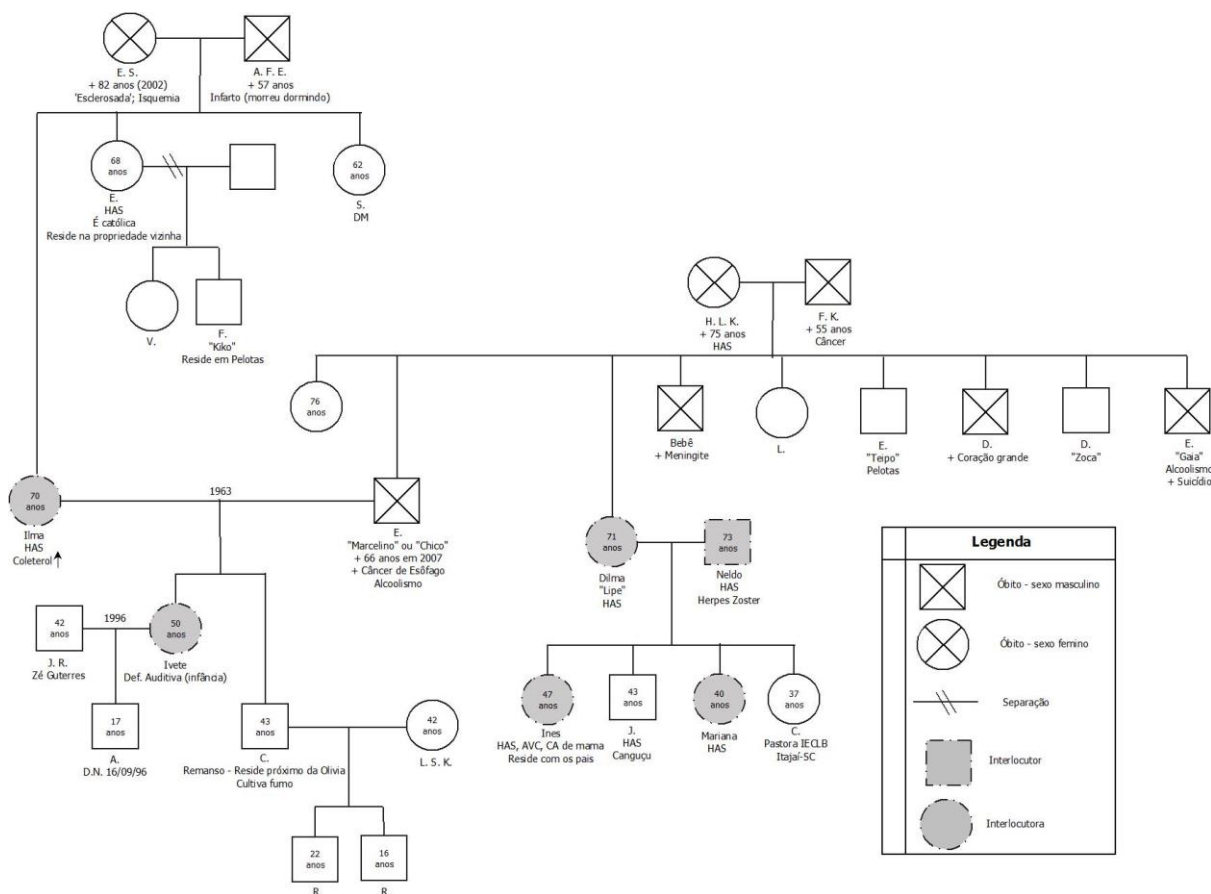


Figura 18 – Genograma da família de Ilma (Família 9).

Família 10 – Maria (58a) mora com seu esposo G. (60a) e seu filho Henrique (31a). Possui outros três filhos, dois homens e uma mulher. Seu filho M. (38a) e sua filha C. (36a) residem com suas famílias na cidade de Pelotas, já J. (29a) vive em Belo Horizonte, MG. Sua propriedade faz divisa com a família 11 (figura 19).

Família 12 – Viviane (40a) reside com seu esposo Paulo (40a). A propriedade localiza-se aproximadamente 50 metros dos pais (Eduarda e César) de Paulo (Família 11), tendo a estrada como demarcação. A casa do casal foi dividida, para acolher a filha E. (18a) e seu marido L. (20a), após o casamento. E. está concluindo o magistério em uma escola na cidade de Canguçu (figura 20).

Família 13 – Paula (31a) mora com seu marido P. R. (34a) e sua filha I. (9a) em uma área do assentamento Herdeiro da Luta há cinco anos. Sua propriedade localiza-se a 9 km da dos seus pais, Eduarda e César (Família 11) (figura 20).

Família 14 – Iasmim (34a) reside com seu esposo (38a) e seu filho de 12 anos (figura 21). Não possui familiares que habitem nas proximidades.

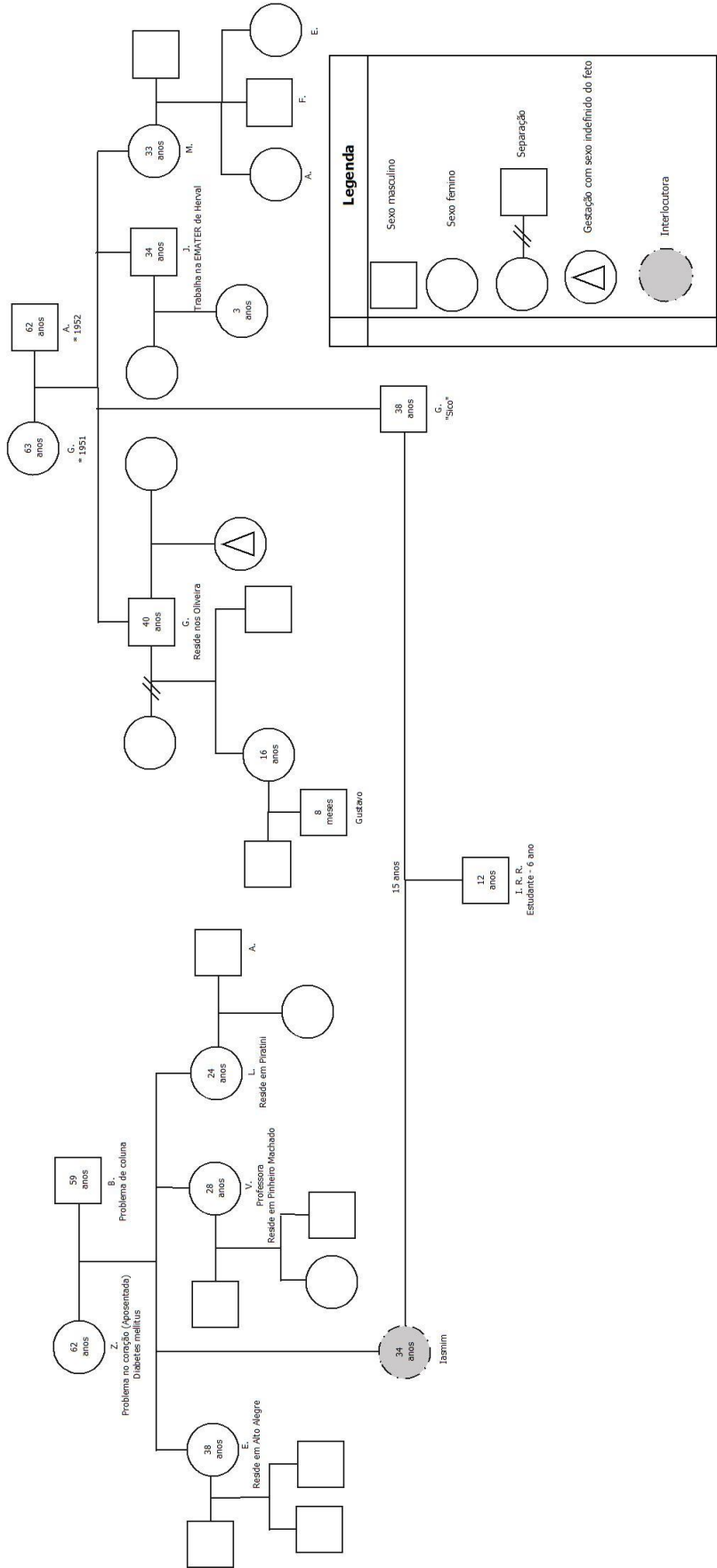


Figura 21 – Genograma da família de Iasmim (Família 14).

Quanto à ascendência, a maioria dos interlocutores entrevistados referiram ser de origem pomerana e/ou alemã. Duas famílias referiram ter integrantes com ascendência francesa e brasileira.

Aqui a maioria é tudo pomeranos. Alemão legítimo mesmo, quase não tem, tudo é pomerano, ou eles não te disseram? (Ilma, 71a)

Durante a pesquisa de campo, foi possível observar em alguns momentos a divergência entre pais e filhos quanto à identificação da ascendência ser pomerana ou alemã. De acordo com Krone (2014), em uma pesquisa realizada em São Lourenço do Sul, município limítrofe de Canguçu, os imigrantes alemães se destacaram na vida política e econômica e acabaram impondo os valores germânicos, enquanto os pomeranos (provenientes do que hoje é o norte da Alemanha e da Polônia), apesar de serem um grupo majoritário, foram estigmatizados em função de sua origem étnica e de sua condição camponesa, tornando suas práticas culturais e até mesmo o idioma pomerano alvos de desvalorização. A ideia de inferioridade teria sido incorporada, sendo reforçada e reproduzida através de gerações, marcando o modo de ser dos colonos pomeranos. No entanto, o autor mostra em seu estudo que na última década ocorreu um processo de sentido contrário à estigmatização dos pomeranos, pois hoje se encontram no centro de uma política local de ressignificação, tendo seu patrimônio cultural valorizado.

Ainda que em contexto de construção histórica de inferioridade da identidade pomerana, como referido por Krone (2014), em relação aos dialetos falados, a maioria dos interlocutores desta pesquisa compreende o pomerano, sendo que alguns falam o idioma. Segundo os agricultores, o pomerano é uma língua somente falada, utilizada por várias pessoas da comunidade, enquanto o alemão, o qual era utilizado nos cultos religiosos e nas escolas, não está mais presente, sendo substituído pelo português.

[...] Minha mãe não sabia quase falar em português, então com ela eu sempre falava só em pomerano. Eu entendo muito coisa (em alemão). A minha mãe e meu pai no colégio aprenderam o alemão, então eles sabiam. [...] A minha filha Ivete, quando era pequena, não sabia falar português, só alemão, nós falávamos o pomerano então, ela aprendeu na escola (o português). (Ilma, 71a)

Minha sogra falava em alemão e ensinou os netos. Apenas o mais novo, que era muito pequeno quando ela morreu, não sabe. Com a família, a sogra só falava em alemão. (Siderlei, 56a)

No cotidiano, as famílias relataram não se comunicar utilizando o dialeto pomerano, somente quando encontram outros integrantes da comunidade. No decorrer da pesquisa de campo, foi observado que algumas piadas, contadas ao final do grupo da OASE, ou quando estavam ensaiando alguma apresentação, eram

faladas em pomerano, sendo muitas vezes traduzidas para que eu as pudesse compreender. A tradução era geralmente seguida da explicação de que em português a piada não era engraçada.

De acordo com as interlocutoras, no passado, o casamento era para a vida toda, as mulheres tinham a preocupação de casar para não *ficar encalhada em casa*, porém, esse contexto foi se adaptando. Para alguns casais, o casamento religioso ocorreu no mesmo momento do batizado do primeiro filho, como no relato de Paula.

Na minha época as mulheres eram criadas pra casar e seguir o marido, e o que o marido queria. Aquela criação que a gente teve, olha que ideia!!! [...] Eu ainda fui do tempo que a mulher era criada só pra casar uma vez. Era uma preocupação da mulher, das moças, ficarem encalhadas em casa [...]. Era uma vergonha, que bobagem, elas tinham que casar. Porque já pensou ficar encalhada?! (Maria 58a)

Casamento, assim, casar na igreja, acho que é o que menos a gente vê hoje. Eu não casei, primeiro eu me juntei, aí depois quando a gente teve a I. (nome da filha), a gente recebeu uma benção do pastor, batizamos ela e recebemos uma benção no mesmo dia [...]. Acho que é importante, a fidelidade, o respeito. (Paula, 31a)

Foi possível observar que a maioria se casou com um cônjuge com valores próximos aos seus, que residiam na localidade e/ou nas proximidades. Segundo as interlocutoras, em relação à escolha do cônjuge, esse pode ser de fora; porém alguns valores são importantes, como ter uma religião, ser trabalhador (a), ser fiel e ter respeito. Em algumas famílias, quando um(a) filho(a) se casa, o jovem casal é presenteado com um pedaço de terra, para auxiliar o início da vida conjugal.

Segundo Maltzahn (2007), em pesquisa realizada com cinco casais, descendente de imigrantes pomeranos, com casamentos ocorridos nas décadas de 60 e 70 do século XX, em São Lourenço do Sul, a escolha do cônjuge recaía sobre a aceitação da família. A influência das famílias na escolha dos cônjuges ocorria pela rede de sociabilidade, nas festas de casamento, possibilitando averiguação da qualidade moral das famílias envolvidas. Ademais, após a oficialização do casamento, com a entrega dos convites, os preparativos da roupa e da festa, até a celebração da cerimônia, os noivos não eram mais considerados solteiros, mesmo que ainda não fossem oficialmente casados, sendo permitida, nesse período, a coabitação dos noivos, com o consentimento da família.

Durante as visitas realizadas, as famílias mostraram diversas fotografias, contando sobre momentos de suas histórias de vida, muitas fotos antigas, de pessoas já falecidas ou de atividades desenvolvidas, como viagens e participação em feiras. Alguns agricultores ecológicos mostraram fotos que retratavam a história do grupo, como teve início, as visitas realizadas em outros municípios para conhecer as técnicas

agroecológicas. Ao longo da investigação de campo, muitas pessoas retratadas tornaram-se familiares, pois as recordações de alguns eventos sociais são compartilhadas entre diferentes famílias, em decorrência de laços consanguíneos ou por amizades entre os membros da comunidade. Além disso, foi possível conhecer integrantes das famílias que residem em outros locais (cidades e/ou estados). Muitas fotos de filhos, netos e pais ficam expostas em quadros, nos armários ou paredes, tanto na cozinha quanto na sala das casas, além de acondicionadas em álbuns, caixas, ou meios digitais (*pen drive, notebook*).

Também Bahia (2011) identificou em seu estudo que a fotografia é um elemento essencial para os camponeses – no caso, pomeranos – na construção das representações acerca de si mesmos, registrando diferentes ritos de passagem, como nascimento, confirmação, formatura, casamento e morte.

As interlocutoras organizam seu tempo visando desempenhar as atividades na comunidade religiosa e na propriedade, além dos momentos de lazer. A principal atividade de lazer é o futebol, mas também participam de grupos de danças no Centro de Tradições Gaúchas ou de provas campeiras em rodeios. Atividades manuais como tricô e crochê, do mesmo modo, são consideradas lazer.

Eu gosto de rodeio. Vamos de manhã nos rodeios e voltamos de noite para casa. Começa sexta-feira, aí a Paula vai mais sábado e domingo, e eu já vou sexta. (Roberto, 34a)

A localidade do Remanso possui times de futebol de salão e de campo (masculino e feminino), os quais competem em diferentes categorias (veterano, sênior e sub 15). Entre setembro e dezembro, ocorre o campeonato do futebol de campo, de janeiro a maio, o sete (jogadores) e, na sequência, inicia-se o campeonato de futebol de salão das comunidades, além dos jogos das festas das comunidades.

Eu atualmente estou de treinador do time de futebol das gurias. [...] A gente tá disputando um campeonato que tem titular, tem guria e tem veterano. Eu jogo nos veteranos, jogo nos titulares, [...] faço de tudo um pouco, né, e ainda jogo num outro time diferente [...]. Aí se joga de setembro a dezembro, esse de campo; de janeiro a maio, é de sete. Daí depois vem esse, das comunidades, que é de salão. Então a gente passa quase todo ano jogando. Quando não tem campeonato, aí num lugar faz um joguinho, uma festinha. (José, 43a)

Nos domingos, os homens vão jogar futebol e as esposas e familiares comparecem aos jogos, para torcer pelos times e encontrar com amigos, vizinhos, integrantes da comunidade e familiares, sendo os torneios um espaço de socialização, além das relações com os vizinhos, os cultos e as festas das comunidades religiosas.

O futebol é uma diversão, senão eles não têm nada. (Siderlei, 56a)

É um compromisso, o pessoal já sabe, domingo a gente em casa é difícil, né, é o futebol. [...] Porque ali no futebol eu gosto de ir. A gente vai, senta, leva o chimarrão, senta com as amigas, conversa, não é só o futebol no caso [...]. A gente se encontra, que nem a OASE. Minhas amigas vão tudo ali. Aí tu já pega tua cadeira, leva o chimarrão, senta e conversa, já joga conversa fora. Aquilo é muito bom. A maior parte das mulheres jogam, [...] e os filhos já se criam assim, [...] o futebol já está no sangue [...]. (Iasmim, 34a)

Como mostra Krone (2014), em estudo realizado em São Lourenço do Sul, o futebol é uma das atividades esportivas mais praticadas entre os colonos. Os jogos são uma das formas de entretenimento e sociabilidade, convertendo-se em importante espaço de lazer e encontro para as famílias.

1.5 As relações estabelecidas entre familiares e vizinhos

Então, o vizinho é uma coisa muito importante. Eu acho que eu não me dava para morar num lugar onde eu não tivesse vizinho. Na cidade é muito difícil, pois cada um tem seu afazer diferente, né. Então é só um oi e deu. (Olívia, 58a)

Para alguns interlocutores, os vizinhos são considerados como integrantes da família, mesmo sem haver parentesco. De acordo com Comerford (2004, p. 2), “as referências ao pertencimento a famílias e teias de parentesco se associam sistematicamente à localização dessas referências no espaço geográfico” “e a considerações que situam tais famílias e lugares em um universo de reputações”. As diferentes maneiras de conversação que tematizam eventos cotidianos ou extraordinários da comunidade são a dimensão central da sociabilidade camponesa.

A relação com os vizinhos geralmente ocorre por meio de trocas, como no caso das famílias de fumicultores, mediante a permuta de serviço durante a colheita de fumo. Para Candido (1987), em estudo realizado entre caipiras paulistas na década de 1950, as diferentes atividades da lavoura constituem oportunidades de mutirão, solucionando os problemas de mão de obra, suprimindo, com isso, as limitações da atividade individual ou familiar, resultado da *cooperação vicinal*. Na cooperação vicinal não há remuneração direta, mas a obrigação moral de o beneficiário corresponder aos chamados dos que o auxiliaram.

Ademais, os agricultores recorrem aos vizinhos para o cuidado à saúde, como no fornecimento de plantas medicinais ou esclarecimento de dúvidas quanto a seu uso, auxílio quando há necessidade de cuidado, tanto no domicílio, quanto nos serviços disponíveis no sistema de saúde. Além disso, comentam a respeito da diferença nas relações entre vizinhos nos ambientes rural e urbano, considerando esse último um espaço onde as relações são distantes.

Aqui a gente sabe que vizinho tem, se ajuda, e lá (na cidade) a coisa é bem diferente. (Siderlei, 56a)

Aqui fora. Na cidade acho que é bem difícil, meu filho sempre diz: 'tu não dava certo na cidade'. Eu sou muito assim, de se dar muito bem com os vizinhos, claro que nem todos, né, mas tu te dá bem. Graças a Deus, nós nos damos bem com todos os vizinhos. Tem uns que nós tomamos mate, chimarrão, todos os dias, quase de noite [...]. A gente se ajuda muito com os vizinhos, isso é uma coisa muito boa, quando um precisa, um está doente. Se precisar, chama que eu vou, pode contar comigo [...]. (Olívia, 58a)

Os relatos anteriores, referentes as relações das pessoas que residem na cidade, baseiam-se em percepções pessoais, experiências de familiares ou pessoas conhecidas, porém essas mulheres sempre moraram no rural. Para elas, as relações entre os vizinhos que residem no rural propiciam momentos de conversas, lazer e ajuda, as quais podem intensificar-se em situações de doença ou na colheita.

Também se valem dos vizinhos quando necessitam de empréstimos de equipamentos agrícolas ou para cuidar da propriedade quando se ausentam.

Aqui eu não tenho cavalo, mas eu vou no vizinho ali, pego, peço emprestado. Ele tem cavalo, não usa muito também. Até ferramenta, essas coisas já é pouco, porque todo mundo já tem, mas isso sempre de anos, desde que eu me mudei, é esse vizinho ali. Quando eles vieram de muda pra cá, ele vinha aqui, emprestava os cavalos pra trabalhar. Nós pegávamos os bois dele, isso era comum, normal. Hoje já não é tanto, porque se usa muito a máquina. Então a máquina já é mais complicada tu emprestar. A máquina não é que nem um animal. Um animal tem as suas baldas pra trabalhar, mas a máquina tu tem que saber e tu tem que ter mais cuidado, porque, se tu estragar, é um valor alto, então é mais complicado [...]. E a gente aqui, agora já se perdeu um pouquinho, isso de estar muito junto. Se nós tivermos que sair, e nós vamos ali no vizinho pedir, vocês cuidam dos animais, tiram leite, lá isso. (José, 43a)

O empréstimo do equipamento, pelo valor econômico, no caso de ocorrer alguma avaria, traz menos solidariedade entre as relações vicinais. Os agricultores também realizam trocas de sementes e mudas de plantas com os vizinhos, o que foi possível observar em diversos momentos durante a pesquisa realizada a campo. Ainda há o arrendamento ao vizinho das terras consideradas ociosas na propriedade, tendo como pagamento a terça parte da produção, a qual pode suprir a necessidade de consumo do produto cultivado.

Para Marques (2005, p. 8633), a unidade social das famílias rurais camponesas é constituída principalmente pelo grupo de vizinhança, muitos descendentes de um mesmo patriarca, ligados por laços de territorialidade. "A propriedade expressa a relação do indivíduo com as condições naturais de trabalho e reprodução", definindo "o território da comunidade à medida que espacializa a sua organização social".

Como o acesso a água é escasso para a maioria das famílias do Remanso, há o compartilhamento ou cedência da sanga entre vizinhos, como no caso de uma

vizinha que cedeu para outra, produtora agroecológica de hortifrutigranjeiros, uma de suas cacimbas de água. Também dividem entre familiares ou vizinhos a carne, quando abatem um animal grande, comercializando, em outros momentos, o excedente.

É que, então, como o animal, quando ele for grande, digamos assim, duzentos, trezentos quilos, geralmente tu reparte entre os vizinhos, entre a família. Um fica com dez, outro fica com vinte, e, depois, geralmente quando aquela família carneia, também troca. Às vezes, também vende até para o frigorífico. (Lídia, 70a)

Essa reciprocidade, denominada por Candido de solidariedade vicinal, é uma obrigação moral inquestionável, a qual demonstra o pertencimento da pessoa ao grupo, e, portanto, a construção de uma imagem de indivíduo associado ao grupo (CANDIDO, 1987; MENEZES, 2006).

A reciprocidade na realização dos serviços e a troca de alimentos, também foi identificada por Schmidt e Farias (2015), em uma pesquisa realizada com ascendentes de pomeranos, residentes em duas comunidades rurais de Itarana, no Espírito Santo. O estudo identificou que os alimentos e comidas típicas têm papel importante nas relações de trocas entre famílias, por meio de doações e recebimento de alimentos de produções caseiras e colheitas das lavouras, principalmente, quando a família que recebe não tem acesso a àquele alimento.

Apesar de, em alguns momentos, ocorrerem relações conflituosas com os vizinhos, estes são considerados importantes. Os conflitos podem ocorrer por diferentes motivos, como a contaminação da água por uso de agrotóxicos, localizada na divisa entre uma propriedade agroecológica e outra de cultivo de fumo.

Acho muito importante os vizinhos. O vizinho é o primeiro que tu procura. Eu mesmo aqui, com os vizinhos eu me dou muito bem, assim, eu sou bem diferente. Aqui embaixo, na casa amarela, eles são muito difíceis de lidar, mas, tu sabendo lidar com eles, são umas ótimas pessoas, uns ótimos vizinhos, tão sempre ali se tu precisar de alguma coisa. Às vezes, eu preciso, primeira coisa que eu ligo pra lá, porque eles têm motorista, têm isso e aquilo, primeira coisa que eu ligo pra lá, é ali que meu marido vai pra perguntar. Eu acho muito bom isso, eu tenho poucos vizinhos aqui. (Iasmim, 34a)

Segundo Polanah (1993, p. 111), “a vizinhança não pressupõe um estado de coexistência e interdependência pacíficos”, e os conflitos decorrem de diferentes questões entre parentes e amigos. De acordo com Comerford, a comunidade se caracteriza por um grupo de pessoas que trabalham e festejam juntas, com relações de solidariedade e conflitos. Nas comunidades rurais, “não apenas se briga muito, como também se fala muito sobre brigas”, fazendo com que esses conflitos constituam um marco das relações locais (COMERFORD, 2004, p. 4).

1.6 Acesso a água – *A nossa água aqui é escura*

Para as famílias rurais, a água também é considerada essencial, pois sem ela não há saúde, além de sua falta impedir o desenvolvimento de diversas atividades na propriedade. O acesso à água ocorre por meio de cacimbas, em córregos e riachos, as quais nem sempre são suficientes para o cultivo das plantas. A água coletada nas cacimbas, é canalizada até as residências, para atender a demanda da família e também às diferentes necessidades da propriedade, como plantas e animais. As famílias do Remanso que residem na beira da estrada têm dificuldade na obtenção de água pelo acesso aos riachos e sangas. Segundo os interlocutores, em décadas anteriores a água foi mais escassa, fazendo com que atualmente seja valorizada e com que seu uso ocorra sem desperdícios.

A água para tomar, que vai lá para a caixa, é de cacimba. Essa aqui vem daquele poço que está cheio de água agora. No verão ela às vezes seca. Nós não usamos essa água do poço é pra botar nas piscinas de fumo [...]. Para garantir a água do consumo, tem a cacimba. Ali no piquete, tem uma vertente muito forte. (Ilma, 70a)

Antigamente, claro, as coisas eram tão difíceis, na colônia. Não porque tu não queria ter, mas tu não tinha como ter. Uma coisa que eu sempre quis, o quanto eu desejei quando eu vim morar aqui, que eu tivesse água encanada. Isso era um sonho pra mim! O dia que encanamos uma água pra gente, o quanto a gente se alegrou! (Lídia, 70a)

Como o acesso a água é deficiente para a maioria das famílias do Remanso, há o compartilhamento ou cedência da sanga entre os vizinhos. Em muitas propriedades, após a chuva, a água fica barrenta, e vai ficando clara novamente com o passar dos dias sem chuvas.

Os vizinhos têm água ruim, tem gosto de barro, de lodo, a nossa é boa. (Paula, 31a)

A nossa água aqui é escura, tanto a daqui, quanto a que vem de lá de cima. Já fizemos de tudo, mas não fica clara. Quando chove coloco bacias na chuva. (Siderlei, 56a)

Apesar da dificuldade de acesso à água, para muitas famílias residentes no Remanso, existe um poço artesiano, que, segundo os agricultores, foi construído há aproximadamente 20 anos e deveria abastecer em torno de 60 famílias. No entanto, o poço artesiano permanece sem a canalização adequada para o transporte da água, até a caixa d'água da localidade, conforme relato a seguir:

[...] deve fazer quase 20 anos que esse poço está botando água, jorra por conta. A pressão, a vazão dele é tanta, que ele jorra por conta. É, e o que mais indigna a gente, é que a gente pediu, lutou, falou, né, [...] passou vários governos, a gente achou que talvez iam conseguir alguma coisa, mas pelo que a gente vê vai ficar na mesma coisa [...]. E a água lá é clarinha. Tem

gente que vai lá buscar, para feira (ecológica), para fazer os pacotes de mandioca. (José, 43a)

Conforme o relato de José, para comercializar, na feira ecológica, as mandiocas já descascadas e embaladas em um saco plástico transparente com água, os produtores buscam a água do poço artesiano, a qual é considerada *clarinha*, pois a utilizada pelas famílias nas residências não tem esse aspecto, podendo comprometer a aparência do produto no momento da compra pelo consumidor.

O acesso a água é importante, pois possibilita a produção dos alimentos e a manutenção da propriedade, interferindo diretamente no cuidado à saúde das famílias, sendo importante sua procedência e os cuidados para o consumo.

1.7 O acesso ao ensino – educação dos filhos

Entre as interlocutoras, a maioria mencionou ter realizado o ensino fundamental incompleto, uma concluiu o ensino médio e outro está cursando. Todas as famílias relataram, o que também foi observado, que seus filhos menores de 18 anos estão frequentando escolas, as quais se localizam tanto na área rural, para os que cursam o ensino fundamental, quanto na urbana, onde os estudantes cursam o ensino médio. Assim como identificado no estudo de Carneiro (1998), os jovens ultrapassam a escolaridade dos pais.

Além disso, há jovens que não residem mais na área rural e cursam o ensino superior. A filha de uma das agricultoras é pastora e atua em um município do estado de Santa Catarina, tendo realizado sua formação na Escola Superior de Teologia (EST), em São Leopoldo, assim como outra jovem, que trabalha como professora em uma escola luterana um município da região metropolitana de Porto Alegre.

Em 2014, no período da inserção no campo, cinco jovens estavam cursando o ensino médio na cidade de Canguçu, necessitando deslocar-se diariamente, enquanto que os demais cursavam o ensino fundamental em uma das três escolas rurais. Entre os que estavam cursando o ensino médio, uma cursava magistério como bolsista, no Colégio Franciscano Nossa Senhora Aparecida (CFNSA), e outro o curso técnico em agricultura na Escola Técnica Estadual de Canguçu (ETEC), com objetivo de qualificação para o trabalho com a leiteira da família, entre outros planos.

A EEEFI Dr. Edmundo Gastal, escola local, é pequena, com aproximadamente nove alunos, e possui até o 4º ano do ensino fundamental. Entre as famílias dos interlocutores, apenas uma das crianças estuda nessa escola, as demais frequentam

as outras duas. A escola foi doada por Edmundo Gastal, proprietário de uma estância, onde atualmente se localiza o Remanso. As aulas, para todos os alunos, são ministradas por uma professora, que também realiza a higienização da escola e o preparo da merenda. A cada três meses, uma das mães dos alunos vai à escola fazer uma faxina, auxiliando na limpeza que a professora não consegue realizar cotidianamente. Segundo as interlocutoras, há alguns anos, ocorreu uma mobilização da comunidade para o não fechamento dessa escola. Para isso, foram até a 5ª Coordenadoria Regional de Educação, em Pelotas, e conseguiram mantê-la aberta.

As propriedades rurais das famílias estão localizadas há aproximadamente 33 km da área urbana de Canguçu. O deslocamento das crianças e adolescentes que frequentam a escola, tanto na área rural (ensino fundamental) quanto na urbana (ensino médio), é realizado com o ônibus escolar ou de linha e custeado pela Secretaria Municipal de Educação. Devido à distância das propriedades até a parada de ônibus, para embarcar no transporte escolar, alguns alunos utilizam motocicleta, bicicleta ou são levados pelos pais até o local. A rotina da família que tem filhos em idade escolar é influenciada e organizada pelo turno em que estudam: o horário do almoço ocorre mais cedo, para os alunos que estudam à tarde, ou mais tarde, quando os alunos estudam pela manhã.

As famílias que cultivam tabaco mencionaram que é obrigatório, pelas normas das empresas das quais adquirem e comercializam o produto, que seus filhos frequentem a escola até os 18 anos e não trabalhem.

É, eu acho, né, porque eles são obrigados a estudar até os 18 anos. Quem planta fumo é obrigado. Senão, não pega pedido. Eles não dão se tu não está com os filhos no colégio até os 18 anos, eles não dão pedido. (Ilma, 70a)

No galpão, a classificação do fumo seco, eu pretendo fazer com meu filho. Não digo que muito meu filho, pois ele tem as coisas dele para fazer, se ele quiser ajudar, ele ajuda, porque eu não vou obrigar ele a trabalhar, nem nada. Eu digo sempre que o primeiro lugar é o colégio, o estudo dele, isso aí em primeiro lugar. Ele diz que quer me ajudar, e me faz companhia também. (Iasmim, 34a)

Uma das entrevistadas demonstrou preocupação, pois seu neto, ao completar 18 anos, decidiu parar de frequentar a escola.

Não quis, e eu fiquei chateada, eu até nem consegui dormir. E aí ele disse: 'vó, também não é tanto assim'. É, mas não consegui dormir de noite, preocupada. Mas porque esse guri não estuda mais?! Porque a gente não sabe como vai ser, se um dia se termina essa plantação de fumo, essas coisas, tu querer trabalhar em outro lugar e não ter estudo. (Ilma, 70a)

No relato da avó, ela percebe que a baixa escolaridade do neto, pode dificultar as oportunidades de emprego, se, futuramente, não for mais possível permanecer no rural cultivando fumo.

Esse relato corrobora com os dados encontrados por Carneiro (1998), em um estudo realizado em duas áreas rurais, nos estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, onde a permanência na atividade agrícola para os jovens é entendida como uma alternativa viável para aqueles que “não gostam de estudar”. Segundo o Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008, as tarefas no cultivo e beneficiamento do tabaco representam riscos para as crianças e adolescentes (BRASIL, 2008).

No contrato firmado entre agricultor e agroindústria fumageira, consta uma cláusula apontando que o agricultor tem conhecimento da não utilização, em todas as fases do cultivo do tabaco, de mão de obra de menores de dezoito anos de idade, ainda que em regime de economia familiar. Além disso, necessita fornecer atestado de matrícula escolar das crianças entre seis e dezoito anos. Em caso de descumprimento, a família pode sofrer penas de rescisão contratual, entre outras, como não aquisição de produção e encaminhamento para entidades de proteção da criança e do adolescente (MARIN; REDIN; COSTA, 2014).

1.8 O acesso das famílias ao que é *de fora*

De acordo com os relatos, havia vários horários de ônibus para deslocamento para a cidade, mas atualmente está disponível um único horário pela manhã para ir e, ao final da tarde, para retornar. Segundo algumas famílias, a disponibilidade dos horários foi reduzida devido ao grande número de aposentados que não pagam passagem e da quantidade de pessoas que vão de carro, fazendo com que a empresa de ônibus detentora da linha reduzisse a oferta de horários.

As famílias possuem carro e/ou motocicleta, veículos utilizados no deslocamento tanto para área urbana quanto para cidades vizinhas. Poucas mulheres, somente as mais jovens, dirigem carro e/ou moto; porém, como em geral não possuem habilitação de motorista, não podem trafegar pela rodovia e deslocar-se até a cidade, ficando restritas às localidades rurais próximas.

Quanto ao comércio de alimentos e combustível na área rural, os agricultores relataram que circula, uma vez ao mês, o caminhão do posto de combustível Fitazul (localizado na RS-392). Quinzenalmente, o veículo de uma padaria localizada na

localidade de Alto Alegre (1º distrito passa vendendo pães, bolachas, entre outros, recebendo encomendas para quando há alguma festividade na família.

Entre as rádios de Canguçu, os interlocutores costumam ouvir as rádios Liberdade e Cultura. A primeira, os agricultores escutam diariamente, com o propósito de informarem-se sobre as pessoas que estão internadas no hospital da cidade, seu estado de saúde e quais tiveram alta hospitalar. A segunda apresenta uma programação aos sábados pela manhã, com espaço para as quatro religiões cristãs, sendo reservado ao final da manhã o horário para os pastores da IECLB.

Todos os interlocutores são praticantes da religião luterana e membros da mesma comunidade religiosa, a qual os une, configurando o coletivo. A religião mostrou-se importante no cotidiano das famílias rurais, fornecendo conforto espiritual para superação das doenças e dos problemas enfrentados, integrando o sistema de cuidado. Nesse contexto, o grupo da OASE é o espaço onde as mulheres encontram solidariedade e apoio. É relevante destacar que esse grupo organiza seu tempo visando desempenhar as atividades na comunidade religiosa e na propriedade, além dos momentos de lazer, tendo o futebol como a principal atividade de lazer. A comunidade religiosa se fortalece como coletivo, apesar da distância entre as propriedades e de alguns integrantes residirem em outras localidades rurais, essa propicia uma sociabilidade vicinal.

Apesar de, em alguns momentos, ocorrerem relações conflituosas com os vizinhos, esses são considerados importantes. A solidariedade vicinal está presente em diferentes situações, como no compartilhamento da água entre os vizinhos. Para alguns, os vizinhos são considerados como integrantes da família, mesmo sem haver parentesco, ocorrendo cotidianamente a reciprocidade na realização dos serviços, troca de alimentos, e para o cuidado à saúde.

Neste contexto a solidariedade vicinal, o sentimento de pertencimento ao espaço, o acesso a água, lazer e a educação, entre outros, constituem práticas de cuidado realizadas pelas famílias.

Capítulo 2 – Tempo do trabalho: a organização do cotidiano familiar

Nesse capítulo será apresentado e discutido sobre a relação das famílias rurais com o trabalho e a terra das famílias rurais. Ademais será abordado sobre o cotidiano e a divisão de trabalho da unidade familiar, assim como a produção e consumo, tanto dos produtores agroecológicos, quanto dos fumicultores.

Para essas famílias, a percepção do trabalho do jovem no meio rural implica na formação da identidade com o espaço rural, com a intenção de sua permanência futura.

De acordo com Abramovay (2012), a partir de uma perspectiva chayanoviana²⁸, o que caracteriza o campesinato é a fusão entre a unidade de consumo e a de produção, ou seja, entre as necessidades da família e o trabalho necessário para atingi-las.

Para Wanderley (2014), o campesinato é uma forma social de produção de caráter familiar, tanto na atividade produtiva, voltada para as necessidades da família, quanto na organização do trabalho, com a cooperação entre os seus membros, assim correspondendo a um modo de vida e a uma cultura. Para essa autora, o campesinato possui duas dimensões, como civilização ou cultura, que formam o conjunto do tecido social, podendo também ser visto como forma social particular de organização da produção

cuja base é dada pela unidade de produção gerida pela família. Esse caráter familiar se expressa nas práticas sociais que implicam uma associação entre patrimônio, trabalho e consumo, no interior da família, e que orientam uma lógica de funcionamento específica (WANDERLEY, 2003, p. 45).

A categoria *agricultura familiar* se difundiu no Brasil principalmente a partir da implantação do Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF). O agricultor familiar é um ator social do mundo moderno e, “de uma certa forma, permanece camponês, na medida em que a família continua sendo o objetivo principal que define as estratégias de produção e de reprodução e a instância imediata de decisão” (WANDERLEY, 2003, p. 48).

²⁸ Referente ao autor russo Alexander Chayanov.

renda familiar. Ademais, representa a organização do cotidiano de trabalho familiar, com algumas atividades e os turnos nas quais são desempenhadas.

2.1 A terra como identidade das famílias e a relação com o ambiente

Ao caminhar pelas propriedades com os interlocutores, foi possível perceber sua ligação com o espaço no qual vivem, o orgulho que sentem ao mostrar as terras e a ligação que possuem com o ambiente-natureza. Para os agricultores, a terra é um bem que não se vende, *sempre tem seu valor*, relacionado à identidade dessas famílias, e será transmitida como herança a seus descendentes, possibilitando a manutenção da identidade familiar, além da produção de alimentos para o consumo.

Eu sempre vejo assim: se a gente comprou, pagamos do nosso suor as terras, é difícil tu vender o que tu adquiriu assim, suado. É diferente quando tu ganha de herança, quando é dada, tu vende fácil [...]. Mas que nem a gente, a gente compra, com suor, tu não consegue vender. Pode comprar outro lugar, na cidade uma casa, mas aquela (terra) ali fica, para o teu filho, aí depois fazem o que bem entender. (Iasmim, 34a)

Não é futuro, assim tu vender (a terra), e o dinheiro tu gasta, só se tu fizer outro negócio bom, que tu pode, faz uma outra compra. O dinheiro, pensar em botar na poupança, ele perde o valor e a terra não, a terra sempre tem seu valor. Mas, depois, o dia que nós (referindo a ela e ao esposo) não existirmos mais, vai ficar oito hectares para cada um dos filhos, tá bom. Dá para eles (filhos) plantarem e comerem. (Olívia, 57a)

Para Woortmann (1990, p. 23), “nas culturas camponesas, não se pensa a terra sem pensar a família e o trabalho, assim como não se pensa o trabalho sem pensar a terra e a família”, constituindo uma ordem moral. A terra não é simples coisa ou mercadoria, mas vista como dádiva de Deus e patrimônio da família. Terra e família se vinculam estreitamente a valores e a princípios organizativos centrais da economia camponesa, como honra e hierarquia.

A relação com a terra também está associada à crença religiosa, atribuindo a Deus o benefício de poder residir no espaço e cultivar os alimentos consumidos.

Deus nos dá tudo, por que que às vezes, coisa que me revolta, as pessoas destroem a natureza. Ela é tão bonita, se ela fosse preservada [...]. Por isso eu digo sempre, eu adoro a natureza! (Olívia, 57a)

Para Reimer (2013, p. 89), “a religião carrega em si o poder de organizar e estruturar as relações de vida não apenas das pessoas e entre as pessoas”, mas também delas em relação ao mundo, em suas dimensões micro e macro, todas interligadas. De acordo com Wanderley (2003), o agricultor familiar é aquele que conhece detalhadamente a terra, as plantas e os animais que são seus, sentindo-se comprometido com o respeito e a preservação da natureza, e o amor pela profissão.

Algumas famílias possuem terreno na área urbana do município, mas, apesar disso, mesmo indicando necessidade de, por motivo de doença, mudar-se para a cidade, optam por permanecer no rural. Devido à doença de um dos familiares (esposo), uma das famílias residiu na cidade em 2013, mas regressaram à propriedade e estão retomando as atividades, tendo, em decorrência da doença, migrado do cultivo de tabaco para a produção de queijos e comercialização de ovos.

Em duas famílias (famílias 10 e 13) os maridos trabalhavam em outras áreas (mecânico e funcionário de um frigorífico) e não tinham prática no trabalho agrícola, no entanto, segundo as mulheres, estão se adaptando.

Ele (marido) nunca tinha plantado, ele achava que era fácil, eu tentei alertar, mas sabe como é o ser humano, 'mas comigo vai ser diferente, porque eu vou fazer assim, assado' [...]. O milho ele já tem experiência, ele já vai mais ou menos sozinho [...]. Ele não se deu conta ainda que plantação não é como um motor que tu está abrindo, o motor tu abre ele, tu deixa ali na bancada, quando tu quiser, tu monta, mas para plantação tem que ser no tempo certo. (Maria, 58a)

No relato de Maria, ela faz a comparação entre a transição do trabalho de mecânico, do marido, para as atividades agrícolas, cultivando alimentos. Esses necessitam ser plantados no período adequado, *plantação tem que ser no tempo certo*, diferente do tempo de trabalho como mecânico.

Os agricultores identificam que não se aproveita a totalidade do que é cultivado, pois uma parte é partilhada com o ambiente, os animais e a terra.

A parte de cima (da árvore frutífera) é dos passarinhos, a do meio é nossa e a de baixo é para cair no chão, para apodrecer, para dar semente depois. Nada tu colhe 100%, e o passarinho transplanta, né! (Amanda 28a)

Assim como identificado por Woortmann e Woortmann (1997, p. 28), para os agricultores, “a relação com a natureza é uma troca respeitosa”.

Foi possível observar, em diversos momentos, que as famílias separam os resíduos do preparo dos alimentos, os quais são destinados à alimentação dos animais na propriedade, e a sobra das refeições (almoço e/ou janta), para a alimentação dos gatos e cachorros, evitando o desperdício.

A relação com o espaço no qual vivem também está associada aos benefícios para a saúde individual e familiar.

Eu me sinto perdido indo para a cidade, por mais que seja uma vez por semana, ou duas, três, mas quando entrou ali em cima (referindo-se à entrada da propriedade), aí o Pedro perdeu aquela dor de cabeça, aquela coisa assim, desceu, botou os pés na terra aqui, aquilo parece que alivia, é bom. (Pedro, 33a)

O contato com a terra, conforme relatado por Pedro, traz melhorias à saúde física e emocional, *botou os pés na terra aqui, aquilo parece que alivia.*

2.2 Cotidiano e divisão de trabalho da unidade familiar

Entre as 14 famílias estudadas, há produtores agroecológicos de hortifrutigranjeiros, de fumo e de leite. Também há beneficiários de aposentadorias, que produzem alimentos destinados ao autoconsumo. A rotina e a divisão de trabalho da unidade familiar de produção diferenciam-se entre as famílias a partir do que é produzido em cada propriedade. Para Heredia (1979), a unidade camponesa possui um caráter familiar, sendo ao mesmo tempo uma unidade de produção e de consumo na qual seus membros estão relacionados ao processo produtivo a partir de laços de parentesco.

A rotina de trabalho familiar está atrelada às atividades desenvolvidas na propriedade, como o cultivo de plantas e a criação de animais. Entre as famílias estudadas, os agricultores acordam aproximadamente às sete horas da manhã, dependendo do dia e da estação do ano, a mulher faz o fogo no fogão a lenha e logo depois o casal ordenha a(s) vaca(s), retornando para tomar o café da manhã, juntamente com os filhos e/ou demais integrantes da família (sogro, cunhado etc) que residam com o casal. Enquanto fazem a refeição, ouvem as notícias pela rádio local de Canguçu, com especial atenção às informações divulgadas em relação às pessoas internadas no hospital. Em seguida, os homens seguem para a lavoura, juntamente com a maioria das mulheres. Durante a manhã, não há pausa para lanche, somente ao meio-dia quando se reúnem para almoçar. A mulher retorna mais cedo da lavoura, em torno de 11h, para iniciar a preparação do almoço. Sestear após o almoço faz parte da rotina da maioria dos agricultores, que retornam às atividades na lavoura quando o sol já não está tão forte, principalmente no verão.

Daí de manhã, no verão, 7 horas levantamos, trabalhamos, 10:30, 11 horas viemos embora da lavoura, e depois voltamos as 5 horas da tarde. Almoçou, sesteou, até às 3 ou 4 horas. (Amanda, 28a)

A sesta é realizada visando um período de descanso durante o dia e as atividades laborais, além de evitar a exposição aos horários em que o sol está mais intenso, evitando assim malefícios à saúde.

Aproximadamente às 16 horas ocorre uma pausa das atividades laborais para tomar o café da tarde, retornando logo em seguida. Os agricultores que têm a lavoura mais distante da residência costumam levar o café da tarde (pão e café preto),

evitando a perda de tempo no deslocamento até a casa. Ao final da tarde, retornam da lavoura, ordenham as vacas e alimentam os animais da propriedade. À noite, possuem o hábito de jantar, geralmente o que foi servido no almoço, indo dormir em torno de 22h.

Os momentos de interação familiar também fazem parte do dia a dia, como a pausa para tomar chimarrão com os demais integrantes da família que residem na casa ou nas proximidades, além das refeições em família.

Depois do almoço [...] vou ali no E. (filho que reside ao lado), tomo uns mates (chimarrão) ali. De noite, às vezes, também a gente vai um pouco lá no J. (outro filho que reside próximo). (Eduarda, 57a)

As condições climáticas influenciam nas atividades desenvolvidas nas propriedades, as quais são adequadas de acordo com o clima diário e/ou estações do ano.

A gente, se vai olhar, nós somos vagabundos, porque nós levantamos às 8h, tomamos um mate, antes das 9 horas a gente não sai de dentro de casa, dia úmido assim, principalmente no inverno. A A. (filha de 15 anos) levanta 6 horas (para ir à escola). Eu vou direto para a lavoura, bicho é pouco, né, animal, é só as vacas que estão para dar leite, galinha é pouca. Agora, nesse tempo de inverno, agora mesmo está muito molhado. Hoje mesmo eu não tenho quase o que fazer. Hoje, se vocês não tivessem vindo, eu iria cortar uma lenha, ali dentro do galpão, iria podar um cinamomo, que eu tenho que podar. Então, serviço assim, que tem que ser feito, se não é feito hoje, pode se fazer amanhã, não é aquele obrigatório, né. (José, 43a)

O tempo de trabalho é definido pelos agricultores, a partir de diferentes perspectivas, como as influências externas do tempo. O relato de José refere-se as demais atividades realizadas na propriedade, além do cultivo de hortaliças realizado pelo casal. Essas são colhidas a tarde, quando há feira no dia seguinte. Em decorrência da família possuir animais apenas para o consumo, isso demanda uma menor carga de trabalho com essa atividade, devido a pequena quantidade de galinhas e vacas.

Para Seyferth (1992, p. 3), a identidade camponesa se refere ao trabalho e à liberdade, pois o colono (agricultor), ao contrário do assalariado, tem liberdade de escolha, pois não possui “patrão, nem horário, embora tenha um ofício que exige dedicação, trabalho árduo, conhecimento tradicional e amor à terra”.

Além disso, as alterações no clima, no decorrer dos últimos anos, também interferiram no cultivo de algumas plantas, como o feijão. Ademais, o excesso e/ou a falta de chuva, sol, calor ou frio também acarretam prejuízos no cultivo das plantas e perdas econômicas para as famílias.

[...] agora não se consegue produzir mais feijão como se produzia de primeiro, é bem difícil conseguir produzir [...]. Em tempos atrás, a gente sempre plantava feijão em setembro, só que agora parece que o inverno, o frio está

indo mais para setembro, então é muito frio [...]. Daí a gente acaba plantando mais em outubro, só que em dezembro ele está na floração, aí o sol é muito quente, sempre cai a florzinha. (Lia, 39a)

Nós, como agricultoras, sofremos muito a questão do clima [...], quando não chove, é problema, quando chove demais, é problema também. Às vezes, quando não tem sol, é problema, quando tem sol forte demais, é problema. No verão desse ano, teve plantas que até as frutas queimaram do sol, que não conseguiram se desenvolver, porque de um lado ficaram queimadas do sol, as folhas e os frutos. (Lídia 70a)

A decisão sobre o que é produzido na propriedade em algumas famílias é compartilhada pelo casal, mas em outras é exclusiva do homem (marido/pai).

A gente não trabalha sozinho, decide as coisas tudo junto, conversa, pergunta: 'o que tu acha?' (Iasmim, 34a)

Porque eu, eu assim, a pessoa tem que ser determinada, né, eu sou determinado, a Mariana (esposa) não é. Ela não tem determinação, eu tenho determinação (José, 43a).

Às vezes tenho que perguntar para o José (esposo) assim, o que que eu faço? (Mariana, 40a).

Eu tenho determinação, eu sei, eu me levanto de manhã eu sei o que eu vou fazer (José, 43a).

A partir das falas observa-se que entre as famílias é diversa a posição em relação a decisão sobre a produção. No relato de José, ele enfatiza sobre a necessidade de a pessoa *ser determinada*, para tomar as decisões relacionadas a propriedade.

Apenas uma mulher referiu estar conquistando esse espaço, pois tem mais experiência no cultivo de hortaliças que seu marido.

Olha, sabe que trabalhar junto é muito ruim para um casal, pra mim pelo menos é. Eu tive que brigar muito, depois de velha eu tive que aprender a brigar. Porque agora a plantação era mais comigo, eu tenho mais experiência, o meu marido não é muito de ouvir, ele sempre acha que sabe das coisas, então é bem difícil, mais é eu. Quem diria, depois de muita luta, hoje eu que vejo o que é que vamos plantar! (Maria, 58a)

O trabalho de cultivo e colheita do que é produzido na propriedade é realizado em conjunto entre o casal. A responsabilidade pela venda do que é produzido pela família é predominantemente do homem, como na comercialização do tabaco. A mulher comercializa produtos, como frutas, ovos e queijos, quando o consumidor ou intermediário vai até a propriedade, com exceção de uma agricultora agroecológica, que comercializa os produtos produzidos na feira ecológica.

As famílias mencionaram preocupação com a sobrecarga das demandas de trabalho na propriedade após o casamento de um(a) filho(a). Com a saída do(a) filho(a), as atividades que antes eram realizadas por ele(a), passaram a ser exercidas pelo casal ou, como no caso de Lídia e seu esposo, deixaram de ser realizadas.

Depois que a Letícia (filha) casou, aí então achamos que era muita lida para nós, ou tu iria para a feira ou ficava tirando leite das vacas [...]. Então ficou assim, depois que (ela casou), nós paramos de trabalhar na feira. (Lídia, 70a)

Essa situação também ocorre com algumas famílias que permanecem produzindo alimentos para os filhos e netos que residem na cidade, sem auxílio deles no cultivo, resultando, muitas vezes, em sobrecarga para o casal, como no relato de Olívia (57a): “os filhos só vêm buscar, não ajudam”.

As tarefas são divididas entre os membros da unidade familiar, permitindo uma organização na distribuição das responsabilidades na propriedade. Ademais, na organização do trabalho da unidade familiar, há a divisão de tarefas entre seus membros. As atribuições realizadas entre mulheres, homens, jovens, crianças e idosos podem diferenciar-se, levando em consideração o trabalho *leve* e o trabalho *forte* (braçal).

[...]Até para ter uma certa responsabilidade também, porque senão ninguém assume nada, né, fica uma coisa. (Amanda, 28a)

É, o trabalho braçal, o forte, aí isso é comigo, lenha dificilmente a Mariana (esposa) vai rachar. (José, 43a)

É preciso destacar que o caráter de *pesado* ou *leve* da tarefa é relativo e culturalmente determinado nos diferentes contextos, como os identificados por Paulilo (1987), em estudo realizado no sertão da Paraíba e no sul de Santa Catarina. Na Paraíba, é considerado trabalho pesado roçar e cavar a terra, realizado pelos homens, e leve, plantar, arrancar o mato miúdo e adubar, executado pelas mulheres, as quais recebem metade da remuneração masculina. Em Santa Catarina, no cultivo do fumo, com a distinção entre trabalho cansativo e pesado, as mulheres e crianças participam de todas as fases de produção. Para o fumicultor, é considerado trabalho pesado aquele que supostamente exige força física, sendo sempre realizado pelos homens.

Diversas atividades são frequentemente desenvolvidas conjuntamente pelo casal, como ordenhar e alimentar as vacas e o trabalho na lavoura. O cuidado com animais de grande porte, como cavalos, e o manuseio de equipamentos agrícolas usualmente são atribuições masculinas, assim como o preparo da terra para o cultivo.

Conforme o dia amanhece, [...] a gente começa a tratar os porcos, tirar leite, tratar as vacas, meu marido me ajuda. Depois a gente vem aqui dentro, aí faz o café, depois do café, geralmente se deixa as vacas na pastagem. Nessa parte da manhã trabalhamos juntos [...]. (Lídia, 70a)

É, daí de manhã, ele (marido) tira leite, e aí esses animais bovinos, cavalos é ele que cuida, depois também ele bota na cocheira, dá milho, aí depois leva para a lavoura. Daí trabalhar com os animais, é com ele. Aí tem algumas coisas que a gente, que nem hoje estávamos plantando cebola, nós dois, mas assim quando tem que preparar a terra, alguma coisa com o trator, daí isso é ele que faz. (Lia, 39a)

Geralmente as crianças, quando não estão na escola, acompanham as atividades laborais, como alimentar os animais. As tarefas desenvolvidas pelos idosos são consideradas *ajuda*, como capinar, quebrar milho, arrancar batatas, rachar lenha, colher as plantas que serão comercializadas na feira ecológica e alimentar os animais (aves e porcos). A participação dos idosos na divisão do trabalho da propriedade permite que se sintam ‘úteis’ dentro da unidade de produção familiar.

Quando a gente pode, a gente ajuda, a gente não pode estar parada, a gente quer ajudar. (Selma, 81a)

Tem muito velho que tá aposentado, né, não precisa trabalhar, mas eu trabalho. (Augusto, 87a)

A divisão do trabalho por sexo na agricultura permite concluir, em diversos estudos, que as mulheres, e também os jovens e as crianças, têm seu trabalho geralmente percebido como ajuda (BRUMER, 2004).

2.3 A mulher rural é a que mais trabalha

Os afazeres domésticos são a principal atividade que integra o cotidiano das mulheres. Comumente está sob sua responsabilidade o preparo das refeições, a limpeza e a organização da casa, o cultivo da horta e das flores, o cuidado com os filhos e com os animais para consumo (aves, gado, suínos) e de estimação (gatos e cachorros). As mulheres ainda trabalham na lavoura, realizando praticamente todas as tarefas executadas pelos homens, exceto aplicação de agrotóxicos, no caso das famílias de fumicultores.

No verão, aí a gente levanta um pouco mais cedo, vai tirar leite. Depois entramos, aí a gente arruma o café, tomamos café, depois faço o queijo, trato as galinhas. Aí eu fico arrumando a casa, lavando louça, lavando roupa e ele (marido) sai ajudar o J. (filho) no fumo [...]. De tarde lavo a louça, faço o café bem de tardezinha. Isso aí é a nossa rotina. (Eduarda, 57a)

Eu cuido dos animais, tem galinha, tem porco, tem terneiro, vaca [...], eu tiro o leite para o consumo da casa, cuido dos cachorros [...], até as 10 horas, por aí. Depois eu vou para a horta, trabalho um pouco da horta. Se tem uma coisa para fazer na lavoura, aí vou fazendo. Às 11 horas eu volto preparar almoço [...]. De tarde, lavo roupa, estendo roupa, arrumo a casa, aí de tarde meu filho vem, aí a gente vai para a lavoura, às vezes ele vai junto. Essa lavoura que a gente tem, essa semana juntei bastante milho, aí a ceifa³¹ passou, a gente arrenda, aí milhou e a gente juntou, assim passa o dia. De tardezinha, já chega os meus animais de novo, aí tiro o leite, encerro os porcos e as galinhas, assim eu passo o dia. Às vezes, de tarde eu vou na vizinha, ajudo ali também [...]. Às vezes eu faço um pouco de crochê. Minhas flores, eu gosto de cuidar também [...]. Aí pelas 7, 8 horas (da noite), o meu

³¹ Ceifadeira: equipamento agrícola destinado à colheita, com dispositivo para executar a ceifa das plantações.

marido chega (trabalha como pedreiro), tempo de sentar, tomar mate, conversar, o meu filho também senta conosco [...]. Até 9 horas a gente janta, eu não janto, que eu tenho gastrite e é para emagrecer um pouquinho também, aí ele (filho) e meu marido jantam, eu preparo a janta para eles, aí param um pouquinho [...]. Nove e meia, assim, a gente deita, porque o I. (filho) levanta cedo para ir a escola [...]. (Iasmim, 34a)

Essas informações são corroboradas por outros estudos que mostram (BRUMER, 2004; BAHIA, 2011), que a mulher é responsável praticamente sozinha pelo trabalho doméstico, tomando decisões relativas ao preparo dos alimentos, cuidado da casa e da roupa, orientação e educação dos filhos, assim como o uso de recursos destinados ao consumo doméstico. Além disso, trabalham na lavoura, realizando a maioria das atividades que os homens fazem. Na pesquisa realizada por Menasche (2004), junto a agricultores do Rio Grande do Sul, a aplicação dos agrotóxicos também é tarefa estritamente masculina.

Além do trabalho na propriedade, às vezes, as mulheres também ajudam as vizinhas. Muitas agricultoras desenvolvem outras habilidades manuais, como tricô, crochê, elaboração de arranjos florais e confecção de cobertores de pluma de ganso. Uma das interlocutoras referiu ter coletado plumas de aproximadamente 20 gansos, no decorrer de oito anos, resultando em três cobertores tamanho casal.

Para uma das interlocutoras, as mulheres possuem sobrecarga de tarefas no cotidiano de trabalho familiar, em comparação às atividades desempenhadas pelos homens. Ademais, ressalta que os homens têm momentos de descanso de suas atividades, enquanto as mulheres seguem com as atividades domésticas.

A mulher rural é a que mais trabalha, muito mais que o marido, ela tem que levantar cedo de manhã para adiantar todo o serviço da cozinha, para depois ir para a lavoura. Ela tem que chegar em casa e fazer a comida, o marido chega e senta, toma mate, olha televisão, né. Depois o marido come, se deita e descansa e a mulher lava a louça, para depois poder ir de novo para a lavoura. (Maria, 58a)

Para Stropasolas (2004), a delimitação de diferentes papéis entre os membros da unidade familiar e, particularmente, as representações do lugar ocupado pela mulher eram e continuam sendo construídas e reproduzidas socialmente a partir de referenciais culturais que legitimam a ingerência paterna na definição do processo decisório. Com isso, o patrimônio fundiário, a família e o sistema de valores culturais, ao reproduzirem desigualdades e hierarquias entre os gêneros e as gerações, representam uma unidade indissolúvel no processo de reprodução social do campesinato.

As agricultoras relataram sobre o processo para conquistas de espaços e direitos da trabalhadora rural:

Quando a gente começou a trabalhar nessa área da saúde, essas palavras, eu nunca esqueci, quando a R. do CAPA, me convidou pra ir nesse encontro da mulher. A primeira coisa que a gente dizia era que não tinha tempo, que a mulher da roça, ela só sabia ir pra roça. Acho que isso também foi uma conquista. A R. disse que a gente não podia pensar naquela mulher que sai e a casa cai, né, que ela também tem a liberdade de escolher o que ela quer [...]. Então a partir daí que a gente parece que descobriu o mundo fora de casa. Mas eu acho que, em todas as casas, que sempre era o homem quem decidia as coisas. Olha que foi difícil a mulher ter uma coisa que a identificasse, como uma carteira de identidade, um título de eleitor, nem isso a mulher tinha, né. Então sempre dizia assim, 'por que a mulher não pode ter voto?' [...] Isso são conquistas que a própria mulher está buscando esse espaço. Às vezes a gente não sabe se tudo isso ela vai conseguir, mas pelo menos ela tenta conseguir. (Lídia, 70a)

É, demorou, demorou, olha que faz anos, porque eu sou da época ainda que as mulheres não podiam nem votar. Eu votava, a minha mãe não podia votar de primeiro, ela não podia votar, quando ela pôde fazer o título, ela ficou numa felicidade que ela podia votar [...]. Além disso, a mãe só ganhava a metade (da aposentadoria). (Maria, 58a)

O relato de Lídia narra sobre as conquistas das mulheres agricultoras, a descoberta do *mundo fora de casa*, e a participação nas decisões, em um mundo masculino. Essa descoberta possibilitou as mulheres perceber que poderiam sair de casa e conquistar novos espaços, tendo a *liberdade de escolher o que ela quer*. Na fala de Maria é mencionado sobre a importância da conquista do voto, experienciada por sua mãe, além da aposentadoria integral.

Segundo Stropasolas (2004), a influência decorrente da luta e conquista de direitos por parte dos movimentos de mulheres na sociedade contemporânea se expandiu para o espaço rural a partir da organização dos movimentos de mulheres agricultoras. O Movimento de Mulheres Camponesas iniciou na década de 1980, buscando o direito da mulher e da classe trabalhadora, e permanece atuante, estando organizado em dezoito estados brasileiros (MOVIMENTO DE MULHERES CAMPONESAS, 2015). As conquistas repercutem nos projetos de vida dos membros da agricultura familiar, redefinindo padrões e noções do que deve vir a ser uma família (STROPASOLAS, 2004).

As interlocutoras referiram que o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar³² (PRONAF) está com uma linha de financiamento específica para as mulheres rurais, fazendo com que também tenham bens em seus nomes e não

³² O Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar é um programa do Governo Federal criado em 1995, com o intuito de atender os mini e pequenos produtores rurais que desenvolvem suas atividades mediante emprego direto de sua força de trabalho e de sua família. Tem como objetivo o fortalecimento das atividades desenvolvidas pelo produtor familiar, de forma a integrá-lo à cadeia de agronegócios, proporcionando-lhe aumento de renda e agregando valor ao produto e à propriedade, mediante a modernização do sistema produtivo, valorização do produtor rural e a profissionalização dos produtores familiares (SILVA FILHO, 2015).

somente no dos maridos. Algumas relataram ter recebido ou estar aguardando a liberação de financiamentos para implementação de ordenha mecânica, pomar, açude e casa. Segundo Silva Filho (2015), o PRONAF Mulher é uma linha de crédito relacionada com projetos específicos de interesse das esposas ou companheiras dos agricultores familiares, sempre que o projeto técnico ou a proposta contemple atividades agregadoras de renda e/ou novas atividades exploradas pela unidade familiar, observadas as condições previstas para os Grupos “C”, “D” e “E”³³, limitado a um crédito em cada grupo, independentemente dos tetos de investimentos já concedidos à unidade familiar.

Em relação à estética da mulher que trabalha no campo, há diferença nas percepções de mulheres e de homens. Para as pomeranas do Espírito Santo investigadas por Bahia (2011), com o casamento tem início uma vida de trabalho na terra. Entre as 18 interlocutoras entrevistadas no presente estudo, apenas duas exibiam o cabelo com comprimento longo, as demais o mantinham curto. A escolha pelo comprimento curto do cabelo foi referida em decorrência da praticidade, demandando menos tempo para o cuidado. Amanda mencionou ter cortado após o nascimento do primeiro filho. Além disso, o cabelo curto possibilita acomodar melhor o chapéu, acessório essencial para proteger-se do sol, como evidencia o diálogo a seguir, entre um casal:

Eu mesmo cortei meu cabelo por causa disso (uso do chapéu), porque aí, aquela maromba de cabelo. Não aguento, e enfia por debaixo do chapéu e não para. Aí se eu ando de boné, me queima a nuca, as orelhas, não dá. E o suador correndo, né! (Amanda, 28a)

Ela (esposa-Amanda) era como tu (referindo-se ao comprimento do cabelo da pesquisadora) assim de cabelo, até mais volumoso, eu casei com a mulher de um jeito e a mulher está de outro. Ah, meu homenzinho! (Pedro, 33a)

Amanda comentou que possuía os cabelos compridos e mostrou-me fotos dessa época. Seu marido, Pedro, comentou que gostava, mas Amanda disse que cortou depois que os filhos nasceram, pela praticidade no cuidado, pois os cabelos compridos demandam tempo de cuidados, o qual ela não possui. Também disse que quando seus cabelos iniciarem a ficar brancos não irá pintar. (Notas da pesquisadora, Diário de Campo, 24/07/14)

Para a mulher, o cabelo curto é mais adequado para efetuar as atividades cotidianas de trabalho, já para o homem, essa mudança interferiu na imagem associada ao feminino que sua esposa exibia anteriormente. De acordo com Ferreira (2006), o corpo da mulher camponesa é percebido, muitas vezes, através de uma

³³ O PRONAF apresenta uma caracterização em grupos (A a E), descrevendo as condições para os produtores(as) rurais adquirirem o financiamento (SILVA FILHO, 2015).

visão utilitarista, ou seja, se são “produtivas”, são seguramente reprodutivas, isto é, centrais para a reprodução do grupo doméstico e do próprio trabalho.

Para os colonos alemães do Rio Grande do Sul investigados por Woortmann, a mulher não precisa ser bonita, mas deve ter a capacidade de trabalhar, mesmo na pior terra, produzindo alimentos:

Higiene e capacidade de organizar seus próprios recursos também são fundamentais. Nesse sentido, apesar de subordinada ao marido, a mulher deve ter iniciativa e evidenciar capacidade de gerar novos e mais recursos em seu próprio domínio de atividades, de maneira a destinar parte destes às despesas da casa e ao enxoval das filhas. Critérios como beleza, inteligência, elegância, etc. são secundários ou mesmos irrelevantes (WOORTMANN, 1995, p. 143).

Entre as famílias rurais investigadas, é valorizada a capacidade produtiva da mulher, ficando a estética corporal em segundo plano. A sobrecarga referida por diversas interlocutoras, também reflete na pouca disponibilidade de tempo para o cuidado com a aparência física, sendo priorizado o tempo para as tarefas laborais na propriedade e para o cuidado familiar.

2.4 Produção e consumo da unidade familiar

A principal renda das famílias estudadas é proveniente do cultivo agroecológico de hortifrutigranjeiros e da fumicultura. Além disso, há famílias com renda oriunda da produção de leite e uma resultante do trabalho em construção civil, como pedreiro. Cabe ainda mencionar que entre essas famílias há ocorrência de beneficiários de aposentadorias por idade e/ou auxílio doença previdenciário (Quadro 4).

Quadro 4 – Descrição da principal renda das famílias e a forma de cultivo para o autoconsumo familiar. Canguçu (RS).

Família	Entrevistado (a)	Idade	Principal renda familiar				Cultivo para autoconsumo	
			Fumicultura	Hortifrutigranjeiros agroecológicos	Leitaria	Beneficiários de aposentadorias por idade e/ou auxílio doença previdenciário	Agroecológico	Convencional
Família 1	Siderlei	56	X					X
Família 2	Olívia	57				X	X	
Família 3	Lídia	70			X	X	X	
Família 4	Lia	39		X			X	
Família 5	Letícia	35	X					X
	Ricardo	44						
Família 6	Amanda	28	X	X		X	X	

	Pedro	33						
	Selma	81						
	Augusto	87						
Família 7	Dilma	71				X	X	
	Inês	47						
	Neldo	73						
Família 8	Mariana	40		X			X	
	José	43						
Família 9	Ilma	70	X			X		X
	Ivete	50						
Família 10	Maria	58		X	X		X	
	Henrique	31						
Família 11	Eduarda	57	X					X
	César	61						
Família 12	Viviane	40				X	X	
	Paulo	38						
Família 13 ^(#)	Paula	31	X					X
Família 14	Iasmim	34	X				X	

(#) Reside em assentamento rural.

A renda complementar da maior parte das famílias provém de aposentadoria por idade, cultivo de fumo, produção de semente crioula de milho, cultivo de laranjas (vendidas, entre outubro e março, para merenda escolar do município), leitearia, produção de queijos, venda de ovos, comercialização de porcos, galinhas ou gado para abate, apicultura e plantação de acácia.

A renda maior vem do fumo, a feira (ecológica) é aqueles trocos, cada fim de semana ali e deu. (Amanda, 28a)

Tu faz um bom dinheiro na feira (ecológica), só que aquilo entra de pouquinho normalmente, nem sempre que tu manda todos os produtos, muitas vezes volta, igual hoje. (Pedro, 33a)

Assim como evidenciado em outros estudos (PINHEIRO, 2010; SCHNEIDER, 2014), a polarização é entre agroecológico e convencional (termos usados para distinguir práticas produtivas sem e com emprego de agroquímicos, respectivamente), sendo a fumiicultura o principal cultivo da produção convencional na região.

As duas formas de trabalhar a terra não estão dissociadas no cotidiano dessas famílias, podendo coexistir em uma mesma propriedade, como no caso de uma das famílias estudadas. A maior parte dos entrevistados justifica o cultivo de fumo pela impossibilidade de praticar outra atividade, sendo apontado por muitos como a atividade produtiva mais rentável.

Também é importante ter presente que as famílias, mesmo entre os fumicultores, praticam a policultura para produção de alimentos destinados ao autoconsumo, produzindo hortaliças, legumes, plantas condimentares, batata, mandioca, feijão, milho e animais para o consumo de carne e seus derivados, como porcos, gado, aves (galinha, pato, marreco, ganso). Além disso, na maior parte das

propriedades, há uma diversidade de árvores frutíferas, principalmente as cítricas, como laranjeira, bergamoteiras e limoeiro, porém também cultivam videira, bananeira, goiabeira, pessegueiro, entre outras.

Plantamos principalmente para o consumo da casa. Na cozinha, não pode faltar a batata inglesa, batata-doce. Primeiro tu tem para o consumo, se sobrar aí tu vende. Assim também é o porco, a galinha, os ovos. Primeiro o que a gente necessita para a manutenção da casa, então o que sobra a gente vende. (Lídia, 70a)

Geralmente a gente procura plantar tudo que nós podemos, plantar e colher para a casa. Então a gente planta, seria muito bom se a gente precisasse comprar só o café, a erva, o arroz, né, que a gente não colhe aqui. O demais tudo tem plantado em casa. (Olívia, 57a)

De acordo com Alexander Chayanov, a lei básica da existência camponesa pode ser resumida no equilíbrio entre “trabalho e consumo”. O objetivo fundamental do trabalho camponês é satisfazer as necessidades de consumo familiar (ABRAMOVAY, 2012). De acordo com Brumer (2004), a unidade familiar de produção reúne esforços de todos os membros da família, visando ao benefício de todos, aproximando a unidade de produção e unidade de consumo.

A produção dos alimentos consumidos na propriedade é uma prática de cuidado à saúde, assegurando a procedência do que será consumido pela família, influenciando no processo de saúde e doença dos seus membros, minimizando o consumo de agrotóxicos e hormônios utilizados na criação de animais que são comercializados nos estabelecimentos.

Por isso que eu gosto de plantar em casa, porque eu sei que não botei veneno, eu não botei adubo químico, então foi tudo coisa natural, só um veneno de formiga que a gente usa, né. Eu acho que por isso que tem tanta doença também, não pode ser, antigamente não tinha isso, né, eu imagino que daí surgiu muita, muita doença, e tanta coisa que nós nos alimentamos mal, da própria comida, do próprio ar, né. (Olívia, 57a)

A Viviane (esposa) que come tomate cru assim, mas a diferença do tomate com veneno do sem veneno [é que o] tomate que tem veneno é duro (Paulo, 38a). Planta e colhe em casa o gosto é bem outro, né, o sabor é outro. (Viviane, 40a)

Para Seyferth (1992), a policultura e a divisão cuidadosa do trabalho entre os membros da família são sinais da identidade social deste campesinato, imperativo da sobrevivência, juntamente com a posse da terra, com a condição de colono.

As famílias mencionaram relação com diferentes instituições, por meio de cursos de qualificação e/ou visitas técnicas, como Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor (CAPA), Cooperativa Sul-Rio-Grandense de Laticínios Ltda. (COSULATI), Embrapa Clima Temperado e EMATER-ASCAR. Para os fumicultores, também há assistência pelos representantes das empresas fumageiras. Além disso, estão

presentes instituições que desenvolvem pesquisas, como a Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e a Universidade Federal de Pelotas (UFPeL).

Entre as atividades laborais realizadas, está a ordenha das vacas. Nas famílias que utilizam o leite para o autoconsumo ou produção de queijos, a ordenha costuma ser realizada manualmente, já nas que o comercializam, a atividade é executada mecanicamente. Além disso, para a venda do leite é também necessário que haja na propriedade um resfriador, onde o leite fica armazenado até a coleta pelo caminhão da cooperativa.

A rotina diária, de manhã, a primeira coisa é o leite. Somos mais nós dois, o F. (filho) que ordenha mais. Eu junto, eu lavo, terneira para tratar, e galinha, outros bichos, então eu faço de tudo um pouco e ele (filho) fica ordenhando. Meu marido é mais do serviço do trator, lavração, gradear e roçar, e agora no inverno sempre trabalha um pouco no serviço e mecânica também. (Maria, 58a)

Na maior parte das famílias, a ordenha das vacas, tanto manual quanto a mecânica, é realizada pelo casal, sem impacto da introdução dessa tecnologia na hierarquia doméstica. Essa atividade das famílias rurais pesquisadas, difere das informações encontradas nos estudos de Wajcman (1998) e Menasche (2004), onde com a introdução da tecnologia, ocorreu o domínio masculino sobre o produto, excluindo a mulher dessa atividade, a partir do momento que se mecaniza.

2.4.1 Produtores agroecológicos

Os agricultores agroecológicos comercializam os produtos nas feiras em Canguçu (uma vez por semana) e em Pelotas (duas vezes por semana). O cotidiano de trabalho é organizado de tal maneira que, quando um membro da família está fora, para vender os produtos na feira, o(s) outro(s) permanece(m) na propriedade, dando andamento às atividades.

[...] Quando é dia de feira, aí eu já saio de manhã cedo, daí já colher, né, daí eu colho as verduras, assim as verduras eu colho sempre logo de manhã, aí eu deixo pra lavar logo depois do meio-dia, mesmo no verão [...]. Depois, no horário do meio-dia, quando está muito quente para ir à lavoura, eu lavo, eu deixo arrumadinho. E, nos dias que não tem feira, às vezes, tem que botar roupa pra lavar, fazer pão, escolher feijão, mas, senão, daí eu vou pra lavoura, ou eu vou na estufa, sempre na estufa tem alguma coisa. Lá na estufa eu tenho as hortaliças, no verão aí eu planto tomate, aí ali assim quase sempre tem o que fazer, quando não tem, aí já tem alguma coisinha pra mudar, porque a gente colhe toda semana, ou até três vezes por semana, então sempre já tem alguma coisa pra mudar ou pra capinar ou pra colher, sempre tem serviço, né [...]. Quando tenho atividade na igreja, daí eu saio, senão assim, a nossa vida é estar na lavoura. (Lia, 39a)

Assim como evidenciado por Bahia (2011), em estudo realizado com pomeranos produtores de hortifrutigranjeiros, no município de Santa Maria de Jetibá, Espírito Santo, a sociabilidade feminina das interlocutoras desta pesquisa está associada ao trabalho, ao lar e à igreja/religião.

Para a venda dos produtos nas feiras, estes são recolhidos nas casas dos agricultores às 22h da noite anterior, fazendo com que os responsáveis pela feira do dia seguinte pernoitem na casa da mãe de um dos produtores, residente na cidade de Canguçu.

Lá na casa da mãe do José, ela faz um hotel lá para nós [...], lá tem cama quentinha, cobertas, lençóis. Para nós fica melhor. A feira de Canguçu a gente levanta às 6 horas, 6:15 já estamos na feira. Na feira de Pelotas, eles saem na madrugada, às 5 horas, por aí porque a feira começa às 6 horas. (Lia, 39a)

Há um rodízio entre os agricultores para dirigir o caminhão do grupo dos agricultores agroecológicos do Remanso, assim como uma escala para comercializar os produtos nas feiras. Essa escala fixa cada integrante em uma das feiras, permitindo que conheçam e interajam com os consumidores, evitando confusão com encomendas realizadas por clientes.

Como os agricultores ecológicos integram um grupo de produtores, há uma organização para a diversificação dos produtos comercializados na feira ecológica e cada família se dedica ao cultivo de algumas plantas. A maioria do cultivo é realizado em estufas, durante todo o ano, como por exemplo alface, salsinha e cebolinha-verde, independente das condições climáticas.

Para vender a gente tem produzido não é muita variedade. Estou me dedicando a quatro produtos, alface, beterraba, tempero verde e rúcula, isso é anual, sempre, depois tem tomate, pepino, vagem [...]. Não adianta tu querer plantar de tudo um pouco, como a gente trabalha dentro de um grupo de maior. (José, 43a)

Os agricultores produzem hortaliças, legumes, frutas, mel e alguns processados como suco de uva e extrato de tomate. Alguns legumes são picados e embalados para comercializar, ampliando a aceitação do produto pelo consumidor. No decorrer da pesquisa de campo foram acompanhadas e realizadas atividades na propriedade, como na descrição do diário de campo, a seguir:

Depois do término da entrevista, fomos às estufas onde estão cultivados as hortaliças e temperos, acompanhar e ajudar na colheita dos produtos que seriam comercializadas na feira ecológica no dia seguinte. Nos deslocamos eu, a bolsista Shay, o casal, Mariana e José, e sua filha F., de 4 anos. Nesse dia colhemos cebolinha, salsinha, alface e rúcula. As estufas localizam-se a aproximadamente 200 metros da casa, na região mais baixa da propriedade, próxima ao açude. O casal nos explicou o processo de cuidado e colheita da plantação. A filha F., de quatro anos, nos acompanhou e ficou o tempo todo

brincando nas estufas, o que pareceu ser um fato corriqueiro. Após, retornamos à casa para o café da tarde. Enquanto nos alimentávamos conversávamos sobre diversos assuntos, entre eles, José contou a viagem que fizeram ao município Ipê, onde segundo ele, iniciou a proposta de produção ecológica. Então começaram a nos mostrar algumas fotos, das viagens, feiras e familiares. (Notas da pesquisadora, Diário de Campo, 16/07/14)

A presença da filha de quatro anos, enquanto seus pais trabalham, faz parte do cotidiano familiar. As famílias que trabalham com a produção agroecológica referem que, além da certeza de saber o que se está comendo, ou seja, produtos livres de agrotóxicos, existem os benefícios para a saúde individual, familiar e dos consumidores.

2.4.2 Produtores de tabaco

Nos últimos 30 anos, o cultivo de fumo expandiu-se no sul do Rio Grande do Sul, especificamente nos municípios de São Lourenço do Sul, Pelotas e Canguçu. Em Canguçu, a expansão da produção ocorreu principalmente nos 1º e 2º distritos, onde há o predomínio das unidades familiares de produção. O município consolidou-se como um polo regional de produção de fumo (DUTRA; FONTOURA, 2014).

As famílias que cultivam tabaco envolvem-se com as demandas da produção durante todo o ano, desde o cultivo das sementes até a colheita, que ocorre no verão. A rotina de trabalho no verão também é influenciada pelos dias quentes e ensolarados, dificultando o trabalho na lavoura.

[...] A gente sempre volta a trabalhar em torno de, porque aí então é horário de verão, em torno de 2h e pouco, aí depende também do dia, se está muito calor, aí a gente vai mais tarde, aí tipo em torno de duas e meia. Aí se tu vem da lavoura, tu bota o fumo para dentro da estufa. E aí então a gente vai geralmente até umas três e meia, quatro horas, então que é o horário da gente tomar café, daí a gente retorna para a lavoura, e aí fica até de noite colhendo. Às vezes, se a gente conseguir botar tudo, aí a gente bota tudo, senão a gente deixa ali na estufa e coloca de noite ou no outro dia. Esses horários [...] a gente respeita [...], e se a gente já for muito tarde, também isso vai nos prejudicar depois, que a gente vai acabar colhendo menos [...]. Até a lavoura são uns 700 metros aqui de casa. (Letícia, 35a)

As lavouras para o cultivo do fumo, assim como as estufas (piscinas) para produção de mudas e as utilizadas para secagem das folhas após a colheita, localizam-se próximas à residência, entre 10 e 700 metros aproximadamente, assim como o local para armazenamento dos agrotóxicos, utilizados no cultivo (Figura 23).



Figura 23 – Processo produtivo de tabaco nas propriedades das famílias de rurais de Canguçu (RS).

Foto: Teila Ceolin, 2014.

A – Local de armazenamento das embalagens de agrotóxicos vazias, ao lado das estufas (piscinas) de fumo.

B – Piscinas (estufas) para cultivo das mudas de fumo.

C – Da esquerda para direita – casa da família, estufa convencional para secagem de fumo, estufa elétrica para secagem de fumo e local de armazenamento das embalagens de agrotóxicos vazias.

D – Bandejas de isopor para cultivo das mudas de fumo, as quais ficam dispostas nas piscinas.

De acordo com os interlocutores, a mão de obra no cultivo do fumo é familiar, frequentemente realizada pelo casal, recebendo auxílio de outros integrantes da família, como filhos, pais e avós nas etapas de colheita, secagem e classificação. Algumas famílias, no momento da colheita, realizam a troca de serviço entre vizinhos. Ademais, no momento da colheita, secagem e classificação, os produtores de fumo recebem auxílio de outros familiares, que residem nas proximidades, alguns produtores agroecológicos.

A gente (Paula e o esposo) acorda bem cedo, toma café e vai para a lavoura e às 11 horas eu venho, quando a I. (filha) tem aula, faço o almoço, aí ela vai para o colégio. Depois a gente empilha o fumo lá na estufa [...], quando o sol está muito quente, a gente descansa um pouco meio-dia. Lá por umas três horas, a gente vai pra estufa, aí empilha o fumo e de tardezinha a gente vai e colhe de novo, aí volta empilha de novo, aí de noite, se não tem leite pra tirar, a gente fica dentro de casa, faz janta, dorme, aí outro dia tudo de novo. (Paula, 31a)

Uma das famílias cultiva fumo e produtos orgânicos para a feira ecológica na mesma propriedade, de aproximadamente 34 hectares. Essa família em particular é formada por cinco adultos, dois idosos e duas crianças, os quais residem em duas casas na mesma propriedade. Segundo eles, plantam fumo por obrigação, pois, somente com os produtos agroecológicos comercializados, não é possível manter todos os membros da família, principalmente em decorrência dos gastos com problemas de saúde de uma das integrantes.

Em relação à rentabilidade do cultivo do fumo, algumas famílias o consideram mais lucrativo, em comparação aos hortifrutigranjeiros agroecológicos. Além disso, julgam que, ao comercializarem o tabaco, não há desperdício, todo o produto é aproveitado e vendido, inclusive o farelo do fumo. Alguns interlocutores agroecológicos relataram que muitas famílias optam pela fumicultura em decorrência dos lucros obtidos, sem priorizar a saúde ou ponderar os problemas em decorrência do trabalho e exposição aos agrotóxicos.

O fumo, acho que dá mais né, o agroecológico dá também, só que o problema quando tu leva para a feira, aí quando sobra aquilo vai fora, e o fumo não, não vai nada fora, até o farelo do fumo [...], eles compram tudo, esse ano eles tão pagando R\$ 1,00 o quilo do farelo sujo [...]. (Ilma, 70a)

Essa semana, eu ouvi na rádio uma pesquisa, que a pessoa fica feliz quando sabe que ganha mais que o outro, né, essa é uma forma de felicidade. E no fumo tem isso, [...] cada um quer ganhar mais que o outro, né, é um, tipo assim, parece que ele se sente feliz. E aí a gente não conversa muito porque é difícil de tu conversar com eles (fumicultores), por causa disso, né, que eles só vivem aquilo, né, a gente tem outra convivência, outro tipo de vida, né, e eles só vivem aquilo, não enxergam muito esse outro lado, eles não têm um dia para tirar para conversar com, que nem contigo assim, ou com outras pessoas que vêm te visitar, para eles é aquilo ali, a gente não consegue interagir. Quanto tu vai conversar acontece muito essa questão, esse do ganhar. 'Mas vocês fazem o quê? Qual é o? Como é que vocês tão de vida? Tu não tem trator novo? Tu não tem nada novo? Eu tenho trator novo, eu tenho carro novo'. A comparação, né, isso é difícil. Eu estou me envenenando, mas eu estou com carro novo na garagem. (José 43a)

Eles ficam só no fumo, achando que só o fumo dá dinheiro. Eu vejo que é um trabalho escravo, tenho misericórdia de gente que trabalha no fumo, esse último verão do jeito que foi quente, essa gente estava toda queimada, com as orelhas cozidas no sol. É uma profissão muito ruim, trabalha o ano inteiro com o fumo, é muito trabalho, se calculasse os dias de serviço não dá lucro, eles não calculam o valor da mão de obra. (Maria, 58a)

O relato de José, agricultor agroecológico, demonstra sua percepção em relação a felicidade e competitividade para obtenção do maior lucro entre os fumicultores, *estou me envenenando, mas eu estou com carro novo na garagem*. Para esse interlocutor, os fumicultores *só vivem aquilo [...], não têm um dia para tirar para conversar com outras pessoas que vêm te visitar, para eles é aquilo ali*, dificultando a interação social. Enquanto pesquisadora, no decorrer da coleta de dados, recebi igual atenção nas

propriedades, tanto das famílias de agricultores ecológicos, quanto das de fumicultores.

Na fala de Maria, a interlocutora expõe sua concepção sobre os fumicultores, considerando *um trabalho escravo*, pois o agricultor não pode gerenciar seu tempo, necessitando respeitar os prazos impostos pelo ciclo produtivo do fumo, expondo-se ao sol forte durante o verão, e das empresas fumageiras.

Segundo os fumicultores, as empresas que compram o tabaco fiscalizam para que não ocorra trabalho infantil nas propriedades e para que os menores de 18 anos frequentem a escola. Além disso, facilitam no financiamento de computadores/notebooks para os produtores, com valor acessível. Com isso, algumas famílias adquiriram os equipamentos para seus filhos. O talão do produtor de fumo pode estar no nome do casal e do filho, assegurando benefício saúde, em caso de acidente de trabalho.

A produção das famílias varia de 30 a 60 mil mudas de fumo. O rendimento da produção de 30 mil pés de fumo é de aproximadamente 4 mil kg. O contrato com as empresas é realizado em janeiro. Os produtores costumam comprar 5% a mais de sementes do que irão cultivar, devido às perdas que ocorrem.

A produção do fumo constitui-se de diversas etapas, desenvolvidas no decorrer do ano, desde a produção de sementes à classificação das folhas. Em junho, enquanto os fumicultores estão na fase final de classificação do fumo colhido na última safra, começam a semear as próximas mudas nas estufas (piscinas). As sementes são cultivadas na lua crescente ou cheia. Em agosto, os produtores concluem a classificação do fumo comercializado. De acordo com os produtores, a melhor qualidade de fumo é o B1, pelo qual receberam, em 2014, em média R\$ 9,00 por quilo. Em setembro, as mudas de fumo que estão nas piscinas já foram repicadas e no final do mês são cultivadas na lavoura. No momento do preparo da terra para o plantio das mudas, são aplicados herbicida e adubo.

O processo de secagem do fumo ocorre atualmente em estufas elétricas (Figura 24), as quais possibilitam o controle da temperatura e uma disposição do fumo, facilitando o trabalho do produtor. Cada estufa demora aproximadamente cinco dias para secagem completa das folhas, a uma temperatura que varia de 95 a 165° C. O relato a seguir detalha o processo de secagem do fumo, comparando as estufas convencionais (antigas) com as elétricas, utilizadas atualmente.

As vantagens que tem tu, aquele tempo que tem para botar na estufa convencional, tu tem que costurar ele, botar tudo em bambu, em vara. Aí tu traz da lavoura, costura, bota no estaleiro, que fica do lado, uma peça

comprida, aí vai todo de pendurado ali, dá toda aquela mão de obra costurar, botar no estaleiro, aí depois que tá todo costurado, aí tem que pegar e botar para dentro da estufa, subir tudo para cima, porque é alto. Tem que ter umas quantas pessoas para te alcançar para cima, leva três a quatro dias para encher uma estufa de 600 varas. Na elétrica, tendo gente, arrumamos um pessoal, é, são cinco pessoas, eles chegam a levar um dia para encher, o máximo que eles levam é um dia e meio para encher uma estufa elétrica, se fosse a convencional 5 pessoas levariam no mínimo quatro ou cinco dias e tem que ficar trepado lá, empoleirado lá de perna aberta lá em cima. E depois para descarregar tudo é mais difícil, precisa mais espaço para guardar o fumo. Do fogo ali aí tem as hélices, elas tocam o calor para dentro e seca mais rápido. Numa convencional, além de demorar para carregar, demora depois para tu começar a colher, porque não tem como esfriar tanto. A elétrica apagou o fogo, aí deixa parado umas 3 ou 4 horas, bota água lá para dentro e já começa a descarregar. (César, 61a)



Figura 24 – Imagens de estufas elétricas onde ocorre o processo de secagem e classificação das folhas de tabaco. Canguçu (RS).

Foto: Teila Ceolin, 2014.

Segundo os interlocutores, a mudança entre os dois tipos de estufas, convencional para elétrica, reduz o tempo gasto na organização das folhas a serem secas (o processo de *carregar* a estufa), o número de pessoas necessárias para trabalhar no processo e o risco, pois nas estufas convencionais é necessário subir e ficar *empoleirado*.

Todas as propriedades que cultivam fumo possuem um local específico para acondicionamento das embalagens de veneno utilizadas, o qual deve ter identificação como produto tóxico (Figura 18), sendo recolhido pela empresa uma vez por ano.



Figura 25 – Local de acondicionamento, nas propriedades, das embalagens vazias dos agrotóxicos utilizados. Canguçu (RS).

Foto: Teila Ceolin, jun. 2014.

2.5 O trabalho do jovem no meio rural

O jovem no meio rural é visto, em muitos estudos, como aprendiz de agricultor nos processos de socialização e de divisão social do trabalho na unidade familiar (CARNEIRO, 1998). Os jovens desse grupo investigado encontram-se na faixa etária entre 14 e 31 anos, de ambos os sexos, são estudantes e residem com os pais. Com objetivo de obter uma renda individual, alguns trabalham fora da unidade de produção familiar, com atividade remunerada em lavouras vizinhas, geralmente na colheita do fumo, e outros migram para a cidade, com objetivo de estudar e/ou trabalhar.

O fumo ainda segura os mais novos, mas, se acabar, vão todos para a cidade. (Siderlei, 56a)

Porque a lavoura está difícil, sabe que não está fácil, porque não tem mais incentivo, eles não estão dando mais incentivo para os jovens. (Eduarda, 57a)

Essas características são semelhantes às encontradas por Gaviria e Pezzi (2007), em um estudo realizado com famílias rurais no Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, onde, na busca pela renda individual, o jovem desenvolve atividades agrícolas e não agrícolas, ocorrendo, muitas vezes, sua migração para espaços urbanos, para estudar, trabalhar ou residir. Para Carneiro (1998), o conflito entre os interesses familiares e os projetos individuais dos filhos resulta em negociações entre o universo “tradicional” do rural, mantido pela família e o da “modernidade”, adquirida na

sociabilidade da cidade, tendo como consequência, muitas vezes, em migração do jovem para a cidade. Esse deslocamento quebra os laços de dependência e proteção familiar, em busca da construção da individualidade, independência econômica e “melhorar de vida”.

Para muitos, essa migração também está associada ao trabalho *pesado* na terra, em comparação ao trabalho *leve* da cidade, como nos depoimentos de Amanda e Ilma.

O pessoal foi muito embora para a cidade, os novos agora, a maioria estuda e vão embora, ficam só os velhos [...]. Eles estudam e acham que o serviço na cidade é mais fácil, eu acho, porque na lavoura, eu não sei, nunca achei difícil [...]. Aqui é de sol a sol [...]. Eu acho que eles têm que aprender desde pequeno para ficar [...], quando já são adultos, acham aquilo muito difícil, muito pesado (Ilma, 70a)

Quero que os filhos da gente tenham estudo, mas então eu acho assim, a população que está lá na cidade, aqueles já não têm emprego, ainda os daqui vão e tiram o lugar daqueles de lá, em que que acaba, né. Tendo aqui serviço, só que ninguém quer mais trabalhar no pesado, na terra, como se diz, né. (Amanda, 28a)

Há preocupação dos pais em relação à manutenção dos filhos no campo, pois as fontes de renda são poucas, implicando muitas vezes em ruptura do processo de socialização da agricultura. Os depoimentos a seguir retratam os relatos de outros interlocutores, para os quais a *colônia* é percebida como um espaço de produção e garantia no consumo de alimentos, porém com pouca disponibilidade de dinheiro.

Bah, é difícil, quase ninguém, a maioria não quer saber da zona rural. O I. (filho de 12 anos) já é um, até ele ajuda, mas ele quer é estudar, quer ser outra coisa, né, ele quer trabalhar em máquinas [...]. Falamos em lavoura para ele, a gente explica, ‘tu quer voltar, o pai tá aqui, a mãe tá aqui, tu sabe que fome ninguém vai passar’, se trabalhar acho que ninguém passa fome [...], a gente incentiva, né, ‘tu quer voltar pra lavoura’. (Iasmim, 34a)

Aqui quem não planta fumo ou tem horta, está difícil. Quem não tem trator, com os bois quase ninguém trabalha mais. Essa juventude, não sei o que vai ser. Na colônia tu tem comida, mas não tem dinheiro. (Olívia, 57a)

Então, se na colônia não falta comida, mas falta dinheiro [...], é muito crítico, né, só que na cidade as pessoas não conseguem sobreviver sem dinheiro, só roubando então para se manter, enquanto que na colônia, aqui alguma coisa, tu pode não ter batata, mas tu tem outras coisas para comer. (Lídia, 70a)

Os pais consideram importante o aprendizado dos filhos quanto ao trabalho na terra, mesmo para aqueles que não residem mais no rural, pois é visto como uma possibilidade de trabalho e sobrevivência futura, se necessitarem.

Ah, eu sempre digo, né, todas elas (filhas) estudaram, e mais, todo mundo aprendeu a trabalhar na lavoura, cuidar animal, tirar leite, porque, se um dia uma coisa não dá certo, elas não vão se apertar, elas vão saber fazer outra coisa, né. (Olívia, 57a)

Assim como identificado por Gaviria e Pezzi (2007), a escassez de recursos é apontada como determinante na decisão do jovem em dar continuidade à sua vida no meio rural.

A mobilidade do jovem para a cidade gera preocupação em relação à sucessão no cultivo da terra, à produção de alimentos e à identidade com a terra, como ilustrada no relato de Pedro.

Está fraco, tá todo mundo migrando pra cidade, né, o que que vai ser de nós? O que que vão plantar? O que o pessoal vai comer? E outra, a nossa raiz é o chão, é aqui fora, por mais que a gente goste de uma cidade, mas alguém tem que plantar, alguém tem que produzir, e cada vez mais gente, cada vez mais tapera, em vez de estar todo mundo lá, cada um podia ter um cantinho, quanta gente iria ter no interior [...], 10 hectares para cada um, e aí se produzia. (Pedro, 33a)

Para os interlocutores, ao mesmo tempo em que crianças e jovens necessitam frequentar a escola, devem ser incentivados a gostar da terra. A ausência de escolas no campo, faz com que o jovem necessite se deslocar à cidade para frequentar o ensino médio, sendo atribuído como um dos empecilhos para o desenvolvimento do gostar do rural.

[...] Claro, tu vê, incentivam a estudar, só, ir pra cidade. E outra coisa que faz o jovem hoje ir mais para a cidade, acho que há anos atrás não era assim, as escolas, de primeiro tudo era aqui fora, estudava aqui e deu, né, agora eles tão fechando as escolas aqui e tão abrindo só na cidade, e o transporte leva e traz, claro, tu vê, aí não fica mais ninguém, eles sentem o gosto de lá. (Amanda, 28a)

Ao mesmo tempo em que os pais apoiam a saída dos filhos para estudar na cidade, desejam sua permanência na propriedade.

A M. (filha mais nova, de 17 anos) gosta daqui. Ela adora a lavoura, morar aqui, gosta muito dos animais, mas eu digo assim, ela tem que fazer uma faculdade, ela é muito inteligente [...]. Eu sempre acho assim, se um dia não der para eles (filhos) morar na cidade, na colônia sempre sabe se defender, aí sempre eles vão saber se virar aqui, né. Se eu tivesse ficado (trabalhando com o grupo da feira ecológica), hoje talvez ela (M.) tinha seguido. (Olívia, 57a)

De acordo com Carneiro (1998), a maior integração aos valores da sociedade urbana estimula a formulação de projetos individuais, com objetivo de melhorar de vida, gerando uma dualidade na convivência entre o rural e urbano, sendo poucos os jovens que retornam após concluírem uma faculdade.

Os interlocutores são contra a exploração do trabalho infantil, porém referem que há atividades em que a criança e/ou adolescente podem auxiliar dentro da unidade familiar. Além disso, questionam sobre a proibição do trabalho do jovem, dificultando o ensino desde a infância dos ofícios ligados à terra e o desenvolvimento da identidade com o rural.

Essa questão que eles botaram, que não pode, menos de dezoito anos, não pode trabalhar no fumo, não só no fumo, acho que em tudo [...]. (Amanda, 28a)

Se a criança, o pouco que ela faz, tu não ensinar ela de pequena, depois de grande elas não querem saber de trabalhar [...] Claro, eu digo aquela que é mãe e pai de fundamento não vai lá judiar um filho, né, então tu vai dar o limite para eles, que ele pode fazer. (Olívia, 57a)

[...] Eu acho que se tu ensinar, desde pequeninho, tu consegue [...]. A gente deixa por conta, se eles querem fazer alguma coisinha, por mim podem fazer, eu deixo. Eu sei que essas leis, hoje em dia, não pode isso, não pode aquilo, mas só que depois dos dezoito anos tu vai conseguir colocar alguém na terra a trabalhar, no sol? Aí tu não traz mais [...]. Depois de tu pegar o bem bom, de não fazer nada, não vai querer mais mexer com a terra. (Amanda, 28a)

O relato de Amanda reforça a importância da construção da identidade com o rural *desde pequeninho*, a partir da realização de algumas tarefas compatíveis com a idade da criança. Para ela, a legislação atual, que impede o trabalho de menores de 18 anos, dificulta nesse processo, pois na sua opinião *depois de tu pegar o bem bom, de não fazer nada, não vai querer mais mexer com a terra*.

As atividades realizadas pelas crianças e jovens na propriedade também visam desenvolver a responsabilidade e o interesse em trabalhar na terra, auxiliando a formação da identidade com o espaço rural, para sua permanência futura.

Se eles, já desde pequenos, são incentivados, eles ainda ficam [...]. Eles vão estudar, dizem que criança não pode trabalhar, mas um servicinho leve é bom pra eles aprender, porque aí eles já vão gostando daquilo, né [...]. (Ilma, 70a)

Se a criança não aprender de pequena, não é depois de grande que vai aprender, se não incentiva ela a trabalhar de pequena, não é depois de grande que ela vai ter interesse em trabalhar. (Viviane 40a)

De acordo com Woortmann e Woortmann (1997, p. 11), no campesinato, “a transmissão do saber para o trabalho faz-se no próprio trabalho, pois o saber é um saber-fazer, parte da hierarquia familiar, subordinado ao chefe da família, via de regra o pai”. “A transmissão do saber é mais do que transmissão de técnicas: ela envolve valores, construção de papéis, etc”. O processo de trabalho, para os filhos, relaciona-se as etapas de passagem da infância, para adolescência e depois para a vida adulta.

Quanto às atividades que a criança pode desempenhar, são considerados adequados os serviços leves, como afazeres domésticos (varrer a casa, lavar e secar a louça, buscar lenha, entre outros), não as obrigando a realizar trabalhos pesados. Além disso, preservam-se os momentos para a criança brincar.

A E. (filha) fazia comida quando tinha seis anos, ela fazia por diversão. Eu acho que uma coisa é tu ensinar a criança a trabalhar, outra é obrigar a trabalhar. Eu acho que a criança tem que aprender desde pequena, se tu não incentivar a criança a trabalhar, a fazer as coisas, a ter responsabilidade de pequena [...]. Eu acho que uma criança, tu dizer assim ‘tu tem que fazer tanto’, cavar um buraco, vamos dizer, um serviço pesado, não. (Viviane 40a)

Ele (filho de 12 anos) gosta de ir na horta, mas ele gosta de brincar muito, eu deixo que brinque, quando está brincando [...], não está pensando em bobagem. Ele me ajuda se eu peço para ele varrer a casa, secar e lavar a louça, buscar lenha [...]. (Iasmim, 34a)

Os agricultores comentaram sobre as mudanças que ocorreram, nas últimas décadas, em relação à realização de atividades pela criança.

[...] Desde muito cedo tinha que trabalhar. Era totalmente diferente, que hoje a criança também pode escolher as coisas para ela, enquanto a gente, não. Mas não é que nossos pais não queriam nos dar [...], não tinha onde ser diferente. (Lídia, 70a)

Eu [...] trabalhei com sete, oito anos já. Eu acho que era um abuso, era um exagero, não precisavam botar tão cedo as crianças para trabalhar, cobravam demais delas, mas hoje em dia também acho que eles botam pouca responsabilidade nas crianças, elas têm que aprender a ter compromisso, com deveres. Porque não tem um pouco de equilíbrio, antes era demais e agora é de menos. (Maria, 58a)

Eu acho que hoje as crianças não dão muita bola para a lavoura, elas vão para o colégio. Essa daí (referindo-se a I., filha de 9 anos) tem a cabeça lá adiante, já não tem muita vontade na lavoura. Criança não pode trabalhar, não pode ajudar um pai, uma mãe, aí tu já não ensina como era antes. Antigamente com 6 anos já estavam na lavoura, com a idade da I. (filha), a Paula (esposa) fazia tudo, capinava na lavoura, e hoje vai ver se faz. (Roberto, 34a)

Na infância de alguns interlocutores, a criança não podia escolher, necessitando aceitar a decisão dos pais, começando a trabalhar na lavoura precocemente; no entanto, hoje identificam a falta de equilíbrio entre o excesso de antigamente e a restrição dos dias atuais, considerando que o trabalho deve ser aprendido gradativamente e não imposto à criança.

Para os agricultores investigados, a terra está relacionada com a identidade dessas famílias. A rotina de trabalho familiar está atrelada às atividades desenvolvidas na propriedade, as quais são divididas entre seus membros, levando em consideração o trabalho *leve* e o *pesado/forte*. Os afazeres domésticos são a principal atividade que integra o cotidiano das mulheres, as quais também trabalham na lavoura, realizando praticamente todas as tarefas executadas pelos homens. Entre as famílias há a preocupação dos pais em relação à manutenção dos filhos no rural e, à mobilidade do jovem para o urbano. Diante disso, destacam sobre a importância do ensino desde a infância dos ofícios ligados à terra e o desenvolvimento da identidade com o rural.

O cultivo da terra pela unidade familiar, resulta na produção de alimentos, os quais são utilizados para o autoconsumo e/ou comercializados visando a renda familiar. O trabalho da unidade familiar está associado a produção do alimento, por

meio de práticas visando o cuidado à saúde. Para as famílias investigadas, o alimento está diretamente relacionado com a terra na qual é produzido, garantindo sua procedência, resultando em saúde, por meio de uma alimentação saudável. Para as interlocutoras, produzir e consumir alimentos sem o uso de agrotóxicos, significa gerar saúde.

Além disso, entre as famílias, há preocupação dos pais em relação à manutenção dos filhos no campo, pois as fontes de renda são poucas, implicando muitas vezes em ruptura do processo de socialização da agricultura. A mobilidade de muitos jovens para a cidade, gera preocupação em relação à sucessão no cultivo da terra, à produção de alimentos e à identidade com a terra. Nesse contexto, as tarefas realizadas pelas crianças e jovens na propriedade também visam desenvolver a responsabilidade e o interesse em trabalhar na terra, auxiliando a formação da identidade com o espaço rural, para sua permanência futura.

Capítulo 3 – Domingo sem sopa e salada de batata não é domingo: um olhar a partir da comida

A comida *fala* da família, de homens e de mulheres (WOORTMANN, 2013, p. 6).

Anteriormente foi abordado sobre a relação das famílias rurais com a terra, o trabalho e a produção dos alimentos pela unidade familiar, tanto para o autoconsumo, quanto para geração de renda entre algumas famílias. Nesse capítulo será discutido sobre a alimentação dessas famílias, desde o cultivo, pela unidade familiar ou a aquisição nos mercados locais, até o preparo da comida, assim como as práticas de cuidado à saúde que a permeiam. O momento das refeições determina o tempo das atividades desenvolvidas pela família na propriedade. A comensalidade, compartilhada entre as famílias, reforça a identidade do grupo, a qual está associada ao rural e aos hábitos culturais, relacionados à ascendência alemã e/ou pomerana. No contexto investigado, os alimentos consumidos cotidianamente diferem-se das refeições aos domingos –, com a presença da sopa, salada de batatas e uma carne assada.

Para Contreras e Gracia (2011, p. 138), “as práticas alimentares são primordiais no estabelecimento e manutenção da sociabilidade humana, no intercâmbio pessoal e na reciprocidade”. Conforme Amon e Menasche (2008), a comida pode representar as características de uma sociedade, expressando seus significados, emoções, visões de mundo e identidades.

Entre as famílias estudadas, o preparo cotidiano das refeições é responsabilidade da mulher (mãe), a qual normalmente retorna da *lavoura* às 11h, uma hora antes do marido, para dar continuidade na preparação do almoço. Esta prática assemelha-se às observadas em outros estudos (WEDIG; MENASCHE, 2008; WOORTMANN, 1985; WOORTMANN, 2006) realizados junto a famílias rurais, sendo comum na divisão do trabalho familiar, o domínio culinário feminino, exercido pela mãe. A mulher é detentora de um saber que governa a saúde da família e organiza o modo de comer de cada um. Segundo Heredia (1979), a cozinha é espaço feminino,

onde se materializa a preparação de alimentos que definem a casa como lugar de consumo.

Durante a pesquisa de campo nas residências das interlocutoras, elas questionavam se havia tomado o café da manhã, e quanto as minhas preferências alimentares, como por exemplo, quanto a salada de alface, ser temperada com laranja e açúcar ou salgada. Nos intervalos entre as refeições ofereciam-me frutas, geralmente as consumíamos enquanto caminhávamos pelas propriedades. Em algumas famílias, ao final do dia, ao sair, me presenteavam com frutas.

Durante boa parte da manhã permanecemos na cozinha. Enquanto Siderlei descascava as batatas que seriam preparadas para o almoço –, sentada em um banquinho ao lado do fogão a lenha –, perguntou-me se eu já havia tomado café da manhã e me olhou com uma expressão de preocupação por não ter questionado antes. Agradei e respondi que havia realizado a refeição antes de sair de casa. (Notas da pesquisadora, Diário de Campo, 20/05/14)

Ao analisar os cinco *nós*, codificados no software NVivo, relacionados com a alimentação³⁴, foi elaborada uma nuvem (Figura 26), contendo as 30 palavras mais frequentes, com quatro letras ou mais, referidas nas entrevistas gravadas. A partir dessa nuvem, foi possível identificar o que foi referido com maior regularidade pelas interlocutoras, como o consumo de carne, feijão, sopa, batata e sucos.



Figura 26 – Nuvem com as 30 palavras mais frequentes citadas nas entrevistas dos interlocutores das famílias rurais de Canguçu (RS), relacionadas à alimentação.

³⁴ 1) Alimentos consumidos diariamente e em datas especiais; 2) Alimentos indicados para crianças pequenas, grávidas, mulheres depois do parto, idosos; 3) Alimentos industrializados; 4) Consumo dos alimentos versus agrotóxicos; 5) Preparo dos alimentos-refeições.

Essa nuvem demonstra a relevância que alguns alimentos têm no cotidiano das famílias rurais e a comensalidade partilhada pelo grupo social. O momento das refeições, além do ato de alimentar-se, também reforça a comida como identidade, pois desde o café da manhã, ao jantar, assim como nas refeições de domingo, há alimentos comuns, presentes na mesa dessas famílias. As carnes, principalmente as de galinha e de porco, fazem parte da alimentação semanal, assim como o feijão e as saladas. Já a sopa, a carne assada, a salada de batata e os doces – como sobremesa –, são importantes nos almoços aos domingos.

A cozinha determina aquilo que é comestível e aquilo que não o é, e constrói o conjunto de nossas preferências e aversões alimentares por meio dos saberes e habilidades técnicas transmitidos de geração a geração, com base na experiência de nossos antepassados e aprendidos por membros de uma determinada sociedade. Por essa razão, as escolhas alimentares aparecem unidas, em boa medida, à cultura, de forma que, ao ingerir um alimento, as pessoas que comem se incorporam a um sistema culinário (CONTRERAS; GRACIA, 2011, p. 139).

As agricultoras utilizam o fogão a lenha no preparo da maioria dos alimentos consumidos diariamente pelas famílias. Ao acordar pela manhã, a mulher faz o fogo, para organizar o café da manhã e/ou para aquecer a água do chimarrão, em seguida alimenta os animais e ordenha as vacas, retornando para realizar a refeição com a família. Após o café, já encaminha os preparativos para o almoço, como iniciar o cozimento do feijão, enquanto realiza outras tarefas domésticas ou o trabalho da lavoura. O fogão a gás é pouco utilizado.

A primeira coisa é fazer fogo (no fogão a lenha), é costume, né, não precisava, acho que não precisava ter fogo todo dia no fogão, mas eu faço, boto água ou leite no fogo, o que eu tiro de noite, no outro dia eu já coloco no fogo. Quando eu entro para dentro, o leite tá fervido e a água tá quente para o café. Enquanto isso, tiro leite, dou pasto para os animais e trato as galinhas. Muitas vezes já deixo a roupa lavada de manhã antes do café, tenho a máquina agora aqui dentro da cozinha, que faz tudo [...]. Café eu tomo sozinha, eles (filha, genro e neto) sempre são mais atrasados que eu, então tomo meu café, quando eles vão tomar, aí eu já tomei. De noite eles jantam, eu já janto cedo e vou pra cama. Eles gostam de olhar televisão, e eles têm computador, cada um tem o seu, então eles tão ali entretidos [...]. Eu gosto de fazer o serviço na rua. (Ilma, 70a)

Ilma é viúva, mora sozinha e possui uma rotina diferente da família da sua filha, nos momentos das refeições. Na mesma edificação, há duas casas, a de Ilma e a da sua filha Ivete, as quais possuem uma ligação interna através de porta entre dois cômodos.

A preparação do alimento no fogão a lenha permite sua transformação em comida. Para Woortmann (2013), o processo de preparo não é algo aleatório, pois a comida fala de etno-concepção de idade, gênero e outros elementos. É uma

linguagem, que expressa e constitui a hierarquia familiar e o gênero. Para Contreras e Gracia (2011), além da exposição ao fogo, determinados produtos atingem a categoria de alimento por meio de processos físicos ou mecânicos. Conforme Woortmann (2009), as noções de comida e alimento são socialmente construídas e devem ser percebidas em seu contexto. “Para que o alimento se torne comida, ele deve, via de regra, sofrer um processo de transformação qualitativo, realizando a passagem do plano da natureza para o da cultura, mediado pela via da culinária” (WOORTMANN, 2009, p. 6).

3.1 Principais alimentos consumidos pelas famílias

Nas diferentes sociedades, os alimentos não são apenas comidos, mas também pensados. A comida possui um significado simbólico, e a família se reproduz também pelo modo de comer (WOORTMANN, 2013). Com exceção de uma família, todas as demais possuíam horta e árvores frutíferas na propriedade, onde produzem diversas hortaliças, legumes e frutas para consumo, e, no caso de algumas famílias, também para comercialização na feira ecológica. A única família que não possui horta e pomar justifica a ausência devido ao intenso trabalho na cultura do fumo, por isso adquirem os alimentos – como frutas, hortaliças e legumes – no supermercado, ou são fornecidos pela mãe da agricultora, que reside na mesma localidade rural.

Durante a pesquisa de campo, foi possível observar a ingestão dos alimentos produzidos tanto na horta quanto no pomar pelas famílias, os quais fazem parte da prática de cuidado à saúde, assim como das narrativas das interlocutoras sobre a alimentação de suas famílias. Também são produzidos e processados nas propriedades outros alimentos como pães, cucas, *schmier*³⁵, compotas, além da criação de animais para o consumo da carne e derivados. A comida do dia a dia é constituída de alimentos produzidos na propriedade e processados, e/ou comprados em supermercados na cidade, como o arroz, açúcar, achocolatado em pó, farinha, café, condimentos industrializados, massa e sal.

Às vezes, a gente compra (carne) de gado, a gente compra um pouco, de galinha só quando não tinha, uma época que não tem, falta, que a gente não tem outra carne, a gente compra. Às vezes, compro um quilo ou dois de guisado na cidade, uma vez por mês. (Viviane, 40a)

³⁵ Denominação das famílias para o doce preparado com fruta e açúcar, semelhante à geleia, utilizado para passar no pão.

As famílias reúnem-se para as refeições do café da manhã, do almoço, do café da tarde e para o jantar. O almoço consiste em pelo menos uma variedade de carne (gado, galinha, ganso, marreco, pato ou porco), às vezes, sopa, um ou mais tipos de carboidrato, como abóbora (caramelizada), arroz, arroz de carreteiro, batata-inglesa, batata-doce, feijão, mandioca, massa, e saladas (alface, beterraba, brócolis, cenoura, chuchu, couve, pepino, repolho, tomate). As saladas são produzidas e consumidas de acordo com as plantas cultivadas em cada estação do ano. A salada de alface, na maioria das vezes, é temperada com suco de laranja e açúcar. Ocasionalmente, o arroz ou a batata são preparados junto com a linguiça defumada (salame). Outra combinação é o preparo do arroz com couve. A batata-doce pode ser preparada assada, tanto no forno a lenha quanto no elétrico. A sopa é um alimento importante para as famílias, aparecendo em destaque na nuvem da figura 19.

É assim, geralmente enquanto que o básico é esse, que nós almoçamos hoje, é o feijão, a batata-doce, a batata-inglesa, arroz e a verdura, sempre assim, na época, né. Se tu tem agora, depois que vem a primavera, tu tem feijão de vagem, tem pepino, tem tomate, tem um brócolis, então é sempre alguma coisa, né [...]. (Lídia, 70a)

Dia de semana é feijão, essas coisas, arroz, batata, às vezes eu faço massa, sopa quase todos dia eu faço. A carne, a gente diferencia, às vezes eu faço, eu não posso comer, mas eu faço, carne de porco para eles (esposo e filho) assada, faço linguiça, faço galinha. Assim, bolinho de carne, eu faço, sempre tem uma verdura. Fruta assim, o meu marido sempre come muita fruta, ele adora comer laranja ou bergamota, o que tem em casa ele come, só não come a fruta que tem que comprar [...]. (Iasmim, 34a)

Durante a semana se come muito feijão, feijão e arroz, também massa e batata, a gente é muito da batata também. Sempre tem, sempre tem salada, todos os dias. Quando não tem, parece que falta alguma coisa, a gente sempre tem porque planta, né. (Maria, 58a)

As mulheres também utilizam diversas plantas cultivadas na horta como condimentos na preparação da comida. Foi possível observar também o uso da banha de porco, produzida na propriedade, no preparo das refeições. Este alimento é referido pelas interlocutoras como sendo mais natural, em comparação aos óleos comprados, como o de soja, o qual, segundo elas, apresenta grande quantidade de veneno.

O que tem todo dia é feijão, arroz, aí sempre tem uma coisa assim, uma vez eu faço batata, outro dia eu faço mandioca, outro dia eu faço batata-doce, sempre variado assim. O feijão assim, eu geralmente tenho todo dia, mas as outras coisas, essas de carboidrato, eu troco, muitas vezes eu faço massa, uma vez batata. Eu não cozinho feijão todo dia, agora como estamos só nós, aí cozinho duas vezes por semana. É, daí não se faz janta, dificilmente se faz janta, já faz um pouco a mais no almoço, aí já fica pra janta. Isso também todo dia, e aí, assim, como a gente tem que variar, tem bastante coisa, aí então a gente faz, por exemplo, às vezes eu faço chuchu [...], ou uma alface, ou uma cenoura ralada, ou uma coisa assim, sempre uma verdura crua e uma cozida. (Lia, 39a)

O feijão faz parte da alimentação cotidiana, porém não é consumido aos domingos. Seu preparo, em algumas famílias, é diário, pois o feijão fresco agrada mais ao paladar; já em outras, é cozido a cada dois dias, ou mais, sendo congelado ou acondicionado na geladeira. Os pães e cucas³⁶ são preparados entre uma e duas vezes por semana, sendo ocasionalmente congelados, para o consumo da família. Em algumas famílias, são assados no forno elétrico, em outras, no forno do fogão a lenha ou no forno a lenha, esse localizado do lado de fora da casa. A maior parte das famílias consome suco preparado com frutas disponíveis na propriedade, podendo ser de laranja, de limão ou de uva, dependendo da época do ano.

Suco agora, a gente faz suco quase todos os dias, nem todo dia porque às vezes bate a preguiça, não apanham laranja, chega na hora do almoço não tem, ou se come uma fruta depois do almoço, uma laranja, bananas eu tenho em casa, a gente come com a comida também, mamão ele (esposo) gosta muito também. (Eduarda, 57a)

As sobremesas integram o hábito diário de algumas famílias, mas em outras apenas vão à mesa aos domingos. Geralmente são consumidas sobremesas como pudim de laranja, compotas (pêssego e pera), sagu com pera, arroz doce com canela e canjica com leite. Outras são preparadas com ingredientes comprados, como gelatina de morango com creme de leite e leite condensado. Após o almoço, os alimentos que não foram consumidos são geralmente acondicionados nas panelas onde foram preparados e guardados em um armário na cozinha, sendo aquecidos no fogão a lenha para o jantar. É importante destacar que no período da pesquisa de campo, entre maio e setembro, as temperaturas eram mais baixas, não comprometendo a conservação dos alimentos, ao não serem acondicionados na geladeira.

Durante a semana, aproximadamente às 16h, as famílias realizam um breve intervalo em suas atividades, para realização do lanche da tarde, reunindo todos os integrantes ao redor da mesa da cozinha. Nesse momento, são consumidos alimentos como pão caseiro, chimias (figo, marmelo, melancia e uva), leite de vaca, cuca, nata caseira, bolachas caseiras e/ou industrializadas, margarina, banha, café e açúcar.

Claro, alemoa sempre tem que ter chimia no pão, como se diz, né, isso sempre tem, mas não aquele doce exagerado. (Lia, 39a)

Eu não gosto de doce no pão, ninguém come doce no pão aqui em casa, nem parece alemão. Eu nunca gostei de doce, pra mim no pão é manteiga, margarina, ou banha. Se é banha branca, eu coloco açúcar, eu gosto da banhazinha que é frito um ovo, aí fica melhor. (Paulo, 38a)

³⁶ A cuca (*Kuchen*) é um bolo doce, coberto por uma farofa crocante à base de manteiga. É originária da cultura alemã.

A comida está relacionada à identidade dos povos (MINTZ, 2001), compartilhar hábitos ou preferências alimentares proporciona um sentimento de pertencimento e de identidade com aquele grupo (CONTRERAS; GRACIA, 2011). Entre os agricultores investigados, os alimentos consumidos nas refeições são bastante semelhantes, o que possivelmente se deve às relações de parentesco e hábitos culturais compartilhados, devido à ascendência alemã e/ou pomerana.

Para Contreras e Gracia (2011, p. 129), a “conduta alimentar diária na maioria das pessoas resulta previsível, a depender de seus padrões culturais”, sendo consequência de uma ordem normativa do processo de socialização. “As pessoas mostram atitudes diante da comida que foram aprendidas de outras pessoas dentro de suas redes sociais, seja na família, entre iguais, no grupo étnico, na classe social, na comunidade local ou na nação”.

Assim como evidenciado por Menasche (2010), entre os agricultores, os alimentos produzidos na propriedade voltados ao autoconsumo das famílias também dividem espaço nas refeições com produtos industrializados. O consumo de refrigerantes ocorre aos finais de semana, geralmente quando as famílias recebem visitas.

O meu filho, já tento criar ele, tento evitar gordura, o que eu posso evitar, salgadinho, recheada (bolacha), é muito raro que ele vê, evito assim, uma vez por semana e olhe lá. Às vezes, suco de pacote, de primeiro, bah, era suco de pacote direto, agora é muito raro fazer suco de pacote. Refri também cortei, agora só fim de semana [...], quando vem visita a gente abre uma coca (Coca-Cola®). (Iasmim, 34a)

E eu já com o J. (filho) eu brigo, com os filhos dele, é o negócio da Coca-Cola®, eles são viciados em Coca-Cola®. (Neldo 73a)

Refri nós só tomamos quando vem visita, no fim de semana, mas se estamos só nós, eu faço meu suco. (Inês 47a)

É claro, não é que não se pode comer, não é que, no final de semana, não pode uma vez tomar refri, não é que não pode comer bala, não é que, mas que isso não seja a coisa principal. Se come no domingo, uma vez lá, e a gente não vai ficar doente por causa disso, só que também não pode exagerar, né. (Lia, 39a)

Ao receberem visitas, geralmente aos domingos, oferecem alimentos visando agradar as pessoas que estão frequentando sua casa, como no caso dos refrigerantes, apesar de reconhecerem seus malefícios à saúde e de não integrar a alimentação da família. Os agricultores também relacionam prejuízos à saúde ao consumo excessivo dos alimentos industrializados, atribuídos à presença de conservantes e sódio, por exemplo.

Diz que todos os embutidos não fazem bem. Tudo tem conservante e sódio. (Dilma, 71a)

Duas agricultoras ecológicas relataram vantagens no consumo dos alimentos produzidos na propriedade, pois, apesar de, algumas vezes, a aparência desses não ser *tão bonita*, diferenciam-se, entre outros fatores, pelo sabor, quando comparados aos comprados no supermercado da cidade.

É, porque, assim, eu sempre tenho essa frase comigo, tudo que é vivo, vai trazer vida de novo, né. Tudo que é morto, que é uma coisa morta, uma coisa industrializada, que é uma coisa que já não tem mais nada de vida com ela, ela não vai te trazer vida de volta, não tem como [...]. Então, quanto mais tu comer, assim legumes, verduras, essas coisas que são produzidas na terra, na forma natural delas, isso só vai trazer benefício, só vai ser bom. (Lia, 39a)

Assim é o alimento pra nossa comida, então, pra mim, não interessa aquela questão de ser tão bonito, porque quando eu vejo no super (mercado), esse tamanho de uma cenoura (mostrando com as mãos uma cenoura de tamanho grande), assim não são as minhas cenouras, elas são bem menores, mas as minhas, elas têm gosto, enquanto que aquelas tão bonitas, não têm gosto nenhum [...]. (Lídia, 70a)

Além disso, uma das agricultoras associa os alimentos cultivados a *vida* e os industrializados a *coisa morta*. Segundo ela, estes últimos não proporcionam benefícios à saúde como os colhidos na propriedade. Esses relatos reforçam a importância da procedência dos alimentos como prática de cuidado em saúde, visando benefícios à saúde.

DaMatta (1987) ressalta o aspecto cultural da alimentação, pois a comida vale tanto para alimentar-se como para definir e marcar identidades pessoais e grupais. O alimento é tudo aquilo que pode ser ingerido para manter uma pessoa viva, enquanto a comida é tudo que se come com prazer, de acordo com as regras sagradas de comunhão e comensalidade.

Os relatos corroboram com os estudos de Menasche (2010), com moradores de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, pois as famílias valoram positivamente a comida de origem conhecida. De acordo com Rau e Menasche (2015), em uma pesquisa realizada com escolares e suas famílias, residentes em localidades rurais de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, mesmo entre as famílias que a maioria dos produtos advém do supermercado, há a valorização do que é produzido na propriedade e na casa, como referência de sabor, de saúde e confiança.

O paladar é um processo que se desenvolve com a participação do olfato e da atuação cerebral, sensíveis aos estímulos físicos e a outros agentes influenciadores como a cultura e o contexto. A compreensão desse fenômeno envolve uma dimensão qualitativa, relacionando a narração da experiência pessoal com as noções de valor do paladar (PERULLO, 2013; BENEMANN, 2015).

Realizar refeições diferentes das cotidianas, como almoçar em restaurante da cidade, ocorre em momentos considerados especiais, como evidenciado no relato de uma das agricultoras, no aniversário de casamento do casal. Além disso, ao realizar a refeição nesse espaço, em decorrência da diversidade da comida ofertada, a mãe permite ao filho escolher os alimentos que serão consumidos.

Coisa que ele (filho, de 12 anos) gosta é almoçar no restaurante, uma vez que a gente vai, ele poder comer as coisas que ele quer. Ele não comer coisa ruim, mas ele pega o que ele gosta, às vezes a gente vai almoçar, tem aniversário de casamento, coisa assim, a gente vai almoçar na cidade [...]. (Iasmim, 34a)

Ademais, ocasionalmente quando vão ao supermercado da cidade para fazer as compras do mês, adquirem produtos diferentes dos preparados e consumidos cotidianamente pela família, degustando um alimento *diferente*, como pizzas ou lasanhas industrializadas.

Quando a gente vai a Canguçu, sempre sai uma lasanha ou uma pizza, tem que sair uma coisinha diferente. (Paula, 31a)

De acordo com Contreras e Gracia (2011, p. 124), comer não é uma atividade meramente biológica, “*comer* é um fenômeno social e cultural, enquanto a *nutrição* é um assunto fisiológico e de saúde”. Assim, a escolha dos alimentos está associada à satisfação das necessidades do corpo ou dos desejos e gostos pessoais, mas também ao tipo de sociedade.

3.2 Alimentos consumidos aos domingos e em datas especiais

Aí domingo sim, a tal da sopa é sagrada. Domingo sem sopa e sem salada de batata não é domingo. É, de galinha (sopa), mas aí a gente bota osso e já mistura. É! Isso daí, sei lá, parece que daí é domingo. (Amanda, 28a)

Entre as famílias estudadas, a comida que não pode faltar na refeição de domingo é a sopa, mesmo quando recebem visitas, pois em algumas delas os familiares que residem na cidade ou em outras localidades se reúnem em busca desse prato, revelando a identidade do grupo com a comida. A sopa é preparada com carne de rês ou de galinha, além de legumes e massa. Em algumas famílias, esse hábito não se mantém no verão, devido ao calor.

Aí o fim de semana, quase sempre aqui em casa, aí aos domingos, o que tem que ter, para meu filho é assim, Deus o livre que ele venha em casa e não tem sopa. A sopa de galinha tem que ter, ou pode ser de pato ou de ganso, mas de ganso não é muito boa, a de pato, de galinha. Às vezes, eu faço purê de batata, salada de batata ou a batata só amassar ela, né, eles gostam muito de comer com sopa. Massa, não são muito de comer massa, é arroz, e batata, e verdura. Minha nora então já disse, nem faz muita coisa, porque mais eles

gostam assim, sopa, uma salada de batata, um arroz e uma carne frita, ou uma carne assada, quase sempre uma carne assim, no forno elétrico. (Olívia, 57a)

No inverno, eu costumo fazer sopão, a gente coloca geralmente carne de rês, alguma que tem osso, não só a carne, né, mais sempre diz que o osso é que dá o sabor. Aí tu escolhe uma carne assim, que tenha mais osso e coloca depois milho verde, eu uso muito, abóbora. Em dias especiais, geralmente aí tu vai no super (mercado), aí tu compra, assim, é um bife enrolado. (Lídia, 70a)

As relações sociais envoltas pela comida se manifestam desde a plantação, produção de alimentos, até a organização de festas envolvendo comensalidade (SCHMIDT; FARIAS, 2015). Entre as interlocutoras, ao receber as visitas aos domingos, a sopa é uma comida indispensável. Para DaMatta (1987), o ato de comer tem enorme importância social, como o cuidado na escolha da comida que será servida ao receber familiares e/ou amigos em sua casa.

A comida que ingerimos carrega consigo uma espécie de carga moral, resultando em nosso caráter, o qual é revelado pelo modo que comemos (MINTZ, 2001). A salada de batata e a carne assada no forno também são indispensáveis aos domingos, o que pode ser observado nos relatos de três integrantes de uma mesma família, ao serem questionados sobre a refeição nesse dia. As famílias, habitualmente, não fazem churrasco, costume frequente entre os gaúchos de outras regiões aos domingos, o qual fica reservado às datas especiais como aniversários, natal e ano novo.

Fim de semana a gente faz quase sempre sopa. (Inês, 47a)

Fim de semana, no inverno, é sopa. Essas galinhas caipiras, assim pra sopa, são melhores. (Dilma, 71a)

No verão é muito quente, aí a gente come salada de batata. Fim de semana a gente assa uma carne ali no forno, carne de porco. (Inês, 47a)

A gente compra carne de porco em Canguçu. (Neldo, 73a)

Churrasco só quando é Natal, né, assim fim de ano, lá de vez em quando, num aniversário. A gente nem sempre tem a carne aqui fora, né, quando a gente vai na cidade, aí tu compra um coxa (de frango), que é bom pra assar, ou tem que ter carne de porco, uma coisa que a gente também corta em pedaço, né, então pra assar já é melhor quando ela tá em costelinha. (Olívia, 57a)

No estudo realizado por Froehlich (2011, p. 76), com colonos-camponeses teuto-brasileiros, residentes em município gaúcho de São Paulo das Missões, o churrasco não é considerado comida de dia de semana, mas está reservado às ocasiões especiais e festivas. “Mais do que apenas *comer o churrasco*, o *fazer um churrasco* – que envolve um grupo social – é caracterizado enquanto um ritual de comensalidade e partilha”.

Uma pesquisa realizada em 1998, em Santo Cristo, RS, com colonos alemães, católicos, também identificou diferentes entre os alimentos consumidos cotidianamente, em datas especiais e domingos. Nos dias de festas e domingos consumiam churrasco, maionese e galinhada. No dia a dia, alimentam-se com feijão, arroz, batata, massa, mandioca, carnes (suína, bovina e aves) (HECK; LANGDON, 2002).

Usualmente, as carnes assadas no forno aos domingos são de galinha ou de porco.

É carne assada, né, ou carne frita assim, carne de galinha. Geralmente no meio da semana a gente não faz carne de galinha, então carne de galinha aos domingos. (Ilma, 70a)

As famílias preparam uma comida *diferenciada* para degustar no domingo, incluindo as sobremesas.

[...] Ah, final de semana tem que ter doce, porque eu sou do docinho, sempre tem que ter doce, aí eu faço doce. Às vezes, eu faço doce de batata-doce, doce de abóbora, doce de melancia, doce de gila, quando tem, e também faço pudim. No dia a dia, agora no inverno, aí então, às vezes, eu cozinho canjica, pra gente comer com leite quentinho, aí também é bom. No final de semana, a gente faz uma carne assada no forninho ou, às vezes, a gente faz um churrasquinho, mas assim no fim de semana é mais especial assim, diferenciado. (Lia, 39a)

Segundo Mintz (2001), os costumes relacionados à comida estão ligados à identidade social, revelando a cultura em que cada um está inserido. Para Amon e Menasche (2008), a comida é um modo de comunicação e pode representar as características de uma sociedade.

Entre as famílias rurais, os cuidados com a alimentação integram as práticas de cuidado à saúde realizadas. Para as interlocutoras há particularidades nos alimentos ingeridos nas diferentes fases do ciclo de vida, como infância e idade adulta (período gestacional e puerperal), as quais serão discutidas no capítulo 4.

Para as famílias investigadas, o alimento está diretamente relacionado com a terra na qual é produzido, garantindo sua procedência, e com o conhecimento de como foi cultivado, através do trabalho desempenhado pela família para sua produção, resultando em saúde, por meio de uma alimentação saudável (Figura 20).

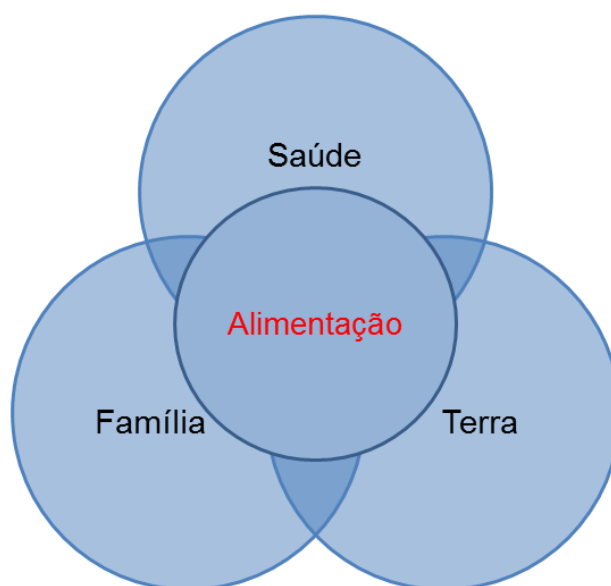


Figura 27 – Imagem representativa da relação da alimentação com as demais categorias.

Fonte: figura elaborada pela autora.

De acordo com Woortmann (2006) e Woortmann (2013), a comida constitui uma categoria cultural nucleante. Quando se fala sobre comida, se fala sobre trabalho, sobre terra e sobre família. Outro aspecto relevante é o de que a comida, além de ser necessária para restaurar as energias gastas no trabalho, possui um significado simbólico (WOORTMANN, 2006).

A comida delimita o território das famílias rurais e os hábitos alimentares reproduzidos. Para esse grupo, há diferenças entre os alimentos consumidos durante a semana e aos domingos, sendo a sopa uma comida que representa a identidade alimentar. Além disso, alimentos industrializados ou que desconhecem a procedência, são percebidos como potenciais fontes de malefícios à saúde.

Os momentos das refeições, são partilhados pelos integrantes da família, os quais reúnem-se ao redor da mesa para degustarem a comida preparada, conversar sobre os assuntos familiares e da comunidade, além de atualizarem-se sobre as notícias do município, geralmente ouvindo o rádio, durante o café da manhã. A alimentação foi a prática de cuidado à saúde mais significativa nesse grupo, sendo uma ação cotidiana, a qual permeia o cuidado com a produção dos alimentos produzidos para o autoconsumo entre as famílias, tanto de origem vegetal como animal, até o preparo da comida.

Capítulo 4 – Práticas de cuidado à saúde e suas repercussões entre as famílias rurais

A construção cultural de um grupo influencia diretamente nas representações sobre saúde e doença, assim como nas práticas de cuidado realizadas individual e coletivamente. Neste capítulo, serão apresentadas e discutidas as práticas de cuidados à saúde nas diferentes fases do ciclo vital, pois as famílias habitualmente envolvem desde as crianças, até os idosos. Além disso, será abordado sobre as repercussões entre ser saudável ou doente no meio rural e a importância da procedência dos alimentos consumidos para as famílias que lá residem.

Partindo da perspectiva cultural de Geertz, para o qual a cultura é uma teia de significados, os conceitos de saúde e doença, para as famílias rurais, não são estáticos, assim como as práticas de cuidado realizadas, sendo produzidos e ressignificados por meio das interações sociais e nos espaços onde vivem e convivem.

Existem diversos fatores culturais que interferem na vida do agricultor e da família rural, como os hábitos alimentares e sua relação com o trabalho, os quais refletem no cuidado à saúde e na qualidade de vida (BUDÓ; SAUPE, 2005). Para Waldow (2014), cuidar é uma ação que nos move a fazer algo, implica em um movimento em direção a alguém que é motivo de interesse ou preocupação. Essa ação é acompanhada de atitudes e comportamentos com a conotação de favorecer o bem-estar do outro.

Segundo Batistella (2007), ao longo da história, as práticas de cuidado à saúde sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas. A diversidade dessas apresenta estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época e contexto sociocultural. De acordo com Fernandes e Boehs (2011), o cuidado está presente em todas as etapas do ciclo de vida dos indivíduos e suas famílias e ao longo da trajetória de vida.

Com base na perspectiva de Menéndez (2009), as práticas de cuidado à saúde podem ser pensadas em dois níveis: o amplo e o restrito. O nível amplo se refere

principalmente as atividades da vida cotidiana do grupo doméstico, e que são realizados de acordo com objetivos e normas de cada cultura. Já o restrito relaciona-se aos significados e as práticas aplicadas intencionalmente ao processo saúde/doença/atenção.

Ao iniciar a discussão desse capítulo, apresento uma nuvem (Figura 28), que foi elaborada a partir dos *nós* codificados no software NVivo, relacionados com o tema cuidado à saúde³⁷, contendo as 30 palavras mais frequentes, com quatro letras ou mais, citadas no decorrer das entrevistas gravadas. A partir dessa nuvem, foi possível identificar a regularidade das ações para os interlocutores, tendo como núcleo a saúde, seguida pelos espaços de cuidado utilizados, tanto no sistema formal de saúde, ao referirem-se ao profissional médico, principalmente no serviço privado, como no sistema informal, por meio de práticas de cuidado realizadas pela família, e ações para evitar o adoecimento, como a não utilização de agrotóxicos (*veneno*) nos alimentos consumidos pelo grupo familiar.



Figura 28 – Nuvem com as 30 palavras mais frequentes citadas nas entrevistas dos interlocutores das famílias rurais de Canguçu (RS), relacionadas ao tema cuidado à saúde.

³⁷ 1) O que é considerado aceitável e o que é risco para a saúde?; 2) Atenção biomédica (serviços de saúde do sistema formal); 3) Conceito de Doença; 4) Conceito de Saúde; 5) Considera-se uma pessoa que cuida da sua saúde; 6) Cuidado - o que se paga e o que não se paga com dinheiro; 7) Cuidado à saúde (conceito/cuidado individual); 8) Cuidado à saúde na sua família; 9) Cuidado às pessoas em diferentes situações ou idades (gestantes, crianças, idosos, entre outros); 10) Ensino do cuidado à saúde às crianças; 11) Relação do meio ambiente e a saúde; 12) Necessidade de cuidados diferenciados (como idosos e pessoas acamadas); 13) Outros espaços de cuidado à saúde (ex.: igreja, pastoral da saúde, religião); 14) Participação dos jovens no cuidado à saúde da família; 15) Plantas medicinais no cuidado à saúde; 16) Primeira escolha para o cuidado; 17) Problemas de saúde (individual e na família).

A nuvem da figura 28 ilustra que, para as famílias rurais acompanhadas, o *cuidado* implica em *cuidar*, estar *junto*, ajudar. Esse processo de cuidar é realizado inicialmente pelo núcleo familiar, principalmente pela mulher/mãe, sendo expandido para outros espaços de cuidado e serviços de saúde, quando consideram necessário. Além da mãe/esposa, há a participação de outros integrantes da família no cuidado à saúde, como filhos, marido e irmãos. Ao referirem sobre a saúde, associam inicialmente os cuidados com a alimentação e as plantas cultivadas na propriedade, assim como o uso das plantas medicinais. O adoecimento é percebido como um *problema*, algo *ruim*, que demanda tratamento, algumas vezes com cirurgias e/ou hospitalizações, em outras, com a utilização de medicamentos e realização de exames. A maioria dos serviços utilizados para o cuidado à saúde localiza-se na cidade de Canguçu. Muitas vezes, a doença está associada ao consumo de alimentos cultivados com a utilização de agrotóxicos (*veneno*). Em decorrência da utilização recorrente dos serviços privados, ofertados no sistema formal de saúde, o dinheiro é relevante, em diferentes situações de padecimento, quando é necessário para acessar o tratamento considerado adequado.

Para Waldow (2012), o cuidado à saúde envolve comportamentos e atitudes, os quais variam de acordo com as condições em que ocorrem as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido. De acordo com Baggio e Erdmann (2010), a relação de cuidado entre as pessoas ocorre principalmente por meio de trocas, que possibilitam atender às expectativas individuais e/ou coletivas, relacionadas às condições ambientais, culturais e sociais.

4.1 As práticas de cuidado à saúde nas diferentes fases do ciclo vital

As práticas de cuidado à saúde, ilustradas na figura 28, apresentam algumas especificidades de acordo com as diferentes fases do ciclo de vida, como infância, idade adulta (gestação e período puerperal) e velhice. Segundo Woortmann (2006) e Woortmann (2013), toda cultura identifica, dentro do conjunto de alimentos disponíveis, o que cada pessoa deve e o que não deve comer em cada fase de seu ciclo de vida ou estado físico. As prescrições alimentares são tão importantes quanto as proibições.

As famílias referiram alguns cuidados durante o período gestacional, principalmente relacionados às práticas alimentares e aos esforços físicos. Sobre as

práticas alimentares durante a gestação, relatam pouca ou nenhuma mudança de hábitos, ressaltando a ingestão de frutas e legumes nesse período.

Comia bastante, de tudo, legumes e verduras. (Paula, 31a)

Olha, eu não tive isso (referindo-se aos cuidados com a alimentação durante a gestação), eu, assim, eu comi de tudo, assim, tipo, antes de engravidar e depois. (Letícia, 35a)

Acho que não precisa ter cuidado, porque ganhando (o bebê) ela volta ao normal. (Dilma, 71a)

O depoimento de Dilma corrobora com os relatos das mulheres mais jovens, Paula e Letícia, sobre a não restrição alimentar durante a gestação. Nesse período a mulher pode comer sem preocupar-se com o aumento de peso, pois os quilos adquiridos serão perdidos após o parto. De acordo com Junges, Ressel e Monticelli (2014), nas diferentes culturas, as práticas alimentares são permeadas por simbologias e orientadas por regras, como quem prepara os alimentos, quem os serve e o que se pode ou não comer. Sendo assim, a alimentação é vista também a partir dos seus aspectos culturais, pois, tão importante quanto a contagem de calorias e o valor nutricional dos alimentos, é necessário compreender símbolos e rituais que existem a partir da alimentação. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), uma gestação saudável depende do estado nutricional em que a mulher se encontra, inclusive antes da gravidez, influenciando no crescimento e desenvolvimento fetal.

Na pesquisa realizada por Junges, Ressel e Monticelli (2014), junto a gestantes de uma comunidade urbana do Sul do Brasil, as mulheres relataram que a gestação é um processo natural. Porém, ao longo do estudo, os pesquisadores notaram que alguns hábitos foram adotados para a garantia da saúde da mãe e do filho, como o consumo de determinados alimentos, como frutas e legumes, alimentar-se em horários corretos, o aumento das refeições diárias e das porções ingeridas.

Com relação à realização das atividades laborais cotidianas durante a gestação, no grupo acompanhado, elas ocorreram normalmente nesse período, e algumas mulheres afirmaram que as mantiveram até os últimos dias antes do parto.

Na minha gravidez eu trabalhei normal, não tive nada assim. Só tive que fazer cesárea, não tive espaço pra ter o meu filho, a bacia não se abriu, faltou espaço pra ter o I. (nome do filho), mas assim correu tudo bem (Iasmim, 34a)

Eu não tive (cuidado durante a gestação), e ainda ganhei ela em casa, com a parteira. O C. (nome do filho) foi no hospital, foi parto normal também. (Ilma, 70a)

Além disso, observa-se no relato de Ilma, que o momento do parto, no decorrer dos anos, teve uma transição. Anteriormente o parto ocorria em casa, com auxílio de

parteira, e presença de familiares, depois passou a ser institucionalizado, realizado no hospital.

Na maioria dos depoimentos, o principal cuidado realizado durante a gravidez, foi em relação aos esforços físicos, com *coisa pesada*, que deveriam ser evitados, principalmente no final da gestação.

A gestante podia trabalhar até a última hora, só coisa pesada não, tem que cuidar para não cair, resvalar. Eu trabalhei até as últimas horas. (Siderlei, 56a)

É, grávida a gente tem que se cuidar mais um pouco, não trabalhar tanto com coisa pesada, e se cuidar mais um pouco. (Amanda, 28a)

Sim, levantar peso, essas coisas sim. O último mês mesmo eu não consegui trabalhar. É, eu tive que me cuidar muito porque eu parei de tomar remédio pra pressão, e eu tinha que controlar. (Mariana, 40a)

Eu trabalhava normal, mas aí os últimos meses até que não, porque o meu irmão era pequeno, e nós morávamos com o pai e eu ficava em casa com ele. A mãe ia junto pra lavoura e eu cuidava dele. (Viviane, 40a)

É relevante destacar no depoimento de Viviane, que quando uma mulher grávida convive ou tem o suporte da sua mãe, os cuidados são reforçados nesse período. Os cuidados para evitar esforços físicos ou carregar objetos pesados, durante a gestação também foram identificados por Scopel (2014). A autora encontrou, entre os índios Munduruku, que esse cuidado era imposto pelas mulheres mais velhas às mais novas, as quais não podiam trabalhar em excesso, pois estavam carregando uma criança. Essas práticas tinham com função evitar quedas e aborto.

Conforme Helman (2009, p. 50), “todas as culturas compartilham crenças sobre a vulnerabilidade da mãe e do feto durante a gravidez”, as quais se estendem após o nascimento. Na maioria das culturas, acredita-se que o comportamento da mãe pode afetar diretamente a fisiologia do bebê. Porém, “nem todos os tabus e as restrições que envolvem as gestantes podem ser explicados como proteção da mãe e do feto contra lesão física, a grávida também está em um estado de vulnerabilidade social e ambiguidade”.

A orientação de evitar *levantar os braços*, como o movimento de estender a roupa, foi referida por várias famílias, principalmente pelos membros idosos, como algo que poderia trazer problemas à gestação. Contudo, nenhuma interlocutora soube justificar o motivo de evitar tal movimento.

Quando eu estava grávida, o pai sempre dizia pra mim, quando eu ia colocar roupa no arame, né, pra não levantar os braços pra cima, daí eu tinha esse cuidado. Eu tive problema na gravidez toda, né, meu filho nasceu de sete meses, prematuro. (Ivete, 50a)

A mulher grávida não pode levantar os braços, espichar os braços assim, aí faz mal pra ela. Isso eu não, eu não sei (o motivo), mas sempre diziam que era pra levantar assim os braços, fazendo força pra baixo, isso não era pra fazer. (Amanda, 28a)

Uma coisa que a mulher grávida não pode fazer, pegar isso aqui e levantar, estender roupa, né, não pode. O baixar não, levantar. (José, 43a)

O cuidado para evitar *levantar os braços*, não realizando a *força para baixo*, é uma orientação a gestante reproduzida entre as famílias, porém seu significado não pode ser explicado, necessitando ser mais investigado. Ao encontro dos relatos anteriores, está um estudo com mulheres de comunidades do Peru, que acreditam que, durante a gravidez, é preciso ter cuidado ao fazer as atividades diárias, como evitar o trabalho pesado ou esforços bruscos (MEDINA; MAYCA, 2006). Em outros estudos com mulheres (RATIVA MARTINEZ; RUIZ DE CARDENAS, 2009; SANFELICE; RESSEL; STUMM *et al.*, 2013) foram observados relatos semelhantes, em que, durante a gestação, acreditam que não podem *fazer força* e precisam evitar levantar e carregar peso, realizar trabalhos pesados, correr ou se agachar, pois esses movimentos podem acarretar em prejuízo no desenvolvimento do bebê e até mesmo antecipar o parto.

O cotidiano de trabalho das mulheres investigadas, expõe muitas gestantes a situações que são desconsideradas por elas como potenciais riscos durante a gravidez. Destaca-se, a seguir, o relato de uma interlocutora que trabalhou no cultivo de tabaco durante a gravidez, não referindo preocupação com fato de esse trabalho acarretar contato com os agrotóxicos utilizados.

A rotina normal, claro, tu sabe que tu não vai, tipo, levantar aquela pedra, mas, assim, o resto foi normal [...]. Colher fumo, que daí ficou difícil assim, por causa da barriga, já mais pro fim (da gestação) (Letícia, 35a).

A partir de relato de Letícia, observa-se que o trabalho no cultivo do tabaco não é percebido como risco à saúde, ou que resulte em prejuízos à gestante e ao feto. Para a interlocutora, esse trabalho é percebido como uma atividade que integra seu cotidiano laboral, sendo desempenhado normalmente, inclusive durante o período gestacional. É importante destacar que, segundo a interlocutora, seu filho de 9 anos, é uma criança saudável. Apesar disso, o trabalho na fumicultura pode resultar em danos à saúde, devido ao manuseio de agrotóxicos, principalmente para gestantes.

Uma pesquisa realizada por Oliveira, Moi e Santos (2014), em oito municípios que apresentaram as maiores exposições humanas aos agrotóxicos no estado de Mato Grosso, identificou a ocorrência de 100% a mais de malformações congênitas em recém-nascidos de mães expostas aos agrotóxicos no período periconcepcional.

E, mesmo que estas mulheres não estejam diretamente expostas aos agrotóxicos, o contato pode ocorrer, também, pela proximidade entre as casas e as lavouras e, de forma indireta, por meio das roupas e utensílios que os demais membros da família utilizam durante o trabalho na lavoura.

É importante destacar algumas contradições nesse contexto. Ao mesmo tempo que priorizam cultivar os alimentos para o autoconsumo familiar livre agrotóxicos, o contato com agrotóxicos utilizados no cultivo do tabaco não é impedimento para realização das atividades laborais durante a gravidez. Provavelmente esse comportamento ocorra pelo trabalho na fumicultura ser a principal fonte de renda para essas famílias.

As famílias também foram indagadas sobre os cuidados realizados no período puerperal, estando presentes novamente os relacionados à alimentação e aos esforços físicos. Quanto à alimentação da puérpera, as mulheres participantes desse estudo tiveram opiniões distintas: enquanto algumas relataram a não ingestão de alimentos considerados *fortes*, além de outros cuidados com a alimentação – em decorrência de sua conexão direta com a amamentação –, outras comentaram sobre a não realização de uma dieta específica neste período.

Eu não sei, a mulher pós-parto assim não podia comer uma comida muito forte, eu não sei se é ou não é, se faz diferença. Eu sei que uma tia minha teve a criança e diz que trouxeram um prato de sopa pra ela, aí ela comeu e disse: “essa sopa tá tão boa, me traz mais um prato”. Diz que ela comeu mais um prato de sopa, aí aquilo não assentou e ficou doente, parece que se alimentou demais, sei eu lá. (Ilma, 70)

Minha sogra dizia que “não pode porque tá amamentando, pra não dar cólica no nenê” ou coisa assim [...], não comer coisa ácida pra não passar para o nenê [...]. Eu cuidava coisas gordurosas, não é pra comer, porque não sei o que dava no nenê também, aí eu cuidava essas coisas assim, comia mais canja, coisa leve, só que aí eu fui fazendo isso e fiquei tão fraca que eu tive que fazer uma vitamina (Iasmim, 34a).

As interlocutoras recomendam evitar os alimentos considerados *fortes*, no período pós-parto, priorizando os *leves*. Além disso, deve-se ponderar a quantidade de alimentos ingeridos, podendo acarretar em padecimento à puérpera. Os cuidados com os alimentos ingeridos no período puerperal visam tanto a saúde da mulher, quanto a do bebê, o qual recebe os nutrientes ingeridos pela mãe através do leite materno.

De acordo com Woortmann (2007), em estudo realizado com descendentes de imigrantes alemães, estabelecidos no Vale do Rio dos Sinos, Rio Grande do Sul, as propriedades da comida *forte* e *fraca* estão associadas às cores dos alimentos e tais qualidades estão relacionadas ao corpo e ao estado de saúde. Para Woortmann

(2006), a categoria *forte* associa-se a *sadio*; sendo assim, a pessoa sadia deve comer comida *forte*, para manter-se assim, permitindo o desempenho de suas atividades laborais. A comida *fraca*, por outro lado, é indicada para idosos, doentes, crianças pequenas e mulheres menstruadas.

Pesquisas realizadas por Stefanello, Nakano e Gomes (2008), com puérperas e familiares, residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, e por Acosta, Gomes, Kerber *et al.* (2012), com puérperas, no município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, identificaram que a alimentação é importante no período puerperal. Nessa época, há algumas restrições, como a carne de porco, e alimentos tidos como pesados, o feijão, por exemplo. Dessa forma, a canja de galinha é a base das refeições das puérperas. Durante a amamentação, de acordo com as puérperas entrevistadas, a alimentação dever ser alterada, pois alguns alimentos podem provocar cólicas nos recém-nascidos, como os alimentos ácidos, muito temperados e os refrigerantes.

Também foi mencionado pelas interlocutoras, práticas de cuidado em relação à higiene durante o período puerperal, como não tomar banho e suas possíveis consequências.

Uma semana sem tomar banho, né, aí depois voltei pra casa, fui fazendo as coisas devagarinho. (Paula, 31a)

Olha, assim, quase que vida normal, antigamente aquela história, não podia tomar banho, a mãe não queria que eu tomasse quando eu ganhei os meus filhos, mas eu sempre tomei, porque eu acho que a higiene tem que se fazer, e acho que algumas coisas, não vai a pessoa vir do hospital de cesariana e fazer serviço pesado. (Maria, 58a)

A recomendação de não tomar banho, repassada pelos familiares das interlocutoras, principalmente pelas mães, foi seguida por algumas mulheres, porém outras a desconsideram, referindo que a higiene é importante nesse período. Um estudo realizado por Stefanello, Nakano e Gomes (2008), com puérperas e familiares, residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, identificou que a higiene é uma prática cheia de significados, principalmente o ato de não lavar a cabeça, pois isso poderia acarretar na inversão do fluxo sanguíneo, e o sangue seria levado para a cabeça, deixando a puérpera louca. Além disso, afirmam que algumas crenças, como a de que não se deve andar de pés descalços, molhar os pés ou sair no sol ou no sereno, seguem princípios de frio e calor, que posteriormente podem trazer dores para as puérperas.

O estudo (ACOSTA; GOMES; KERBER *et al.*, 2012), realizado com puérperas, no município gaúcho de Rio Grande, traz que a influência familiar nas práticas de higiene é muito forte, e que as mulheres preferem seguir as orientações para não

correrem o risco de apresentar comprometimento mental, dado que, segundo relatos de mulheres experientes da família, muitas enlouqueceram depois de lavar a cabeça.

Assim como foi relatado no período gestacional, no puerpério, o cuidado mencionado com maior regularidade foi o de evitar esforços físicos ao realizar atividades laborais, executando apenas tarefas *mais leves*.

Também tem que ter cuidado, assim pra não se esforçar muito, fazer coisas mais leves. Naquele momento, tem que mais cuidar do bebê, e tem os afazeres só de casa. Não deve ir muito pra lavoura. (Dilma, 71a)

Ah, os (trabalhos) mais pesados, aí depois eu me cuidei, porque eu fiz cesárea, daí já tinha que ter mais cuidado, né. E antes também, não forcejei tanto assim. (Amanda, 28a)

[...] Para não arrebentar (os pontos da cesariana), se cuidar pra não fazer esforço, não chegava no fogão, essas coisas assim [...]. Eu tive cuidado, nem o I. (nome do filho) não pegava quase, só sentada, o S. (marido) pegava ele. (Iasmim, 34a)

Depois do parto, os antigos diziam que a mulher tinha que ficar na cama três ou quatro semanas. Do meu segundo filho, lavei as fraldas e fui estender no sol e me deu uma dor de cabeça, desde então tenho dor de cabeça e precisei usar óculos, me sai água das vistas. Do outro filho, eu tinha vontade de trabalhar, naquela época eu plantava soja e milho, e eu fui plantar, meu filho tinha 26 dias, pode ter me dado o problema da coluna, depois dos 50 e 60 anos, aparecem os problemas. Minha mãe não estava por perto, mas os outros (referindo-se à sogra) mandavam, a gente ia. (Siderlei, 56a)

Nos períodos gestacional e puerperal, as mulheres realizam cuidados ao desempenhar tarefas *leves* e pesadas, sendo evitados esforços físicos pesados. Além disso, é possível perceber pelo relato de Siderlei, a diferença entre os cuidados realizados às gestantes e às puérperas, quando são praticados de mãe para filha, ou quando ocorrem de sogra para nora. No depoimento, a interlocutora expõe as consequências para sua saúde, em decorrência de não ter seguido as orientações de sua mãe quanto aos cuidados no período gestacional, necessitando realizar as tarefas demandadas pela sogra.

O estudo de Nakano, Beleza, Gomes *et al.* (2003), realizado com puérperas em Ribeirão Preto, São Paulo, encontrou que os serviços considerados pesados devem ser evitados, o que faz com que as puérperas manifestem um sentimento de inutilidade, pois cabe a elas a realização de atividades que não envolvam carregar peso e abaixar-se, tendo como principal ocupação o cuidado com si própria e com o bebê. A pesquisa realizada por Santos, Brito e Mazzo (2013), com puérperas moradoras de Lages, Rio Grande do Norte, mostrou que, para as mulheres, a realização do repouso no período pós-parto é um meio de prevenir adoecimentos e danos irreversíveis, como a morte, revelando o sentimento de medo dessas mulheres.

Por meio dos depoimentos das interlocutoras acompanhadas nesta pesquisa, foi possível evidenciar a presença de membros da família na realização do cuidado à saúde durante o período gestacional e/ou puerperal, sendo esses a mãe, a sogra e o marido. Conforme Santos, Brito e Mazzo (2013), a família está, em muitos casos, presente no ciclo gravídico-puerperal, com o objetivo de preservar a saúde da puérpera, adotando medidas de proteção, como o impedimento da realização dos afazeres domésticos.

Para Menéndez (2009), a presença ativa do pai era mais verificada no passado, mesmo em culturas consideradas machistas. Em algumas culturas, o homem tem um papel básico, durante a gravidez ou o parto, em atividades específicas, como, inclusive, a de empurrar, junto com a mulher, o “produto”, e também durante o puerpério. Oliveira e Brito (2009) trazem em seu estudo (realizado com homens que coabitavam com suas esposas no período pós-parto), sobre a participação do pai durante o puerpério, mostrando sobre a mudança nas responsabilidades do lar, pois atualmente as mães passaram a contribuir financeiramente, e os pais, nas atividades domésticas.

A pesquisa de Marques, Barreto, Teston *et al.* (2011) encontrou que as mães são as principais cuidadoras dos recém-nascidos, e os pais, a principal rede de apoio, tratando-se de bebês saudáveis. Porém, em algumas situações de recém-nascidos de risco, as avós e as sogras assumem o cuidado, estando a avó materna mais presente do que a paterna. Além disso, a avó é vista como uma figura importante na rede de apoio socioemocional e detentora de experiência e sabedoria, que são passadas para seus filhos, permitindo que as mães, principalmente as de “primeira viagem”, sintam-se mais seguras. Tanto no estudo realizado com pais (OLIVEIRA; BRITO, 2009) quanto com avós (MARQUES; BARRETO; TESTON *et al.*, 2011), os autores ressaltam a importância da inclusão de outros membros da família no cuidado a gestantes e puérperas.

No decorrer dos relatos, observou-se que as práticas de cuidado em saúde realizadas no período puerperal são oriundas tanto do saber popular como do científico/biomédico. Orientações realizadas por profissionais da saúde durante o acompanhamento do pré-natal, nos serviços de saúde, são reproduzidas pelas interlocutoras.

Eles (profissionais de saúde) me disseram no hospital que eu tinha que ficar de repouso nove dias, é uma coisa meio exagerada, né. Quando eu ganhei o C. (nome do filho), a gente ficou um dia, talvez dois de repouso, e já saiu fazendo as coisinhas de dentro de casa assim, a lidinha. No mais, assim,

cuidava o nenê e fazia comidinha em casa, mas o serviço pesado não. (Ilma, 70a)

O relato de Ilma, enfatiza que nem sempre as orientações realizadas pelos profissionais de saúde são seguidas, muitas vezes em decorrência das demais atribuições da mulher no contexto familiar, como o preparo do alimento e o cuidado com a casa, necessitando desempenhar boa parte das atividades que são de sua responsabilidade, além do cuidado com o recém-nascido.

A utilização de ambos os saberes, o popular e científico, muitas vezes, também foi identificada em outros estudos. A investigação realizada por Scopel (2014), com mulheres Mundukuru, identificou que, mesmo com as diferenças entre as práticas de cuidado realizadas e a atenção biomédica, em relação ao parto e ao pós-parto, elas articulavam as práticas de autoatenção. Essas práticas utilizavam desde remédios caseiros, banhos, dietas alimentares e comportamentais, até os serviços de saúde. Inclusive, durante o parto, as mulheres procuram desde profissionais de saúde, como pajés e parteiras.

O estudo realizado por Menezes (2012), com o objetivo de compreender as práticas de cuidado com as gestantes, parturientes e puérperas de uma comunidade de etnia guarani-Mbyá, São Paulo, identificou que o local do parto é decidido pela parteira, a partir das condições clínicas da gestante. Se as condições forem boas, o parto pode ocorrer na comunidade ou no hospital. Já o uso do sulfato ferroso, indicado pelo Ministério da Saúde durante a gravidez, não é utilizado, pois para as gestantes a criança pode crescer muito, dificultando o parto.

Há regras que definem a relação entre o alimento ingerido e o estado da pessoa que o ingere (DAMATTA, 1987). Outras práticas de cuidado alimentar, citadas foram os efeitos dos alimentos ingeridos pela mulher que está amamentando, podendo resultar em cólicas no bebê.

A E. (filha) mamou até três anos e sete meses, nunca teve cólica e eu sempre comi de tudo, desde laranja. Beber eu nunca fui de beber, nunca fui de cachaça. (Viviane, 40a)

O que, assim, a questão de comida, claro que eu acho que quando está amamentando aí sim, né, alguma coisa tem que evitar [...]. (José, 43a)

Assim, a gente se cuidava um pouco na época da floração das frutas, né, da bergamota e da laranja, porque aí dizem os antigos, que dava mais cólica na criança, mais dor de barriga como se diz. Eu não mudei nada, claro eu evitava tomar refri, essas coisas no fim de semana, podia dar gases. Dava uma dor de barriga igual, não adianta. (Amanda, 28a)

No depoimento de Viviane, ela refere que a única restrição alimentar, foi quanto a ingestão de bebidas alcoólicas, devido a possibilidade de malefícios à saúde do

bebê, o que não ocorreu com as frutas ácidas, como a laranja, restrição referida por puérperas em outros estudos (ACOSTA; GOMES; KERBER *et al.*, 2012; SCOPEL, 2014; STEFANELLO; NAKANO; GOMES 2008). Enquanto que para alguns interlocutores, há restrições alimentares, durante o período de amamentação, para outros, a mulher deve manter a alimentação habitual, não associando nenhuma repercussão dessa, ao bebê. De acordo com Garine (1987, p. 4), “o homem se alimenta de acordo com a sociedade a que pertence” e sua cultura define o que deve ser ingerido e o que é proibido.

Para os índios Munduruku, da Amazônia, investigados por Scopel (2014), um fator importante em relação à amamentação é a repercussão direta sobre o recém-nascido. Com isso, frutas azedas como mangas, laranja, tangerina, abacaxi, jambu, entre outras, podem acarretar em diarreia no bebê. Além das frutas, alguns alimentos gordurosos como a castanha e algumas espécies de peixes também costumam ser evitados, pois podem provocar diarreia. É importante destacar a preocupação das mães com seus filhos, pois além de procurar manter a própria saúde, também zela pelos recém-nascidos.

Conforme Almeida, Del Ciampo, Ricco (2004) e Del Ciampo, Ricco, Ferraz *et al.* (2009), durante a amamentação, a mãe transfere diversos nutrientes, visando ao crescimento e ao bem-estar do lactente. Contudo, o leite materno também pode servir como veículo de substâncias nocivas, bem como na utilização de drogas como o álcool, podendo causar prejuízos tanto para a criança quanto para a nutriz.

Em relação aos alimentos indicados para as crianças, as famílias relatam pouca ou nenhuma mudança de hábitos, em comparação ao restante da família, pois a alimentação saudável está presente desde a infância. Porém, para algumas famílias, a alimentação na infância deve ser *mais leve, não tão forte*.

Eu acho que as crianças têm que comer as coisas mais leves, não tão fortes. É, elas, acho que têm que ter, elas recém estão no início de se fortalecerem na alimentação. (Dilma, 71a)

Maciel (2001) corrobora a informação da interlocutora, pois afirma que a seleção do que é considerado *comida* e de como, quando e por que comer tal alimento está associado ao que é definido culturalmente. A cultura não exclusivamente simboliza o que é e o que não é comida, estabelecendo prescrições do que deve ser ingerido e quando, além de proibições como fortes interdições, como os tabus. O que determina distinções entre o que é considerado *bom* e o que é considerado *ruim, forte, fraco*, são as classificações e hierarquias culturalmente delimitadas.

A seguir, a fala de uma agricultora agroecológica demonstra a preocupação em buscar informações a respeito de alimentos adequados para as crianças nos primeiros meses, tanto em livros quanto pela opinião de profissionais de saúde e a experiência de familiares ou amigos mais próximos.

[...] Quando a A. (filha) nasceu, [...] eu tinha 16, 17 anos, não tinha experiência nenhuma, então tu precisa também te preparar, daí eu li muito esse livro, que falava como cuidar de um nenê [...]. A A. tinha dois mesinhos, ela não mamava, aí L. (nutricionista, esposa do pastor) disse que a partir dos dois meses já pode começar a dar suco, aí assim, suco purinho [...], suco de cenoura, beterraba [...]. A partir dos quatro (meses), já pode começar a introduzir alguma coisa de comida, né, sopa. Aí nessa sopa, ela dizia tem que ter amarelo, tem que ter vermelho, um pedacinho de bife, bem pouquinho sal. [...] L. (nutricionista, esposa do pastor) sempre dizia que limão é ótimo, uma fruta mais completa que tem, né, quando tu vai temperar uma salada tem que botar umas gotinhas de limão no prato. Depois que ele (filho) já tinha oito ou nove meses, eu fazia suco e sempre colocava umas gotinhas de limão lá junto [...], eu uso até hoje, a gente usa muito a couve, couve sempre com salada crua [...]. (Lia, 39a)

No relato de Lia, ela expressa sobre sua falta de experiência em relação ao conhecimento necessário para cuidar de um bebê, pois ainda era adolescente, necessitando se *preparar* para essa nova etapa da sua vida. As dificuldades enfrentadas no cuidado com a criança, fez com que buscasse auxílio fora do seu núcleo familiar, neste caso, com a nutricionista, esposa do pastor. Nesse depoimento, assim como outros apresentados no decorrer desse capítulo, demonstra a relação entre as práticas de cuidados utilizadas, tanto oriundas do sistema formal, quanto informal, as quais são realizadas pelas famílias, muitas vezes, concomitantemente. Ao mesmo tempo que efetuam cuidados provenientes do saber familiar e do seu grupo social, também utilizam o conhecimento científico, repassado pelos profissionais de saúde, ou adquirido em outros meios, como os livros, por exemplo.

Os cuidados com a alimentação fazem parte dos cuidados à saúde ensinados às crianças. Esse saber, repassado desde a infância, é visto como a base para construção desse *processo*, formando um *alicerce firme* para os hábitos futuros da criança.

A criança, quando nasce, ela não conhece ninguém, ela não fala, ela não come, ela não tem, e ela geralmente adquire isso tudo no primeiro ano de vida. Então, esses primeiros anos de vida, diz que é a mesma coisa que a gente construir uma casa, tu não constrói só com um tijolo, botando em cima do outro, ele tem muito processo [...], um alicerce firme. (Lídia, 70a)

Conforme Contreras e Gracia (2011), as diferenças alimentares, de acordo com a idade, são perceptíveis em quase todas as culturas. A idade é uma das variáveis socioculturais que marca as diferenças sociais no consumo alimentar, expressando o processo de crescimento e desenvolvimento biológico e social de uma pessoa.

Também foi mencionado pelas famílias sobre a adequação da alimentação às necessidades das crianças, as quais, segundo uma agricultora, necessitam de *bastante energia*, pois se movimentam muito, recomendando a alimentação com intervalo de três horas.

Ah, eu acho que a criança ela precisa de bastante energia, porque ela gasta bastante com os movimentos, seja com os braços, com as pernas, enquanto que uma pessoa idosa ela precisa bem pouco, né, ela se satisfaz com mínimas coisas, enquanto que a criança precisa ser alimentada mais seguidamente, comer de três em três horas. (Lídia, 70a)

Segundo Philippi, Cruz e Colucci (2003), é importante que a alimentação na infância seja qualitativa (alimentos nutritivos) e quantitativa (ser fracionada, comendo várias vezes ao dia). Isso é essencial para assegurar o crescimento e o desenvolvimento da criança, proporcionando, desse modo, energia e nutrientes necessários para o bom desempenho de suas funções e para a manutenção da saúde, e esta informação vai ao encontro do relatado pela participante.

Em relação aos tabus (proibições) alimentares, no depoimento de uma agricultora, foi citada a preocupação com a mistura dos alimentos durante infância, como uva e leite, informação repassada por sua sogra.

Não, acho que não! Porque eu sempre ensinei que não podia dar suco de uva aqui, né [...]. E aí a sogra disse pra F. (filha), que queria comer uva, queria porque queria, aí eu dei uva pra ela, comeu três cachos de uva. A F. tem costume de tomar o leite e dormir, né, aí minha sogra disse assim, “não me dá leite pra essa criança que isso com uva vai fazer mal”. Peguei não dei, fiz as vontades dela, mas a F. pegou chorar, chorar, chorar, que eu fiz o leite, dei pra ela. Ela tomou e dormiu a noite inteira tranquila. (Mariana, 40a)

Apesar de inicialmente ter evitado a combinação dos alimentos uva e leite, a interlocutora quebrou uma regra (tabu) fornecendo posteriormente o leite para sua filha, tendo a experiência de que essa associação não trouxe malefícios para a menina. Para Menasche (2003), o ato de alimentar-se implica também em valoração simbólica, pois o que é considerado comestível em um grupo social ou sociedade, não o é em outra.

Além dos cuidados com a alimentação, foram referidos cuidados às crianças e aos adolescentes em relação às vestimentas adequadas às estações do ano, principalmente no inverno, evitando, dessa maneira, adquirirem alguma doença.

Não andar de pé no chão, botar casaco pra não passar frio. (Pedro, 33a)

Não andar descalço. Andar de pé descalço, no frio, pode dar dor na bexiga. (Eduarda, 57a)

As crianças devem estar sempre bem vestidas, proteger da umidade, do frio. Antes dizia que as crianças não podiam agarrar os bichos, hoje em dia não é mais assim. (Siderlei, 56a)

As diferenças de temperatura no decorrer das estações do ano, principalmente entre o inverno e o verão, fazem com que as famílias considerem o *quente* e o *frio*, nas práticas de cuidado, como agasalhar-se nos dias frios, evitando desenvolver alguma doença. A região onde as famílias residem pode apresentar temperatura negativas no inverno. Também alegaram mudanças, nas práticas dos cuidados realizados com as crianças, no decorrer dos anos, como contato com os animais, o qual ocorre atualmente. Ademais, as famílias mencionaram repassar os conhecimentos sobre o cuidado à saúde às crianças e aos jovens.

Sim, é ensinado, a gente fala, mas às vezes eles não obedecem [...]. (Eduarda, 57a)

Me preocupo um pouquinho com o que ele (filho) vai se alimentar. Eu sempre tento ajudar ele, explicando pra ele o que é bom, e o que não é bom. Eu digo pra ele, tu tem que comer isso [...]. (Iasmim, 34a)

Ah, sim, pelo menos a gente tenta [...]. Tu tem que aprender de pequeno, né, que isso é importante pra eles, não adianta depois de grande, que eles vão te dizer que aquilo não é, ou que não presta, e o que tu vai fazer? Mas então, tu já tem que vir desde pequeno ensinando eles, né. (Letícia, 35a)

A gente orienta eles, se cuida disso, se cuida daquilo. O que a gente aprendeu dos pais, que aprenderam dos avós. (Siderlei, 56a)

As interlocutoras ressaltam a importância de ensinar os cuidados à saúde às crianças *desde pequenas*, pois ao se tornarem adultos dificilmente irão reproduzir essas práticas, se não tiverem sido ensinadas desde a infância. Essa propagação de saberes aos integrantes mais jovens das famílias, também foi encontrada na pesquisa realizada por Ceolin, Heck, Barbieri *et al.* (2011), com agricultores de base ecológica, da região Sul do Rio Grande do Sul, na qual o processo de transmissão do conhecimento relacionado às plantas medicinais, entre as gerações familiares, ocorre desde a infância.

Os jovens participam do cuidado aos demais integrantes da família, quando esses o necessitam, compondo a organização familiar para a prática do cuidado. Os saberes repassados pelos familiares perpetuam-se, sendo integrados e reproduzidos futuramente na nova família, como no relato de Paula, sobre o uso das plantas medicinais.

São muito, muito cuidadosos, nossa! Isso é uma preocupação deles (netos) quando alguém não está bem, se colocam ao lado. (Lídia, 70a)

Chá a mãe (Eduarda) sempre me ensinou a tomar, até hoje. Dá uma dor de barriga, toma tal chá. A I. (filha de 9 anos) gosta bastante de tomar chá. (Paula, 31a)

Os relatos reforçam que as práticas de cuidado são repassadas, as crianças e aos adolescentes, nas ações cotidianas e pelo convívio familiar. O ensino do cuidado desde a infância, visa a replicação e perpetuação desse entre os integrantes do núcleo familiar. Conforme Fernandes e Boehs (2010), na família rural, a proximidade dos núcleos familiares permite uma maior interação entre as gerações, oferecendo suporte entre os membros e oportunidade de partilhar as experiências de cuidado.

Durante a observação de campo, assim como nos depoimentos, os interlocutores consideram que cuidam da saúde, mencionado diversas práticas, realizadas pelos integrantes da família, das diferentes idades. Entre elas estão: evitar a utilização de agrotóxicos nos alimentos cultivados para o consumo da família, e a não utilização na propriedade, entre os agricultores ecológicos; realizar cuidados com a alimentação dos animais para o consumo familiar e com o preparo da alimentação; e, ainda, dada a utilização de hormônios na criação de animais confinados, a diminuição no consumo de carne comprada em estabelecimentos comerciais; evitar a exposição aos extremos de temperaturas (quente/frio), em especial na realização de atividades laborais; realizar atividades de lazer e interação social. A seguir, citam-se alguns relatos de exemplificam estas ações:

A gente é que nem uma planta, quando bem nutrida, acho que é o que se aprende na agroecologia, cuidar da planta para não dar doença. Então, pra gente também é a mesma coisa, sendo bem nutrido, sabendo o que faz mal e o que não faz. Algumas coisas eu já sei que não posso comer, então já evito porque sei que vai dar problema [...]. A gente vai fazendo ao natural. Isso não é preocupação, em cuidar. É, assim, acho que bem-estar né, que daí comendo um pão integral, com farinha integral, não pensando na saúde, mas sabendo que é bom. (José, 43a)

Eu acho que sim, eu gosto de comer bastante verdura, bastante leite, eu não como sem ter verdura [...]. Para o almoço, sempre preparo um suco natural de laranja, limão, maracujá ou morango, eu faço suco de qualquer coisa, às vezes de couve, espinafre, essas coisas assim, aí eu misturo um suquinho de limão junto, parece que aí fica o sabor, né. (Ilma, 70a)

Eu acho que também o açúcar faz mal, o óleo faz mal, tudo que é em excesso acho que faz mal, banha de porco faz mal. Eu acho que tudo que tu comer demais faz mal. (Paulo, 38a)

Você se considera uma pessoa que cuida da sua saúde? (Pesquisadora)
Olha, não sei 100%, mas 80%, eu acho, eu, pelo menos, por enquanto, eu tento cuidar. (Amanda, 28a)

Na comida, porque a pressão tem que ser controlada, cuidando o rigor do frio, sol muito quente pode dar câncer de pele. No verão às 10h já estou me recolhendo para casa e à tarde saio lá pelas três horas. (Siderlei, 56a)

Os depoimentos ressaltam a relação para esse grupo, entre o ambiente e a saúde, nutrindo-se adequadamente, por meio de uma alimentação saudável, cultivando os alimentos consumidos pela família. No discurso de José, produtor

agroecológico, é possível perceber que se sente integrado com a natureza, comparando-se a ela. Os cuidados com a alimentação estão inseridos nas práticas cotidianas, consumindo alimentos comprados, além do que é produzido na propriedade, considerando que o excesso de um determinado alimento, pode gerar malefícios à saúde.

No almoço, a maioria das famílias tem o hábito de consumir sucos naturais, preparados com frutas cultivadas na propriedade, assim como as saladas. Além disso, referem que cuidam da saúde, ao utilizarem o sistema formal de saúde, quando realizam periodicamente consultas e exames nos serviços de saúde público e/ou privado, o qual será discutido no capítulo 5; ou ao reproduzirem orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, como evitar os excessos de açúcar, gordura, sal na alimentação.

Em relação a exposição quente/frio, o uso de chapéu ou boné foi referido ao sair da casa nos dias de sol, além de evitar a exposição ao sol nos horários considerados mais quentes, conforme se apresenta nos depoimentos a seguir, de Amanda e Pedro.

Só que a gente cuida no horário e usa, não vai no duro do sol lá trabalhar, vai mais de tardezinha que não é tão calor [...]. No verão, daí de manhã, 7h levantamos, trabalhamos até 10:30h, 11 horas viemos embora da lavoura, e depois retornamos cinco da tarde. (Amanda, 28a)

Aí tu vai pegar o horário quente, vamos dizer do verão. O negócio das oito até umas dez horas de manhã, aí depois de tarde, é costume de dizer, né, a hora que o pessoal da cidade solta, nós vamos pra lavoura. A gente pega na lavoura, cinco, seis horas da tarde, e aí a gente vai até o entardecer. (Pedro, 33a)

Evitar a exposição ao sol, principalmente no verão, nos horários entre 11 e 17h é considerada uma prática de cuidado. O trabalho na lavoura é realizado nas primeiras horas da manhã, e a tarde quando o sol já diminuiu sua intensidade. Essa relação entre ambiente-trabalho-saúde faz parte do cotidiano das famílias rurais, representando as práticas de cuidado realizadas.

No estudo realizado por Wunsch, Budó, Beuter *et al.* (2014), com famílias de um assentamento rural, situado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, o cuidado com a prática do trabalho reduz os índices de morbidade, porém, não ameniza os riscos ambientais, ergonômicos e acidentais, a que as famílias se encontram subordinadas. A precaução das famílias frente aos perigos eminentes contra a saúde permite práticas de cuidado, como a proteção corporal contra os efeitos nocivos do sol e do frio.

A dinâmica do cuidado também envolve, as plantas medicinais como prática transgeracional de proteção, a qual compreende o conhecimento das plantas, o preparo e suas indicações. Para as autoras, as crenças e superstições também fortalecem as práticas do cuidado popular em busca da proteção e constituem-se em elementos simbólicos impregnados pelo misticismo. Ainda, para as famílias, outra prática de cuidado consiste em produzir e consumir o próprio alimento, considerado um alimento mais saudável e economicamente acessível. Na concepção das famílias, produzir o próprio alimento garante a sobrevivência na terra, motiva a continuidade da luta e protege também a saúde.

4.2 Restrições alimentares na realização do cuidado à saúde

Para a maioria das famílias rurais, a saúde também compreende o ambiente e a produção de alimentos para o autoconsumo familiar, evitando a utilização de agrotóxicos, e o consumo dos alimentos industrializados e os geneticamente modificados.

Entre as práticas de cuidado à saúde realizadas pelas famílias rurais, estão as relacionadas com a utilização dos agrotóxicos, sendo que para algumas famílias, esses estão associados às situações de adoecimentos. As famílias também destacaram os riscos em relação à contaminação dos animais da propriedade, com a utilização de agrotóxicos, resultando em danos tanto para a saúde do animal quanto para as pessoas que irão consumi-lo.

Esses dias o J. (cunhado que cultivava fumo) botou o dessecante, é o mesmo Roundup^{®38}, para secar a aveia, para fazer o camalhão de fumo, e as vacas estavam no pasto. A Eduarda (sogra de Viviane) não deixou, fez eles botarem a cerca, onde tinha botado Roundup[®]. Ele dizia: “a bobalhona da mãe não deixou as vacas irem lá no pasto”. Eu digo, está, mas tu não botou veneno? Então como é que tu quer que as vacas comam isso daí, tu quer matar as vacas? Tu pode não matar as vacas, mas tu vai fazer mal, ou para as vacas ou para quem vai consumir o leite, o queijo. O que tu não quer para ti, tu não quer para os outros. (Viviane, 40a)

O glifosato representa aproximadamente 40% do consumo de agrotóxicos no Brasil. Além disso, observa-se o fenômeno de resistência a esse veneno das plantas adventícias não desejadas, exigindo maior quantidade de sua aplicação e de associação a outros agrotóxicos (CARNEIRO; RIGOTTO; AUGUSTO *et al.*, 2015). De acordo com a monografia publicada em março de 2015, pela Agência Internacional de

³⁸ O glifosato (N-(fosfonometil) glicina, C₃H₈NO₅P) é um herbicida sistêmico não seletivo (mata qualquer tipo de planta). Produto destinado, principalmente, ao controle de ervas daninhas e nas culturas de soja geneticamente modificada, as quais são resistentes ao herbicida.

Pesquisa em Câncer (IARC), após a avaliação da carcinogenicidade de cinco ingredientes ativos de agrotóxicos, classificaram-se o herbicida glifosato e os inseticidas malationa e diazinona como prováveis agentes carcinogênicos para humanos (Grupo 2A), e os inseticidas tetraclorvinfós e parationa como possíveis agentes carcinogênicos para humanos (Grupo 2B). A malationa e a diazinona são utilizadas como inseticidas em campanhas de saúde pública, para o controle de vetores, e o glifosato, na agricultura, e todos são autorizados e amplamente usados no Brasil (BRASIL, 2015b).

Para as famílias rurais, a referência à doença passa também pela relação com o uso de agrotóxicos na produção de alimentos. Cultivar o alimento está associado a poder controlar o que é produzido, conhecendo sua procedência, garantindo assim a qualidade do alimento consumido pela família, sem a utilização do *veneno*. Como já apresentado no capítulo 2, o relato de Olívia mostra que a relação com a terra também está associada à crença religiosa, atribuindo a Deus o benefício de poder residir no espaço e cultivar os alimentos.

A questão dos agrotóxicos é considerada um problema de saúde pública pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Apesar de alguns ingredientes ativos serem classificados, com base nos efeitos agudos, como medicamente ou pouco tóxicos, devem ser levados em consideração os efeitos crônicos, os quais podem ocorrer meses, anos ou décadas após a exposição, como cânceres, más-formações congênitas, distúrbios endócrinos, neurológicos ou mentais (CARNEIRO; RIGOTTO; AUGUSTO *et al.*, 2015).

Em 2011, foi divulgado que cada brasileiro consumia 5,2 litros de agrotóxicos por ano³⁹. Em 2014, essa quantidade aumentou para 7,3 litros/habitante/ano. Apesar de esse volume todo não chegar diretamente à mesa, “vai nos encontrar algum dia pela terra, pela água ou pelo ar” (TYGEL, 2015, s/p).

O Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA)⁴⁰ publicou, em 2014, a segunda etapa de divulgação dos resultados de análises de resíduos de agrotóxicos referentes às culturas de abobrinha, alface, feijão, milho (fubá), tomate e uva, complementando o relatório publicado em 2012. Das amostras monitoradas, 25% dos resultados foram considerados insatisfatórios, por apresentar

³⁹ O cálculo baseou-se na divulgação, pela indústria dos venenos, da venda de um bilhão de litros de agrotóxicos. Esse valor foi dividido por 192 milhões de habitantes, resultando em 5,2 litros por pessoa (TYGEL, 2015).

⁴⁰ O Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), foi criado em 2001, com o objetivo de estruturar um serviço para avaliar e promover a qualidade dos alimentos em relação ao uso de agrotóxicos e afins (ANVISA, 2014).

resíduos de produtos – não autorizados ou autorizados –, mas em concentrações acima dos limites máximos de resíduos. Entre os ingredientes ativos não autorizados, constatou-se que uma amostra de uva apresentou traços do ingrediente ativo *tebufenpirade* nunca registrado no Brasil, sugerindo a ocorrência de contrabando (ANVISA, 2014).

Durante a pesquisa de campo, foi referido pelas famílias, mesmo entre as que cultivam fumo, que os agrotóxicos (*venenos*) não são utilizados nas plantas cultivadas na propriedade para o autoconsumo familiar. A utilização do *veneno* rotineiramente é percebida como *desnecessária*, sendo utilizada, somente para exterminar as formigas (diretamente no *ninho*), que prejudicam as plantas.

Eu nunca uso veneno, só para as formigas, que a formiga taca no ninho. Mas o resto, não, não, eu uso assim. Eu acho que é desnecessário. (Iasmim, 34a)

Na horta não se bota (agrotóxico), né, só esterco [...]. Terra de batata que nós plantamos, ali não se bota, só se bota o adubo. (César, 61a)

Ao caminharmos pela propriedade, Viviane mostrou sua horta e falou sobre o que tem cultivado, referiu que a horta é ecológica. Seu genro queria colocar veneno, mas ela não deixou. (Notas da pesquisadora, Diário de Campo, 20/08/14)

Enquanto fomos na horta, colher os temperos e a alface para a salada do almoço, Siderlei comentou que caso não possua tomates na horta, não os compra, pois é *puro veneno*, assim como as maçãs. (Notas da pesquisadora, Diário de Campo, 20/04/14)

As famílias destacam que na *horta* e nos demais espaços de produção de alimentos para o autoconsumo familiar, não são utilizados agrotóxicos, somente *esterco* e *adubo*, ressaltando a preocupação com o que é consumido e suas repercussões no processo de saúde e doença. Além disso, evitam comprar os hortifrutigranjeiros, para os quais tenha sido utilizado *veneno* para sua produção.

Os agricultores ecológicos relataram sobre o significado de produzir e consumir alimentos que geram saúde, sem o uso de agrotóxicos ou sementes transgênicas.

Por que comprar se pode ter em casa, não tem veneno. Tudo que a gente planta, a gente tem. Eu amo a natureza, eu amo a horta [...]. E é isso que a gente se preocupa muito, o que nós comemos, que não é transgênico [...]. Eu sinto muito que as pessoas na cidade têm que comprar, e aí eles não têm opção [...]. Por isso que eu gosto de plantar em casa, porque aí eu sei que eu não botei veneno, eu não botei adubo químico, então foi tudo coisa natural, só um veneno de formiga que a gente usa. Eu acho que por isso que tem tanta doença também. Antigamente não tinha isso né, eu imagino que daí surgiu muita doença, da própria comida, do próprio ar, nós nos alimentamos mal. (Olívia, 57a)

Eu sou a favor do agroecológico, porque aí tu sabe o que tu tá comendo. (Inês, 47a)

A opinião sobre o consumo de alimentos sem agrotóxicos não é unanimidade no contexto investigado. Entre os produtores que cultivam fumo, há relatos sobre a dificuldade em adquirir alimentos nos supermercados, que não tenham sido produzidos com agrotóxicos.

Há tanta coisa com agrotóxico, tudo que botam. Muitos dizem que fumo leva veneno, mas tu vai olhar o que leva o tomate, o pêssego, a soja, vai muito mais. (Viviane, 40a)

Mas eu também penso assim, muito bom comer as coisas ecológicas, mas o que tu compra no supermercado arroz, óleo, essas coisas, tudo tem que comprar, também tem veneno, aí tu come uma coisa ecológica, e outro, tu come com veneno, acho que não dá muito resultado. (Eduarda, 57a)

No depoimento de Eduarda, ela ressalta que não percebe os benefícios à saúde em comer alimentos de origem agroecológica, quando ao mesmo tempo consome os produzidos com agrotóxicos.

De acordo com as interlocutoras, em algumas áreas de Canguçu, há cultivo de soja, com pulverização aérea de agrotóxicos nas lavouras, causando contaminação das propriedades próximas e até mesmo das pessoas.

Veneno tem em tudo, o problema são esses aviões, que levam alto, vai por tudo, aí termina com tudo, tem um que pulveriza com avião. (Siderlei, 56a)

O veneno que está no ar, como a soja que eles colocam veneno com avião por cima né, vai nas águas. Teve uma história que me chamou muito atenção, uma senhora disse que foi ela e o marido dela, para São Lourenço e aí passaram por uma lavoura de soja, quando estavam colocando esse veneno, uns até falam em remédio, mas o remédio é o veneno, né. Aí diz que o marido dela chegou na festa, nesse lugar onde eles foram passear, e ele ficou muito quieto, não estava conversando. A filha disse pra mãe, o que o pai tá tão quieto? Logo de noite tiveram que levar ele pra emergência, ele se sentiu mal, e diz que foi assim, diagnosticado que foi do próprio veneno, que pegou neles, no carro deles, no capô tinha veneno. (Olívia, 57a)

Nos depoimentos de Olívia e Siderlei, o *veneno*, apesar de também ser denominado por muitas pessoas como *remédio*, é percebido como algo que faz mal à saúde, capaz de resultar em intoxicações, mesmo para as pessoas que não residem no rural, como no caso relatado, além da contaminação do *ar*, da *água* e do solo. A pulverização aérea de agrotóxicos, utilizada em grandes plantações, é percebida como algo que *termina com tudo*, prejudicando as plantas cultivadas. Com esse tipo de pulverização, as propriedades localizadas nas divisas entre as terras acabam tendo toda sua produção contaminada pelos agrotóxicos, além da contaminação direta dos moradores, influenciando nas situações de adoecimento.

Estudo realizado por Barreto e Thomaz Junior (2012), para discutir os impactos da territorialização do agronegócio canavieiro, na região do Pontal do Paranapanema,

São Paulo, evidenciou que o uso intensivo e abusivo de agrotóxicos através da pulverização aérea tem prejudicado de forma direta a produção da agricultura familiar.

Entre as famílias que utilizam agrotóxicos no cultivo do fumo, foi mencionada a utilização parcial dos equipamentos de proteção individual (EPI) recomendados para a aplicação. Em seu depoimento, Iasmim refere que seu marido faz uso adequado do EPI no decorrer na produção do fumo; no entanto, seu vizinho, que trabalha em conjunto com ele, não o utiliza, resultando em consequências para sua saúde, no caso, sintomas compatíveis com a intoxicação.

Meu marido bota todo EPI, bota a máscara, bota toda roupa, chega em casa meio-dia, primeira coisa que faz é tomar um banho, mas aquele que trabalha com ele, vai de pé no chão assim [...]. Meu marido se cuida muito, esses remédios, venenos que ele bota, agrotóxicos, que nem esse que trabalha com ele, o vizinho ali, ele já tem problema no sangue de veneno, aí o dia que ele bota veneno, ele não consegue almoçar meio-dia, ele passa dois, três dias mal, ele já tem veneno no sangue, nem podia estar trabalhando mais. (Iasmim, 34a)

O relato anterior, ilustra a individualidade na utilização do EPI, pois entre os dois agricultores que trabalham juntos, um opta pelo não uso, apesar das consequências para sua saúde, percebida também pela sua vizinha, Iasmim, a qual afirmou que ele possui *veneno no sangue*, devido a exposição constante aos agrotóxicos, sem o uso dos equipamentos adequados, diferentemente do seu marido.

O estudo de Ubessi, Ubessi, Kirchner *et al.* (2015), realizado com 434 trabalhadores rurais, na região noroeste do Rio Grande do Sul, mostrou, em ordem decrescente, que, em relação ao uso de EPIs, há predominância do uso de chapéu, seguido de bota, máscara, luva e macacão.

Os cuidados com o acondicionamento das embalagens dos agrotóxicos já utilizados também foram referidos, *não pode ficar atirado em qualquer lugar, nem queimar*. Os EPIs indicados para aplicação dos agrotóxicos foram luvas, máscaras e roupas adequadas. Entre os fumicultores, são frequentes os relatos sobre o ato de tomar banho ao retornar da lavoura como uma medida de precaução em decorrência do contato com a folha verde ou agrotóxico, assim como o consumo de leite. Alimentar-se somente após a higiene foi outro cuidado importante citado para redução de danos após o contato com os agrotóxicos.

Eu acho que muito ajuda a higiene também, de tomar banho logo depois que usa os agrotóxicos, essas coisas. Diz que não pode tomar um chimarrão antes de se tomar um banho e trocar de roupa, não comer com as mãos sujas. (Ilma, 70a)

Ademais, durante a manhã, trocam a roupa na lavoura, quando esta umedece devido ao contato com o fumo verde, molhado pelo sereno da noite anterior. Também

utilizam chapéu, ou boné, no caso dos mais jovens, para protegerem-se do sol, além de protetor solar e luvas. Todos possuem os EPIs recomendados pelas empresas fumageiras; porém, o uso da roupa, no verão, fica comprometido devido ao intenso calor. Essas informações são corroboradas pela pesquisa realizada por Riquinho e Hennington (2014) com fumicultores em uma localidade rural no interior do Rio Grande do Sul.

Além disso, as interlocutoras identificam os malefícios que podem resultar da não utilização dos EPIs no momento da aplicação ou do contato com os agrotóxicos. Uma das interlocutoras comentou que tem alergia em virtude do contato com o fumo verde e molhado. No período da colheita, mencionou uma alergia nas mãos, que ficam vermelhas como se desse uma *febre forte pelas mãos*, e, para diminuir os sintomas, utiliza as luvas. Esse sintoma de vermelhidão da pele também foi referido pelos fumicultores do sul de Santa Catarina, investigados por Paulilo (1987).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a doença da folha verde do tabaco (DFVT) é um tipo de intoxicação aguda, causada pela absorção dérmica da nicotina. Os principais sinais e sintomas da doença são cefaleia, tontura, náusea, vômito, fraqueza e cólica abdominal. São considerados como principais fatores de risco: trabalhar no período da colheita, trabalhar com o fumo ou roupas molhadas e não usar equipamentos de proteção individual.

O efeito do uso de agrotóxicos sob forma de intoxicação aguda é de fácil constatação pela equipe de saúde devido à sintomatologia, mas não necessariamente pelo trabalhador. Em relação à intoxicação crônica, que ocorre por meio de efeito cumulativo de agrotóxicos no organismo humano, essa pode não ser imediatamente relacionada ao uso de agrotóxicos, devido aos fatores de confusão, com exceção aos casos diagnosticados por meio de exames laboratoriais (UBESSI; UBESSI; KIRCHNER *et al.*, 2015).

No depoimento a seguir, a perspectiva de uma agricultora agroecológica, se contrapõe ao uso de agrotóxicos na produção de alimentos, ressaltando a relevância de uma alimentação balanceada livre de *veneno*, além de evitar a ingestão alimentos industrializados. Para isso, realiza uma comparação da saúde de pessoas idosas, que, segundo ela, tiveram uma alimentação saudável quando jovens.

Às vezes tem pessoas que não podem comer banha, que não podem comer ovo frito, porque não pode isso, que não pode isso aquilo. Tem casos de pessoas idosas, que estão com 90 e tantos anos, e tem uma saúde de dar inveja a qualquer um. Eu creio, não sei se estou certa ou se estou errada, mas que na infância deles, talvez nem comeram tanta alface, tanta rúcula, mas a alimentação que eles tinham também não tinha nada de veneno, né, não tinha nada de margarina, de maionese, de refri, não tinha isso e talvez

eles tenham a saúde que eles têm (referindo-se a terem uma boa saúde).
(Lia, 39a)

A referência da interlocutora Lia, sobre os alimentos consumidos, associando-os a saúde, relaciona-se com os achados encontrados por Ramos (2012), em estudo realizado junto a famílias rurais de Maquiné, no litoral norte gaúcho. A adoção de novas práticas criadas pela indústria alimentar e marcadas pelo excesso de produtos artificiais, em detrimento do consumo dos produtos regionais e com a forte tradição cultural, tem sido discutida como tendência das mudanças alimentares. Atualmente são temas de debate o direito humano à alimentação adequada e a segurança alimentar. O acesso ao alimento, na quantidade e regularidade necessária aos indivíduos e grupos, deve agregar questões de ordem ambiental, cultural e nutricional. Para isso, a construção da segurança alimentar e nutricional no Brasil, definida pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional⁴¹, abrange a proteção e a promoção da diversidade cultural e da agrobiodiversidade, que incentiva a agricultura familiar e a produção para o autoconsumo.

Alimentos industrializados, como o refrigerante, são identificados como risco à saúde, da mesma maneira que os alimentos geneticamente modificados⁴² (AGMs), também chamados de transgênicos.

Algumas coisas a gente, que a gente acha assim, ou que não serviria, né, tipo refrigerante, né, que se toma bastante. Bastante não, mas geralmente domingos. Uma coisa que não precisaria, né. (José, 43a)

Óleo de soja, a gente só quase que consegue comprar o transgênico, né, porque não tem outro [...]. Então, é difícil tu chegar no supermercado e tu encontrar um que não seja, né. Não é qualquer supermercado que consegue. Talvez isso seja um vício da gente, né, porque tem que aprender a não usar tanto ele, né, poderia comprar um óleo de milho, ou girassol, que sejam óleos mais refinados, se usar menos, né, isso ainda é uma parte que não se consegue [...]. E outras coisas, né, que nem o arroz, talvez poderia comprar outros com menos uso de veneno, né. (José, 43a)

No depoimento de José, ele comenta, no caso do refrigerante, que apesar de perceber que sua ingestão não traz benefícios à saúde esse hábito se perpetua, principalmente nas refeições aos domingos. Já sobre os transgênicos, ressalta sobre a dificuldade em encontrar produtos disponíveis para compra. Nesse relato observa-

⁴¹ Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências (BRASIL, 2006b).

⁴² Os alimentos geneticamente modificados (AGMs) “são resultados de aplicações biotecnológicas”. “São organismos cujo material genético (ADN) recebeu intervenções e foi modificado, ou aqueles em que micro-organismos causadores de fermentação foram geneticamente modificados, ou ainda os alimentos que têm substâncias ou aditivo alimentar obtido pela engenharia genética (amidos, enzimas, lecitinas etc.) (CONTRERAS; GRACIA, 2011, p. 362).

se que os agricultores dialogam sobre o tema não estão alheios as discussões que estão ocorrendo, em outros locais.

Uma pesquisa realizada por Menasche (2004b), com moradores de Porto Alegre, observou, entre os consumidores entrevistados, que os alimentos transgênicos estão incluídos em uma série de medos contemporâneos, como clonagem, radiação, vaca louca, mutação, má-formação fetal e câncer. Porém, apesar de considerarem os transgênicos potencialmente nocivos e rejeitarem esses alimentos, os consumidores não adotavam a restrição aos alimentos geneticamente modificados como critério de escolha de produtos alimentícios. A pesquisa também identificou que os mesmos alimentos produzidos pela indústria agroalimentar, desqualificados pelos entrevistados, são consumidos cotidianamente, supondo que o mesmo ocorresse com os alimentos geneticamente modificados.

Para as famílias rurais, a saúde compreende também o ambiente e a produção de alimentos para o autoconsumo familiar, evitando a utilização de agrotóxicos, alimentos industrializados e os geneticamente modificados. Nesse sentido, cultivar o alimento está relacionado a poder controlar o que é produzido, sem a utilização do *veneno*, conhecendo sua procedência.

4.3 Plantas medicinais utilizadas no cuidado à saúde pelas famílias rurais

A maioria das famílias rurais referiu adotar as plantas medicinais no cuidado de diversos problemas de saúde, utilizando-as, em muitos momentos, como primeira escolha de cuidado. Nos relatos, assim como durante as observações, foi possível perceber que as plantas estão presentes.

Eu uso muito chá [...], eu fazia tintura de própolis. Essas coisas eu faço sozinha, faço (a tintura) quando dá uma infecção de garganta, essas coisas. Eu até tenho própolis sempre na geladeira, eu fazia tintura pra sinusite, fazia tintura de cururu-rasteiro. (Ilma, 70a)

Eu sou muito de tomar um chá, se estou sentindo que eu vou me gripar, o meu chá é de bergamota, e aí na cama dá um suador, e no outro dia eu estou bom [...]. (José, 43a)

A gente se cura mais com chá aqui em casa. Meu marido já sabe, eu estou com infecção, não durmo direito de noite, infecção na garganta, já faz de manhã o chimarrão com chá (plantas medicinais). (Iasmim, 34a)

Algumas plantas medicinais são cultivadas na propriedade, outras são utilizadas na forma de pomadas, xaropes e tinturas, adquiridas na pastoral da saúde da igreja Católica da cidade de Canguçu. No quadro 5, estão listadas as plantas medicinais referidas pelas famílias dos interlocutores no decorrer da pesquisa.

Quadro 5 – Plantas medicinais referidas pelos interlocutores de Canguçu (RS).

Nome popular	Nome científico	Indicação
Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	(1) Digestão; (2) a tintura é indicada para cicatrização de feridas.
Alecrim e agrião	<i>Rosmarinus officinalis</i> L. e <i>Nasturtium</i> sp.	Xarope para anemia.
Alfazema	<i>Lavandula</i> sp.	Coloca no álcool para fazer fomentação.
Alho	<i>Allium sativum</i> L.	Para infecção vaginal. “Colocar um dente de alho na gaze, dentro da vagina, tipo um creme, de noite e de manhã tu tira” (Lídia, 70a).
Amora-do-mato	s.i.	Para tratar dor de barriga.
Arruda	<i>Ruta graveolens</i> L.	Para o tratamento de piolhos.
Babosa	<i>Aloe</i> sp.	Para o cabelo e para tratar queimaduras.
Babosa e funcho	<i>Aloe</i> sp. e <i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Bater no liquidificador funcho com babosa e água para tratar dor de estômago e gastrite.
Bálsamo	<i>Sedum praealtum</i> DC.	É bom para lavar as vistas (olhos) e as feridas.
Banana	<i>Musa</i> sp.	O xarope é bom para tratar a tosse. Modo de preparo: pegar a casca de 4 bananas, 3 colheres de cachaça, 2 copos de água e 1 de açúcar, 2 cravos, mais um pedaço de canela ferver até ficar um caldo grosso.
Bergamoteira	<i>Citrus</i> sp.	Chá da folha para gripe e febre.
Boldo	s.i.	Para dor de estômago. Utilizado para tingir lã de ovelha para confecção de ponchos.
Carqueja	<i>Baccharis</i> spp.	Para dor de estômago.
Caruru-rasteiro	s.i.	A tintura é indicada para sinusite. Modo de preparo da tintura: lavar e picar todo o pé da planta e colocar em 100 ml de álcool. Deixar durante 30 dias, depois coar. Tomar 5 colheres de sopa. A planta é encontrada no verão, pois no inverno a geada mata.
Cavalinha	<i>Equisentum hyemale</i> L.	Diurético. Para a bexiga.
Couve	<i>Brassica oleracea</i> L.	Tomar o chá duas vezes por dia para diminuir o colesterol.
Espinheira-santa	s.i.	Utiliza o chá para tratar a gastrite.
Eucalipto	<i>Eucalyptus</i> sp.	A tintura de eucalipto é indicada para gripe, febre, bronquite, tosse, asma
Guaco	<i>Mikania</i> sp.	Chá de guaco com mel para tratar a tosse; (2) chá para tratamento da tosse.
Laranjeira	<i>Citrus</i> sp.	(1) Tomar o chá da folha quando está ruim do estômago; (2) Suco de laranja com mel para tratamento da gripe.
Limão	<i>Citrus</i> sp.	Espremer um limão em uma xícara de água morna e adoçar com mel.
Losna	<i>Artemisia absinthium</i> L.	Tomar o chá quando está ruim do estômago.
Maçanilha	<i>Matricaria recutita</i> L.	Utilizar o chá para tratamento de queimaduras em decorrência da radioterapia.
Malva	<i>Malva</i> sp.	Utilizada para cicatrização. “Tu usa pra cicatrizar quando tu extrai dente, ou fazer compressa” (Lídia, 70a).
Manjerona	<i>Origanum</i> sp.	Utilizar o chá para provocar o vômito quando está mal do estômago.
Marcela	<i>Achyrocline satureioides</i> Lam.) DC.	(1) Colocar no chimarrão; (2) Para dor de estômago.
Marmelo	<i>Cydonia oblonga</i> Mill.	Fazer o chá do marmelo seco para tratar a diarreia.
Melhoral	<i>Salvia microphylla</i> Kunth	Para o tratar sintomas da gripe.
Melissa	<i>Melissa officinalis</i> L.	Calmante.
Murta	<i>Blepharocalyx salicifolius</i> (Kunth) O. Berg	Para dor de estômago e para baixar a pressão arterial.

Noz-moscada	<i>Myristica fragrans</i> Houtt	Ralar e colocar em água morna para tratar dor de barriga e vômito.
Ora-pro-nóbis	<i>Pereskia aculeata</i> Mill.	É vitamina, pode utilizar como salada.
Picão-branco	<i>Galinsoga parviflora</i> Cav.	Utilizado para infecção
Poejo	s.i.	Coloca no chimarrão.
Romã	<i>Punica granatum</i> L.	O chá da casca de romã é bom para o tratamento da diarreia.
Sabugueiro	<i>Sambucus</i> spp.	Utiliza a flor para tratar “sapinho” (candidíase oral)
Sálvia	<i>Salvia officinalis</i> L.	Tintura para inflamações dos rins, ovários, garganta
Transagem	<i>Plantago</i> sp.	Utiliza o chá para tratar a gastrite.
Urtiga	s.i.	Indicado para o tratamento de frieira, caspa e infecção de urina

s.i. – sem identificação taxonômica.

Muitas famílias mencionaram utilizar os produtos preparados com plantas medicinais, adquiridos na Pastoral da Saúde, vinculada à igreja Católica da cidade de Canguçu. De acordo com as interlocutoras, a Pastoral atende ao público nas segundas, quartas e sextas-feiras à tarde, e se mantém com doações de produtos, como açúcar, mel, álcool, frascos, utilizados nas diferentes formas de preparo das plantas medicinais (xaropes, pomadas, tinturas). O chamamento para as doações ocorre pela rádio Cultura, a qual também recebe as doações, além do salão paroquial da igreja Católica. De acordo com as interlocutoras, as pessoas que adquirem os produtos na Pastoral da Saúde doam entre R\$ 2,00 e R\$ 5,00, se tiverem condições.

Eu sempre pego, eu sempre tenho em casa, própolis, eu pego lá na pastoral. Sou muito crente nessas coisas também. (Lia, 39a)

Eu até tenho que ir lá levar uns vidros, e levar chá, eu levo chá pra eles também. Funcho, guaco, hortelã, isso aí a gente tem tanto aqui, aquela bananinha-do-mato e cambará, plantas que eles usam bastante pra xarope. Então tudo que puder assim, eu gosto de ajudar, claro se tiver sobrando. Eu dou muito mel pra eles também. (Olívia, 57a)

No decorrer da pesquisa de campo, diversas famílias mostraram os produtos adquiridos na Pastoral da Saúde, os quais utilizam quando consideram necessário. Têm disponíveis preparados como xarope de própolis, pomada milagrosa (não há descrição no rótulo sobre as plantas medicinais que a compõe), pomada de calêndula e babosa, pomada de arnica, pomada para rachadura nos pés, pomada para micose, loção para a pele, utilizada para picada de insetos, tintura de gengibre e de alho e tintura para fomentação, em caso de dores musculares. Algumas famílias guardam os produtos na geladeira, para melhor conservação.

Xarope de própolis, sempre eu tenho em casa, tenho em casa também pomadas, aquela de calêndula, remédio pra dor de ouvido, coisa boa aquele. Eles (Pastoral da Saúde) têm umas gotas pra botar nos ouvidos. Só tem que, assim, não pode deixar adiantar muito, que a M. (filha) uma vez deu infecção

de ouvido nela, essa guria nós tivemos que levar para o médico, mas senão tu consegue combater, é muito bom. (Olívia, 57a)

As interlocutoras relataram que, há aproximadamente 15 anos, duas agricultoras moradoras do Remanso realizaram cursos de qualificação, fornecidos pelo CAPA, e elaboravam preparados a partir das plantas medicinais, os quais eram distribuídos e/ou vendidos à população local. Além disso, aferiam a pressão arterial. As atividades eram realizadas no antigo salão da associação da localidade do Remanso. As duas agricultoras responsáveis, também cultivavam as plantas medicinais utilizadas no preparo dos produtos. Com os passar dos anos, as atividades deixaram de ser realizadas.

Elas tinham toda uma pesquisa, e tinham uns livros e cheios de folhas e tudo. Era ali na associação que tinha a farmácia caseira, tinha tintura dessas plantas. Era pelo CAPA. O CAPA que deu o curso pra elas. Elas fizeram o curso, aí elas mediam a pressão. Cada um tinha sua ficha. Tal dia tu buscou tal remédio, vamos supor que estava com dor de garganta, ou então era tintura de própolis. A dona R. tinha uma horta com várias espécies de chá, ela tinha um monte de chá. E aí foi terminando, até que acabou tudo. (Letícia, 35a)

Esse foi referido como um espaço de cuidado que era utilizado pelas famílias rurais.

A seguir a figura 29 ilustra algumas práticas de cuidado realizadas pelas famílias com as plantas medicinais, como os livros onde buscam esclarecer dúvidas quanto à utilização e às diferentes formas de preparo e locais de cultivo.



Figura 29 – Plantas medicinais (bálamo e babosa), preparados e publicações utilizados nas práticas de cuidado, nas famílias rurais dos interlocutores, de Canguçu (RS).

Outro aspecto manifestado pelas famílias rurais foi a preocupação com o uso de plantas medicinais durante a gravidez, principalmente pelo temor dos efeitos abortivos.

Eu acho que é talvez algum tipo de chá que pode te fazer mal, dar aborto.
(Mariana, 40a)

O que eu fiz, coisa que eu não podia ter feito, mas sem saber e não deu em nada. Mandava ela (filha gestante) fazer banho de assento, com a malva e chás que a gente usava. Ela tomou chá quente, tomou chá de quebra-pedra, nada fez mal, não deveria ter tomado, não deveria ter feito banho de assento. [...] Graças ao bom Deus que não deu em nada! (Olívia, 57a)

No relato de Olívia, ela expressou os riscos do uso de plantas medicinais – malva e quebra-pedra –, durante a gestação da sua filha, fato que ocorreu pelo

desconhecimento da gravidez no momento da utilização. Em relação às práticas de cuidado relacionadas com a quebra-pedra (*Phyllanthus amarus*), uma pesquisa (RODRIGUES; MEIRELES; LIMA *et al.*, 2011) realizou um levantamento das principais plantas medicinais que tenham efeitos embriotóxicos, teratogênicos e abortivos comprovados. Os pesquisadores encontraram na literatura que a quebra-pedra (*P. amarus*) não pode ser utilizada durante a gravidez, pois possui princípios ativos que atravessam a barreira placentária, podendo provocar aborto, e essas substâncias também podem ser excretadas no leite materno.

Em um estudo ocorrido no sul do Rio Grande do Sul, com agricultores ecológicos, foram indicadas 22 plantas medicinais para os cuidados à saúde da mulher, e, para quatro delas – camomila, *Matricaria recutita*, manjerona, *Origanum majorana*, parapiroba, *Piper* sp., e arruda, *Ruta graveolens* –, foram encontradas pesquisas que comprovaram os efeitos abortivos ou teratogênicos (VASCONCELLOS; HECK; CEOLIN *et al.*, 2011). Ao considerar as práticas de cuidado relacionadas com uso das plantas medicinais e a carência de estudos farmacológicos que demonstrem seu uso seguro durante a gestação, é necessário partir do pressuposto de não utilizá-las durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre, pois é o de maior risco para o abortamento e malformações (LONDRINA, 2012; RODRIGUES; MEIRELES; LIMA *et al.*, 2011).

Na pesquisa realizada com agricultores de base ecológica, foi frequente a referência às plantas medicinais utilizadas no cuidado de diversos problemas de saúde. Esse saber geralmente provém da troca de informações entre as famílias e a comunidade na qual convivem (CEOLIN; HECK; BARBIERI *et al.*, 2014).

O relato a seguir exemplifica o amplo conhecimento sobre as plantas medicinais utilizadas no cuidado à saúde, que algumas das interlocutoras possuem.

Tem a jurubeba, tem o juá, elas são diferentes, uma tem espinho na folha e a outra não. O cambará-do-mato, o cambará-da-horta, a transagem. A hortelã, a melissa, o capim-cidreira, como aquela tipo árvore de cidreira. Tem o eucalipto de folhas largas, tem o de folhas estreitas. (Lídia, 70a)

Para a maior parte das famílias rurais, o saber sobre as plantas medicinais origina-se de conhecimentos repassados pelos familiares.

[...] muitas coisas a gente aprendeu com os pais. Sempre se vai levando isso que a gente aprendeu, em primeiro lugar procura o chá [...]. (Olívia, 57a)

Além disso, livros, vizinhos e instituições não governamentais, como a Pastoral da Saúde e Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor (CAPA), são fontes para esclarecimentos de dúvidas quanto às plantas medicinais. Quando necessário,

deslocam-se até a residência ou ligam para familiares e/ou vizinhos no intuito buscar ou informar-se sobre a indicação de alguma planta medicinal.

Primeira coisa que eu procuro, né, um caderno, aquele da farmácia caseira [...]. Se não tem ali, eu ligo pra alguém que saiba mais de chás, me indica também [...]. Para gastrite eu ouvi falar da espinheira-santa, só que eu não consegui achar ainda [...], a Olívia (integrante da OASE) disse que iria tentar conseguir, só que a gente não se encontrou ainda, de repente ela conseguiu, tomara. (Iasmim, 34a)

Também uso bastante chá, mas o único que eu tenho aqui é o chá de funcho, eu vou aqui na tia, ou na mãe (Eduarda), eu corro atrás de chá. (Paula, 31a)

A minha mãe tomava tintura de caruru-rastreiro, ela tinha problema de sinusite [...], a mãe usou e se curou [...]. Nos anos de 75 ou 80, por aí, começou a vir o CAPA pra cá, aí a gente aprendeu muito com o CAPA. (Ilma, 70a)

É se tem dúvida (sobre plantas medicinais), sempre as pessoas se conversam muito, o que um sabe ensina para o outro, se conversa bastante. Muita gente já chegou aqui em casa perguntando se tem tal planta, o que é bom pra isso, pra aquilo. Então a gente ajuda bastante. (Olívia, 57a)

Essa diversidade na procedência do saber relacionado às plantas medicinais também foi evidenciada em outros estudos realizados na região Sul do Rio Grande do Sul (CEOLIN; HECK; BARBIERI *et al.*, 2011; PIRIZ; MESQUITA; CEOLIN *et al.*, 2013). No estudo realizado com os agricultores ecológicos, a família foi a fonte mais citada para esclarecimento de dúvidas em relação à utilização e identificação de alguma planta, seguida por alguma pessoa na comunidade que é conhecedora de plantas medicinais, livros, vizinhos e escola. Essa diversidade nas fontes de informação propicia a formação de uma rede de saberes sobre o uso das plantas medicinais, a qual inicia sua formação no momento em que uma pessoa identifica outra, com a qual possui afinidade, desencadeando, com isso, várias outras conexões (CEOLIN; HECK; BARBIERI *et al.*, 2014).

Conforme De Oliveira e Moraes (2010), as práticas populares de cuidado possuem uma visão integral. A aprendizagem dessas práticas pode ocorrer tanto institucionalmente, por meio das religiões, quanto através da transmissão oral entre gerações familiares, ou entre praticante-aprendiz, por exemplo, no benzimento e uso de plantas.

4.4 Repercussões entre as famílias: ser saudável ou doente no meio rural

Segundo Carreira e Alvim (2002), ao trabalhar com famílias, tem-se a oportunidade de conhecer um pouco de seu cotidiano, ou seja, não somente as condições materiais em que vivem, mas as dimensões psicossocioculturais que

envolvem a saúde e a doença, e também os cuidados a elas ligados, que se expressam em atitudes, comportamentos e valores das pessoas. Para diversas culturas, a saúde é um estado de equilíbrio espiritual, de convivência comunitária e ecológica, incluindo no sistema de cura tanto remédios para cura física, quanto para a melhoria e fortalecimento do bem-estar. A escolha por um tratamento resulta de uma complexa compreensão de saúde e das prováveis causas da doença (HOEFFEL; GONÇALVEZ; FADINI *et al.*, 2011). Em decorrência dessa diversidade de percepções sobre saúde entre os diferentes grupos sociais, torna-se relevante pesquisar sobre o tema, compreendendo as peculiaridades de cada contexto, visando qualificar os cuidados à saúde realizados pelos profissionais, além das políticas de saúde.

Por outro lado, ao apresentado anteriormente, está o conceito generalizado de saúde, proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a). Nessa visão a saúde é direito universal e fundamental do ser humano, resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Segundo Ferreira (1994, p. 103), a “noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa”.

Para os idosos desse estudo e seus familiares, ter saúde permite autonomia na realização das diversas tarefas cotidianas, dentro das possibilidades impostas pela idade.

Eu vou fazer 88 anos, agora em setembro [...], e eu não sei o que é ir a médico, nunca fui em médico. (Augusto, 87a)

E eu acho que, enquanto eles puderem caminhar e fazer, que bom que façam, né, que é sinal de saúde [...]. Essas pessoas que estão paradas, estão cheios de problema. Quanto mais parado, mais problema aparece. (Amanda, 28a)

No depoimento de Augusto, ele expressa com satisfação o fato de nunca ter necessitado de atendimento médico, reforçando que sempre teve boa saúde. Amanda, ao referir-se a Augusto e Selma (81a), avós do seu esposo, enfatiza que manterem-se ativos, realizando diferentes atividades laborais, auxilia na manutenção da saúde.

Para as famílias investigadas, saúde não é apenas ausência de dor, mas uma condição decorrente de diferentes fatores, como bem-estar físico e emocional, relações familiares e sociais, disposição para trabalhar e realizar atividades de lazer, viver no rural e ter contato com a natureza, alimentação saudável, condição financeira

favorável, sentimento de esperança, entre outros. Os trechos de depoimentos reproduzidos a seguir ilustram essa perspectiva:

Eu acho que saúde é o todo, não é só a saúde do corpo, quando não tem nenhuma dor, mas também as preocupações, estar tudo sob controle, eu acho que isso é parte também. Se a gente tem uma preocupação muito grande, parece que a saúde não está completa, ainda bem que eu tenho muita esperança, sabe, tudo o que a gente passou, mas a esperança que faz a gente [...], se não tem esperança a gente não vence, não suporta. (Maria, 58a)

[...] a saúde, eu acho que ela é uma coisa muito ampla, não é só essa questão física, né, diríamos assim, que eu não tenho dor. A saúde também é tu ter agasalho, tu ter casa, tu ter calçado, tu ter alimento, tu ter o mínimo de dinheiro, isso tudo faz parte da saúde, que eles são fatores que influenciam na saúde [...]. Se eu quero ir num lazer e eu não tenho dinheiro nenhum, então eu vou dizer que eu não vou, porque não tenho dinheiro [...]. (Lídia, 70a)

Eu acho que me alimentar bem [...], em tudo assim, na convivência com meu marido, meu filho, né, eu poder preparar um alimento bom, saudável [...]. (Iasmim, 34a)

Ué, acho que é tu estar bem, acho que bem em todos os sentidos, não só psicológico, mas em tudo. Claro, vamos supor que não que vá ser uma coisa grave, mais eu acho que é tu estar num equilíbrio né, nem tão lá em cima, nem tão lá me baixo também. (Letícia, 35a)

Saúde é tu viver bem, é estar bem, é não estar doendo nada, é estar bem fisicamente e psicologicamente. (Lia, 39a)

Esse conceito ampliado de saúde, descrito a partir do significado de saúde para as famílias, está associado as relações familiares e sociais. A saúde dos indivíduos e de suas famílias está diretamente relacionada ao cuidado à saúde e às práticas cotidianas realizadas, relacionadas ao contexto sociocultural. Nesse contexto, ter saúde também implica em poder trabalhar e realizar as atividades de lazer, como participar dos jogos de futebol aos finais de semana.

Tu ter saúde, para mim, duas coisas são importantes, assim pra lidar (trabalhar), é ir nas estufas e ver as plantas bonitas, crescendo, poder sair e jogar meu futebol, lazer, né. Isto é, são duas coisas que te trazem saúde, para mim pelo menos, são válvulas de escape, te divertir, lazer, né. (José, 43a)

A fala de José evidencia a importância da relação entre saúde, trabalho e lazer, estando interligados, pois o trabalho resulta em saúde e é necessário estar saudável para o lazer e trabalhar. Como apresentado no capítulo 1, o futebol é uma importante atividade de lazer entre as famílias. Aos domingos, os homens, e as poucas mulheres que praticam esse esporte, vão jogar futebol e seus familiares comparecem aos jogos, para torcer pelos times e encontrar com amigos, vizinhos, integrantes da comunidade e familiares, sendo um espaço de socialização.

Na pesquisa realizada por Wunsch, Budó, Beuter *et al.* (2014), com famílias de um assentamento rural, situado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, a saúde encontra-se como sinônimo de trabalho, de produção, de manter-se no lote de terra conquistado, tornando-o produtivo. Assim, trabalho consiste em saúde e ausência de doença, fortalecendo-se, dessa forma, a percepção da saúde como um elemento permeado, constantemente, pela cultura e condição social. O cuidado à saúde, apresentou íntima relação com a situação social, com a forma de produção, com o trabalho das famílias.

De encontro ao depoimento de José, está o relato de Neldo, para o qual, as tarefas laborais no decorrer dos anos, influenciaram na condição de adoecimento.

Primeiro nós plantávamos de tudo, agora é que não dá mais. Eu me estraguei da coluna, por causa do machado, porque quando comprei aqui era mato, não tinha motosserra, era tudo no machado. (Neldo, 73a)

O cotidiano e os instrumentos de trabalho dos agricultores podem resultar em limitações físicas, associadas a sintomas como dor, convertendo-se em incapacidades físicas, como no relato de Neldo, sobre o uso do machado. Uma investigação realizada por Costa, Lucena, Tomaz *et al.* (2010), com trabalhadores rurais de Bananeiras, Paraíba, avaliou ergonomicamente as atividades laborais dos agricultores e identificou que a tarefa de capinar, subdividida em diversos movimentos com enxada, apresenta alto risco de lesão ou doenças ocupacionais, pois é desenvolvida com acentuada flexão de cabeça e ombros, o que exige muito da musculatura envolvida, para manter a postura forçada e realizar movimentos repetitivos.

Em uma pesquisa realizada com agricultores de base ecológica de quatro municípios da região Sul do Rio Grande do Sul, os fatores relacionados ao contexto sociocultural, como os hábitos alimentares, moradia, relação com a comunidade e bem-estar mental, foram apontados como valores que devem seguir no seu cotidiano, para manutenção da saúde (CEOLIN; HECK; BARBIERI *et al.*, 2014).

De acordo com De Oliveira e Moraes (2010, p. 418), a “etiologia das doenças integra diversas linguagens e códigos explicativos, incluindo os emocionais, sobrenaturais, socioeconômicos, ecológicos e também aqueles discursados pela biomedicina”. Para as interlocutoras, a doença é um dos principais motivos de preocupação entre as famílias. Para esse grupo, a concepção de doença, está associada a *dor*, *sofrimento*, impedindo de realizar as atividades cotidianas, podendo ser além de física, *psicológica*.

Ah, sei lá, porque doença, assim, a gente nunca teve nada, mas, assim, ainda nos apavora o câncer. Acho que é uma pessoa que sente dor, que não pode, vamos dizer assim, viver no dia a dia, fazer as coisas, não sei se as coisas que gosta, mas fazer as coisas normais do dia a dia, né, que é levantar, é trabalhar. (Lia, 39a)

Doença é quando tu não te sente bem, tipo doença no teu corpo assim. Também tem muita doença psicológica, né, que a pessoa arruma, dá um jeito de arrumar uma doença. Mas eu acho que, assim, uma doença é quando não tá bem, tá engripado, ou tem um outro problema aí, uma coisa. Tem doença que tem cura, né, tem umas que a gente sabe que não, né, essas sim são as mais tristes, mas eu acho que aquilo tudo que tem solução, aquilo é uma temporada, passou, não tem mais. (Amanda, 28a)

Doença é a pior coisa que tem, acho que doença é que a gente mais se preocupa é com a doença, por que o resto sempre a gente dá a volta por cima né. (Dilma, 71a)

Que que é doença? Acho que talvez doença é tipo, esses casos mais graves, ou casos que de repente não tem cura. (Letícia, 35a)

A doença, doença é dor, é sofrimento. (Maria, 58a)

Para esse grupo, estar doente impossibilita a realização do trabalho cotidiano. As doenças também são categorizadas como passageiras, no caso de uma gripe, ou incuráveis. Entre as doenças incuráveis está o *câncer*, referido como motivo de tristeza e preocupação. A possibilidade de algum membro da família ser diagnosticado com câncer, *apavora* as interlocutoras. De acordo com Langdon (1994, p. 8), “a doença é mais que um conjunto de sintomas físicos observado numa realidade empírica, ela se torna um conjunto de experiências associadas por redes de significados e interação social. Neste sentido, toda a doença tem seu caráter individualizante”.

Uma pesquisa realizada com mulheres com câncer de mama, que participavam de um grupo de apoio, na Bahia, encontrou que a percepção do câncer, em sua maioria, é associada a sentimentos negativos. Isso ocorre devido a imagem negativa, geralmente associada com a morte, ligada ao câncer, devido aos poucos recursos que havia para o tratamento há algum tempo atrás e aos altos índices de mortalidade (MARTINS; OURO; NERI, 2015).

O diagnóstico de Inês e Paulo, que estão em tratamento em decorrência dos cânceres de mama e de pele, respectivamente, também aponta em como essa doença é percebida por diferentes pessoas no contexto social. Os depoimentos de Paulo, e sua esposa Viviane, demonstram como o grupo percebe a morte biológica e a morte social.

Elas não me falavam, as pessoas tinham falado com essa pessoa, um dia eu encontrei um cara que, assim, meu amigo, assim, conheço, e nós conversando ali, ele disse: “pois é, esses dias me disseram que tu tinha quinze dias de vida”. Agora o meu irmão foi anteontem e já perguntaram lá

pra ele se eu estava mal de novo, diz que andaram falando lá que eu estava em crise de novo, que estou muito mal. (Paulo, 38a)

A preocupação deles não é com ele, se está bem, não sei, não dá nem pra explicar, porque ao invés de se preocupar com a saúde da pessoa, eles se preocupam se está recebendo, é a primeira coisa. “Mas está recebendo?” Tá, mas o que isso tem a ver com a saúde? Se está recebendo é um direito dele. (Viviane, 40a)

Ter o diagnóstico de câncer, nesse contexto social, está vinculado ao indivíduo com uma doença incurável. Tanto Inês, quanto Paulo relataram que, apesar de estarem em tratamento, muitas pessoas referem-se a eles como portadores de uma doença que resultará em morte. Já para outras pessoas, eles aparentam boa saúde e, portanto, não deveriam estar recebendo o benefício do auxílio-doença, e sim trabalhando.

Conforme Helman (2009, p. 40), em praticamente todas as sociedades, o corpo é dividido em *capaz* e *incapacitado*. Essas “definições variam entre diferentes grupos sociais e culturais, assim como os significados atribuídos a esses rótulos particulares”. Essa definição proposta pelo autor, aproxima-se ao poder trabalhar e não trabalhar no grupo investigado nessa pesquisa.

As condições de saúde e doença permeiam o cotidiano familiar, fazendo com que os agricultores deixem de realizar algumas atividades. As situações de adoecimento influenciam na divisão de trabalho entre os integrantes da família, o que muitas vezes impossibilita o desenvolvimento de alguma função, a qual necessita ser realizada por outra pessoa, como nos relatos a seguir com a participação do marido e do filho.

Às vezes, o meu marido me ajuda dentro de casa, hoje me ajudou a sovar pão, com a máquina também, que não consigo [...]. De manhã não paro, tenho muita coisa para fazer na rua [...]. Nós almoçamos meio-dia, aí me deito um pouco, né, no verão mesmo eu sou obrigada a me deitar meio-dia, uma hora por aí, para ficar com as minhas costas retas. (Iasmim, 34a)

O M. (filho) lava a louça, ele lava a casa para mim, a sala assim, essas coisas. Agora a janela eu disse eu não posso lavar, não é para espichar os braços, o que eu vou fazer? Esses dias, lá na frente, o César (marido) lavou a janela. Aí esses dias eu lavei os vidros por dentro e por fora, onde eu alcancei, onde meu braço dava, e aí o resto o M. (filho) lavou, o banheiro também é ele que limpa. É, eu arrumo a roupa (na máquina de costura), remendo, boto um remendo, boto fecho, boto botão. (Eduarda, 57a)

Em decorrência das situações de adoecimento, impedindo que essas pessoas desempenhem suas atividades laborais cotidianas, outros integrantes do núcleo familiar exercem algumas tarefas. Na fala de Iasmim, é relatada a participação do seu esposo, em atividades exercidas prioritariamente por mulheres nesse grupo investigado, como o preparo da comida, pois seu desempenho ficou comprometido

em decorrência da limitação física imposta pela doença. Na situação relatada por Eduarda, seu filho M., de 14 anos, auxilia na realização de algumas tarefas cotidianas, além de se responsabilizar por algumas funções exercidas anteriormente por ela, as quais deixou de executar em decorrência das dores da coluna. Esporadicamente seu esposo também auxilia no compartilhamento das tarefas anteriormente exercidas por Eduarda.

O estudo realizado por Fernandes e Boehs (2010), com famílias rurais, residentes em município do Médio Vale do Itajaí, Santa Catarina, também identificou que na presença da doença, o cuidado familiar se mostra como elemento articulador do sistema familiar de saúde. Alguns papéis são (re)negociados entre os núcleos das gerações mais jovens e mais velhas na família rural, entre eles o papel de cuidador.

Segundo Assunção (2003), a saúde e o trabalho estão amplamente relacionados, visto que a maioria das atividades realizadas demanda esforço físico, e a enfermidade impossibilita a realização do trabalho. Para Woortmann (2006), a relação entre saúde e comida articula-se com trabalho, pois a doença é vista como um estado do organismo que não permite o trabalho. Entre as famílias rurais investigadas, a doença é percebida como algo que dificulta ou impede as atividades laborais, necessitando ser desempenhadas por outros membros.

Durante a pesquisa de campo, foi possível observar diferentes situações de adoecimento, que interferiram no cotidiano de trabalho familiar, como nos casos de Iasmim, Eduarda e Neldo, devido a doença na região da coluna, e de Inês e Paulo, que estão em tratamento em decorrência dos cânceres.

Em 2013, Paulo foi diagnosticado com câncer de pele e teve que dar início a diversos tratamentos, como cirurgias, quimioterapia e radioterapia, além das consultas de acompanhamento e realização de exames periódicos. Diante disso, a família mobilizou-se para o cuidado, e, apesar de seus pais e a maioria dos seus irmãos permanecerem residindo no meio rural, Paulo, sua filha E. e sua esposa Viviane necessitaram morar, por um período de aproximadamente um ano, na cidade de Canguçu, em decorrência dos tratamentos realizados em Pelotas. Com isso, Paulo e sua família descontinuaram a produção de fumo na propriedade, passando a depender do auxílio-doença previdenciário. Além disso, para ajudar nos gastos, sua filha vendia bombons no colégio.

Atualmente Paulo está em acompanhamento nos serviços de saúde, tendo como principal fonte de renda o benefício do auxílio-doença. Como consequência da doença, sua rotina de trabalho e a produção da propriedade modificaram-se, pois,

anteriormente, a família cultivava fumo, e, hoje, dedica-se à produção e comercialização de queijos, ofício que Paulo aprendeu com sua mãe Eduarda, e que atualmente auxilia na renda mensal do casal.

É, os dois vão, tiram leite. Um vai para as vacas, o outro vai dar milho para as galinhas e ela (esposa Viviane) vai lá soltar as vacas. A rotina que a gente tem agora é essa, não tem outra coisa. Agora os queijos são comigo, de primeiro os dois faziam, porque tinha outras coisas, e daí quem estava na volta ali fazia. (Paulo, 38a)

As situações de adoecimento repercutem na estrutura e organização do núcleo familiar, como referido no depoimento de Dilma:

Se tem uma casa com uma pessoa doente, parece que tudo vai mal. (Dilma, 71a)

Quando há um integrante doente na família, essa une-se para a realização do cuidado e a redistribuição das atividades laborais na propriedade, devido ao menor número de membros da família. Além disso, em algumas situações, conta-se com a participação de vizinhos.

Um cuida do outro. (Iasmim, 34a)

Porque o N. (esposo) caiu de moto, tirou o ombro do lugar. Isso então foi uma mobilização aquele final de semana, né, todo mundo foi ali no pronto socorro [...], daí todo mundo se cuida uns aos outros. (Lia, 39a)

Quando ganhei meu terceiro filho, minha vizinha me cuidou no hospital. (Siderlei, 56a)

Olha, foi como ela (referindo-se à filha que morreu aos 28 anos em decorrência de câncer de colo de útero) sempre dizia, ela sempre queria a mãe por perto, né, mas a minha outra filha, minha nora, todo mundo ajudou a cuidar, mas o pai ela sempre dizia, que ele tem que trabalhar, né. O pai ficava muito mais em casa assim, trabalhando, que tem que ter dinheiro também. Mas todo mundo pegou parêlho, todo mundo ajudou ela. (Olívia, 57a)

O depoimento de Olívia demonstra a participação dos integrantes da família, no processo de cuidado em situação de padecimento, assim como a importância de manter a renda familiar nesse momento, pois o dinheiro também é importante. Como já discutido no capítulo 2, as famílias afirmam que *na colônia tu tem comida, mas não tem dinheiro*, o qual consideram importante para suprir as necessidades da família, principalmente em situação de adoecimento, como o deslocamento para outro município, ou quando consideram necessário pagar pelo atendimento no serviço privado de saúde. Nesse caso, Olívia também referiu sobre o apoio de outras pessoas vinculadas a comunidade, enquanto sua filha esteve internada em Pelotas. A rede de cuidado entre as famílias rurais permite a mobilização de pessoas em outras cidades.

De acordo com Menéndez (2009, p. 52), na divisão de trabalho no grupo familiar, a mulher, no seu papel de mãe/esposa, é quem faz cargo do processo saúde/doença/atenção (s/d/a) dos membros do grupo. “A mulher é encarregada de diagnosticar o padecimento, de gerenciar, portanto, indicadores diagnósticos, de avaliar a gravidade ou leveza da doença”. “Será ela que implementará os primeiros tratamentos”. Entre as famílias rurais, a responsabilidade pelo cuidado da família, na maior parte, é da mulher/mãe, porém, em muitos momentos, é compartilhada com outros integrantes, como esposo, filhos, irmãos e avós.

Ah, a gente cuida um do outro, né, tem que cuidar um do outro, senão, não dá, né. (Olívia, 57a)

É acho que talvez eu sou mais aquela que pergunta, estão tomando suco todos os dias, estão se cuidando? (Lia, 39a)

É geralmente a mulher, sei lá, ela parece que vê, né, tem que ser assim, como é que tem que ser, né, tem que cuidar melhor, geralmente parece que o homem é mais assim: “ah, isso não precisa”. (Olívia, 57a)

O meu marido é daqueles que eu sempre tenho que fazer campanha pra ele ir no médico. Eu que levo todo mundo no dentista, desde criança, eu tinha quatro (filhos) pequenos, então era um monte, era comigo, saúde tudo comigo. (Maria, 58a)

Os filhos dependem de mim para os chás, eu sei para que servem. (Siderlei, 56a)

Segundo Menéndez (2009, p. 56-57), “os grupos domésticos desenvolveram estruturalmente o que hoje se denomina de *cuidador*, ou seja, aquele membro do grupo que cuida especialmente das crianças e dos idosos em sua vida cotidiana”, incluindo o cuidado de pessoas durante suas doenças. O papel do cuidador também recai sobre a mulher e faz parte das atividades de autoatenção que compõem o processo saúde/doença/atenção (s/d/a).

Para realização do cuidado familiar, as famílias identificam um indivíduo ou mais membros, que irão realizar o cuidado a pessoa que necessita, como no relato a seguir, no qual Ivete refere-se à organização do cuidado realizado por ela, seu irmão, e demais familiares ao pai, em situação de terminalidade.

Nós fazíamos assim, de noite, depois, quando ele estava ruim, um fica até a 1 ou 2 horas da manhã, aí o outro dormia um pouquinho, de noite ele (referindo-se ao irmão) e a minha cunhada, aí depois eu e meu marido levantava, a gente sempre se revezava [...]. Durante o dia tinha a irmã da mãe, a tia S., ela e a mãe ficavam durante o dia, né. De dia sempre tinha uma vizinha, eles cuidavam do pai durante o dia, de noite então elas descansavam aí íamos nós. Durante o dia, a gente ficava na lavoura, a gente trabalhava na lavoura e aí de noite cuidava o pai, passamos 11 dias nessa função de não poder dormir de noite, 11 dias que ele ficou mal mesmo. (Ivete, 50a)

De acordo com Carvalho, Cavalcanti, Almeida *et al.* (2008), o cuidar do outro segue social e pragmaticamente arraigado no universo feminino. As mulheres continuam a assumir majoritariamente as tarefas básicas de cuidado, mesmo quando participam da produção de bens de troca. Segundo o enfoque culturalista, isso decorre do fato de que a socialização primária para papéis masculinos e femininos seria a responsável pelas diferenças psicológicas entre homens e mulheres em termos de predisposição e competência para o cuidado. Todavia, há outras formas de atribuir exclusivamente à influência do ambiente social ou à transmissão cultural as diferenças entre os gêneros em termos de propensão ao cuidado. Um dos processos básicos de constituição de identidade de gênero e de transmissão cultural é a identificação com modelos.

Identificando-se com figuras femininas relevantes de seu entorno social, a menina tenderia a assimilar seus valores, suas práticas e seus papéis, constituindo-se como pertencente ao gênero feminino, perpetuando esses valores, práticas e papéis, o mesmo processo ocorreria com os meninos e seus respectivos modelos (CARVALHO; CAVALCANTI; ALMEIDA *et al.* 2008, p. 438).

Para as autoras, “uma das maneiras de interpretar a prevalência de mulheres no papel de cuidadoras é em termos da posição social subordinada das mulheres, fenômeno recorrente pelo menos desde as sociedades agrícolas e pastoris da Antiguidade”. Devido à posição inferior na hierarquia social, às mulheres eram imputadas tarefas menos valorizadas socialmente, por não serem produtoras de valor de troca, ou reciprocamente, completando uma circularidade de significados culturais (CARVALHO; CAVALCANTI; ALMEIDA *et al.*, 2008, p. 440).

O caso da família de Dilma (Figura 30), descrito a seguir, ilustra a necessidade de reorganização familiar, em decorrência da situação de adoecimento de três membros (Neldo, Dilma e Inês), os quais residem juntos.

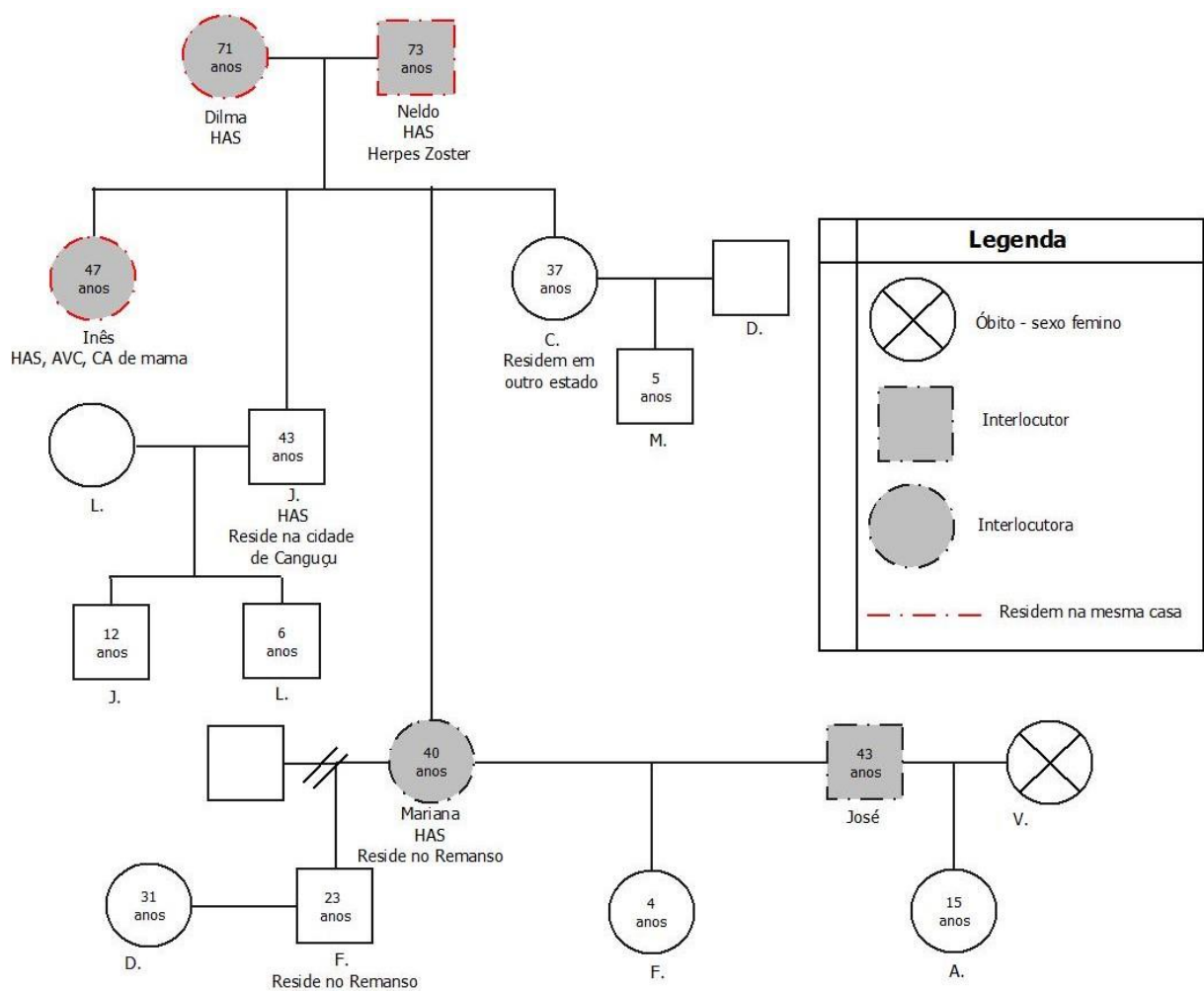


Figura 30 – Genograma da família de Dilma (Família 7). Canguçu (RS).

Em decorrência da doença, Neldo não consegue mais dirigir seu carro, ficando esse a disposição de um motorista habilitado, geralmente seu genro José, para levá-los aos serviços de saúde, localizados nas cidades de Canguçu e de Pelotas. Os cuidados demandados por Neldo, Dilma e Inês, faz com que seu genro José, necessite frequentemente reorganizar suas atividades laborais para deslocar-se com eles até Canguçu ou Pelotas. Nessa reorganização, algumas tarefas desempenhadas por José, são assumidas por sua esposa Mariana e/ou seu enteado F..

Terça de noite que eu fui lá, busquei o Neldo pra cá, ficou aqui, aí na quarta de manhã fui lá levar ele pra casa, tinha queimado o chuveiro lá (da casa de Neldo), tive que trocar, voltei pra casa, jantei, peguei o caminhão e fui pra feira. (José, 43a)

Geralmente a Inês ela faz (tratamento em Pelotas), tem que levar ela numa quarta-feira, então esses dias mesmo, eu tinha que levar ela e a Rute tem que ficar para colher as verduras (que serão vendidas na feira), ela não pode sair. A mãe (Dilma) dela (Inês) tem que ir junto com ela né, para acompanhar ela, aí fica o pai (Neldo) dela sozinho, aí foi tentado até outros para levar né, porque a Mariana iria ficar lá com o pai dela. (José, 43a)

Como a distância, de aproximadamente oito quilômetros, entre as propriedades de Mariana e de Dilma, dificulta o acompanhamento presencial diário, o qual é substituído pelo contato telefônico, pois Mariana não dirige carro, nem motocicleta. Diante das frequentes demandas por atendimentos de saúde, Mariana e José identificam a necessidade de Dilma, Neldo e Inês, de residirem mais próximos da sua propriedade, ou na cidade, onde o irmão de Mariana, J., poderia dar suporte. A mudança da família de Dilma para a cidade facilitaria os deslocamentos para os atendimentos aos serviços de saúde, apesar disso, nenhum dos três demonstra interesse em sair do meio rural.

O caso descrito anteriormente demonstra as dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de adoecimento no rural, pois o acesso à maioria dos serviços fica restrito ao espaço urbano, demandando o deslocamento de carro, no caso dessa família. Nesse contexto, o indivíduo doente, residir no meio urbano, propicia um melhor acesso aos serviços de saúde, pois a estrutura do rural não facilita esse processo.

Para as famílias rurais, a saúde decorre de diferentes fatores, estando relacionada ao cuidado à saúde e às práticas cotidianas realizadas no contexto sociocultural. Nesse cenário, ter saúde também implica em poder trabalhar e realizar as atividades de lazer. A doença é um dos principais motivos de preocupação entre as famílias, além de impossibilitar a realização do trabalho cotidiano. As situações de adoecimento influenciam na divisão de trabalho entre os integrantes da família, o que muitas vezes impossibilita o desenvolvimento de alguma função, a qual necessita ser realizada por outro membro. Nesse contexto, a responsabilidade pelo cuidado da família, na maior parte, é da mulher/mãe.

4.5 As práticas de autoatenção e a inserção da enfermeira

Para Menéndez (2009), a autoatenção integra um processo dinâmico entre diferentes saberes e formas de atenção. É uma atividade constante, desenvolvida a partir dos próprios sujeitos e grupos, constituindo uma das atividades básicas do processo saúde/doença/atenção, analisadas em dois níveis, o **amplo** e o **restrito**.

O **nível amplo** refere-se aos modos de autoatenção necessários à garantia da reprodução biossocial em nível dos microgrupos, se refere principalmente a atividades da vida cotidiana do grupo doméstico, e que são realizadas de acordo com objetivos e normas de cada cultura. Nesse sentido, encaixam-se desde a prevenção

das enfermidades até as medidas de higiene, nos diferentes termos prescritos pela própria cultura. O **nível restrito** diz respeito a significados e práticas aplicadas intencionalmente ao processo saúde/doença/atenção, buscando a prevenção, diagnóstico, acompanhamento, tratamento e cura (MENÉNDEZ, 2009).

A partir dessa perspectiva, podemos pensar as práticas de cuidado, realizadas pelas famílias rurais nos dois níveis de autoatenção e a interface com a inserção que a enfermeira deveria ter nesse espaço (Figura 31). No nível **amplo** está a alimentação, desde o cultivo até o preparo; o acesso a água; os cuidados com o ambiente no qual vivem; e as relações – familiares, vizinhos e comunidade religiosa. No nível restrito estão as práticas empregadas no processo saúde/doença/atenção, como a utilização de serviços do sistema formal de saúde e dos espaços de cuidado do sistema informal. É importante destacar que não há uma delimitação entre algumas práticas do nível amplo e restrito. A alimentação, a religiosidade, o grupo da OASE e as plantas medicinais percorrem ambos os níveis de autoatenção.

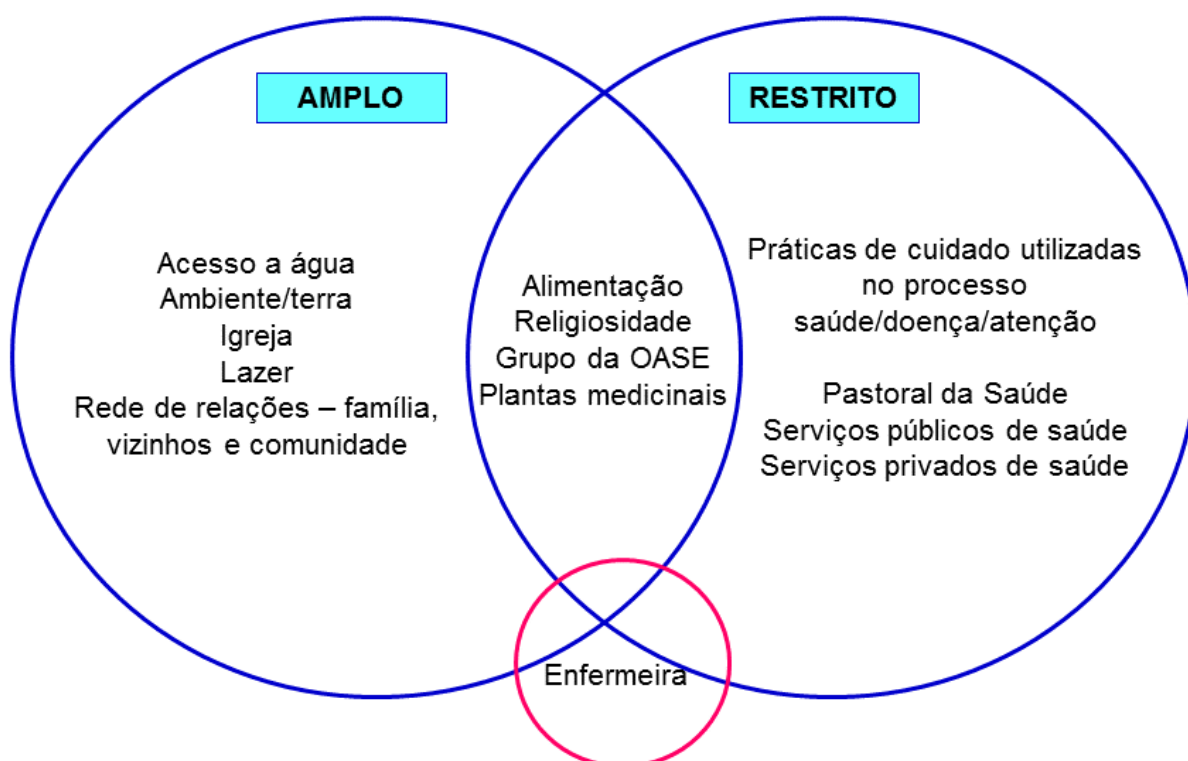


Figura 31 – Autoatenção ampla e restrita entre as famílias rurais e a inserção da enfermeira, a partir da perspectiva de Menéndez. Canguçu (RS).

Para que a enfermeira atue no meio rural, realizando o cuidado integral ao indivíduo, família e seu grupo social, é necessário compreender as práticas de cuidado utilizados nos diferentes níveis de autoatenção e seu contexto, conforme ilustrado na figura 31.

O cuidado realizado pela enfermeira, é influenciado por diversos fatores: em como foi cuidada no seu contexto familiar; pela formação acadêmica; pelo sistema oficial de saúde; pelas políticas governamentais de saúde; entre outros. A formação acadêmica da enfermeira está inserida no modelo biomédico, enfatizando a doença, porém há necessidade de mudança dessa perspectiva. Para realização do cuidado integral, é imprescindível que a profissional considere as diferentes práticas de cuidado utilizadas pela população, e não apenas as aprendidas no decorrer da sua formação acadêmica.

No Brasil, apesar das diversas políticas implementadas pelo Ministério da Saúde abordarem sobre a humanização, valorização do saber popular e a integralidade do cuidado ao indivíduo e sua família, contrapõem-se em diferentes momentos, com diretrizes e protocolos, com enfoque na doença. Esta visão compartimentalizada do indivíduo, com influência do modelo biomédico/cartesiano, aos poucos está mudando em alguns serviços de saúde, com experiências inovadoras de valorização do saber local no cuidado à saúde.

Nessa perspectiva, em 2006, o Ministério da Saúde implementou duas políticas, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). A PNPMF possui entre seus objetivos ampliar as opções terapêuticas aos usuários, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais (BRASIL, 2012c). Com o propósito de melhoramento do acesso aos serviços de saúde da população rural, assim como a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas, e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida, em 2011, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). No mesmo ano, por meio da Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro, o Ministério da Saúde instituiu a PNSIPCF no SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Alguns estudos (CEOLIN, 2009; BORGES, 2010; LOPES 2010; PIRIZ, 2013) realizados no meio rural, da região Sul do Rio Grande do Sul, identificaram o uso das plantas medicinais no cuidado à saúde. Esta prática deve ser considerada e valorizada pela enfermeira enfermeiro ao realizar ações de cuidado com a família e a comunidade, buscando aproximar o conhecimento científico do popular.

A valorização e a inclusão das plantas medicinais, assim como das demais terapias integrativas e complementares (TIC) no cuidado, possibilita a realização do cuidado integral e dialógico, partindo do saber do outro. É importante destacar a

necessidade de introdução, no decorrer da formação acadêmica, de outras temáticas, como as plantas medicinais, não se limitando em transmitir informações, mas articulando aos demais conhecimentos de enfermagem, contemplando o contexto do indivíduo e seu grupo social.

Nesse sentido, para realização de um cuidado à saúde dos indivíduos e das suas famílias, a enfermeira necessita conhecer o contexto cultural da comunidade acompanhada, compreender e valorizar o saber local, suas práticas de cuidado, que integram o sistema de cuidado à saúde.

A partir do que foi discutido e apresentado no decorrer desse capítulo, foi possível identificar, entre as famílias rurais, diversas práticas cuidados à saúde, realizados nas diferentes fases do ciclo de vida, os quais relacionam-se com o ambiente no qual as famílias rurais estão inseridas. Entre os cuidados realizados às crianças, estão os associados com a alimentação, que na infância deve ser *mais leve*. Além dos cuidados com a alimentação, foram referidos cuidados às crianças e aos adolescentes em relação às vestimentas adequadas às estações do ano, evitando, dessa maneira, adquirirem alguma doença. Durante o período de amamentação, para alguns interlocutores, há restrições alimentares à mulher, para outros, ela deve manter a alimentação habitual, não associando nenhuma repercussão ao bebê. As práticas de cuidado são repassadas, as crianças e aos adolescentes, nas ações cotidianas e pelo convívio familiar, e o ensino ocorre desde a infância, visando a replicação e perpetuação desse entre os integrantes do núcleo familiar.

As famílias referiram alguns cuidados durante os períodos gestacional e puerperal, principalmente relacionados as práticas alimentares e aos esforços físicos. Sobre as práticas alimentares durante a gestação, há pouca ou nenhuma mudança de hábitos. As atividades laborais cotidianas, durante a gravidez, ocorrem normalmente. Quanto a alimentação no período pós-parto, as mulheres tiveram relatos distintos, desde evitar alguns alimentos a nenhuma restrição nesse período. Práticas de cuidado em relação à higiene durante o período puerperal, como não tomar banho e suas possíveis consequências também foram referidas pelas mulheres. Além disso, há presença de membros da família na realização do cuidado à saúde durante o período gestacional e/ou puerperal.

Para as famílias rurais, saúde não é apenas ausência de dor, mas uma condição decorrente de diferentes fatores, sendo o significado associado às relações familiares e sociais. A saúde dos indivíduos e de suas famílias está diretamente

relacionada ao cuidado à saúde e às práticas cotidianas realizadas, relacionadas ao contexto sociocultural. Nesse contexto, ter saúde também implica em poder trabalhar e realizar as atividades de lazer.

A doença é um dos principais motivos de preocupação entre as famílias e está associada a *dor*, *sofrimento*, impedindo a realização do trabalho cotidiano. As condições de saúde e doença permeiam a rotina familiar, fazendo com que os agricultores deixem de realizar algumas atividades, quando em situação de adoecimento. Nesse contexto, a responsabilidade pelo cuidado da família, na maior parte, é da mulher/mãe.

As práticas de cuidados utilizadas pelas famílias são oriundas tanto do sistema formal⁴³, quanto informal⁴⁴, as quais são realizadas, muitas vezes, concomitantemente. Ao mesmo tempo que efetuam cuidados provenientes do saber familiar e do seu grupo social, também utilizam o conhecimento científico, repassado pelos profissionais de saúde.

A utilização dos agrotóxicos na produção dos alimentos, está associada a situações de adoecimentos. Nesse sentido, cultivar o alimento para o autoconsumo familiar está relacionado a poder controlar o que é produzido, sem a utilização do *veneno*, conhecendo sua procedência e suas repercussões no processo de saúde e doença.

Entre as famílias que utilizam agrotóxicos no cultivo do fumo, ocorre o uso parcial dos equipamentos de proteção individual recomendados, resultando em alguns relatos de intoxicação, como a presença de *veneno no sangue* e *febre forte pelas mãos*. Porém, os agricultores realizam algumas ações, como medidas de precaução, após a aplicação ou contato com os agrotóxicos como tomar banho ao retornar da lavoura e trocar a roupa molhada durante o turno de trabalho. Esses comportamentos, são percebidos como práticas de cuidado à saúde.

As práticas de cuidado à saúde, referidas pelas famílias rurais, integram atividades de autoatenção, com ações a partir de normas estabelecidas e reproduzidas pelo grupo, incluindo o cuidado à saúde e a prevenção de doenças, como o cultivo e preparo dos alimentos, a relação com o ambiente e com as pessoas, dentro e fora do seu contexto social. Sendo assim, a enfermeira deve considerar essas

⁴³ Estão inseridos nesse sistema todos os serviços ofertados pelo sistema oficial de saúde brasileiro; no caso, o modelo biomédico hegemônico, tanto público como privado.

⁴⁴ Estão compreendidos nesse sistema as diferentes práticas de cuidado familiar, religiosidade, espiritualidade, grupos de autoajuda e as demais pessoas que realizam o cuidado em saúde nos diferentes espaços, e que não estão incluídas no sistema formal de saúde.

práticas de à saúde dos indivíduos e das suas famílias, conhecendo o contexto cultural da comunidade acompanhada.

Capítulo 5 – O sistema de cuidado à saúde utilizado pelas famílias rurais

As práticas de cuidado à saúde estão inseridas no sistema de cuidado. Segundo Menéndez (2009), é a partir dos indivíduos que podemos registrar a diversidade de formas de atenção que utilizam e articulam, objetivando a redução ou a solução dos seus problemas.

Nesse capítulo será apresentado e discutido o sistema de cuidado à saúde utilizado pelas famílias rurais, e os diferentes espaços de cuidado e serviços de saúde utilizados, tanto no sistema formal de saúde quanto no sistema informal. Considerei sistema formal de saúde todos os serviços ofertados pelo sistema oficial de saúde brasileiro, tanto público como privado. Estão compreendidas, no sistema informal de saúde, as diferentes práticas de cuidado familiar, religiosidade, pastoral da saúde, grupos de autoajuda e as demais pessoas que realizam o cuidado em saúde nos diferentes espaços, e que não estão incluídas no sistema formal de saúde.

De acordo com Helman (2009, p. 79), o “sistema de cuidado em saúde de qualquer sociedade não pode ser estudado isoladamente dos outros aspectos, em especial sua organização social, religiosa, política e econômica”. Para o autor, ao examinar o pluralismo dos cuidados em saúde, é importante investigar os aspectos cultural e social de cuidados de saúde disponíveis.

As famílias rurais utilizam diferentes práticas de cuidado à saúde, realizando-as simultaneamente, tanto as incorporadas nos diferentes espaços do sistema informal, como nos serviços ofertados pelo sistema formal, como por exemplo, a associação das práticas religiosas, com as plantas medicinais, enquanto estão realizando tratamento alopático de uma doença diagnosticada pelo médico.

Ao serem questionadas sobre a primeira escolha de cuidado realizado, as famílias rurais referiram que dependeria de cada situação. Quando a família entende que o sintoma ou doença apresentado é considerado *mais simples*, iniciam com o cuidado familiar, indagando, quando necessário, sobre os cuidados aos familiares próximos, como pais e avós, e realizam cuidados utilizando produtos caseiros, a partir de plantas medicinais.

Eu acho que todo mundo deveria ser assim, primeiro não procurar o médico, né. Procurar tentar se curar com chá primeiro, tem gente que não acredita mais. (Iasmim, 34a)

Quando julgam necessário, vão à Unidade Básica de Saúde (UBS) da localidade Santa Clara⁴⁵. Outra opção é buscar auxílio no pronto atendimento ou no pronto-socorro na cidade. Porém, se consideram o caso como mais grave, procuram atendimento médico privado na cidade, assim como a realização de exames laboratoriais. A presença de *febre*, de *infecção*, o desconhecimento da causa da doença, ou a não resolução do problema com os cuidados domiciliares realizados pela família são alguns dos indicadores sobre a necessidade de se procurar auxílio nos serviços ofertados no sistema formal de saúde.

Acho que, se é um troço mais simples, a gente inicia com os produtos caseiros. Se agrava mais, aí a gente procura o médico. (Dilma, 71a)

Primeiro, se dá pra fazer em casa, eu faço chá, tomo um remedinho aqui, outro ali, mas se não ajudar, a gente vai procurar recurso em Canguçu, aí tem que fazer alguns exames. (Eduarda, 57a)

Vai no posto se precisa, mas claro que primeiro tenta o que dá, o que dá em casa. (José 43a)

Primeiro sempre usa um chá, tem que tentar primeiro. Só que, claro, no momento que tu vê que é uma infecção, que é uma coisa assim, que não dá muito pra esperar, aí procura um médico bom. A gente vai no posto de saúde, mas assim quando é uma coisinha, agora quando já é uma coisa mais grave aí vai no médico particular. (Lia, 39a)

Depende, quando aparece febre, eu vou para o médico, eu tenho muito medo dessas coisas assim, principalmente com a I. (filha de 9 anos), se dá febre, depende também a quantidade de febre. Agora mesmo, há poucos dias a gente teve gripe assim [...], eu e ele (esposo), os dois juntos, aí também ele teve muita febre, aí a gente foi logo para o médico. Fomos no pronto atendimento [...]. (Paula, 31a)

Uma diarreia, um vômito, a gente faz primeiro um chá, pra ver se passa, mas se é uma coisa que a gente não sabe, a gente logo procura mesmo um médico, se a gente não sabe o que é que pode ser, aí a gente vai no médico pra ver, uma pessoa que entende. (Maria, 58a)

Após acompanhar a evolução da doença e avaliar a gravidade dos sintomas, a família decide quais práticas de cuidado serão utilizadas. Assim como entre as famílias rurais investigadas de Canguçu, um estudo (CEOLIN; HECK; BARBIERI *et al.*, 2014) realizado com agricultores de base ecológica de quatro municípios da região Sul do Rio Grande do Sul, identificou-se que os participantes recorrem inicialmente ao cuidado familiar, para depois buscar assistência no sistema formal de saúde.

⁴⁵ A UBS da localidade da Santa Clara dispõe de profissionais de saúde – enfermeiro, médico e dentista –, com atendimento à população uma vez por semana.

As práticas de cuidado à saúde, para essas famílias rurais, envolvem diferentes saberes, tanto os oriundos do sistema formal, ou seja, do modelo biomédico hegemônico (público e privado), quanto do sistema informal de saúde – relação com o ambiente/terra; plantas medicinais; pastoral da saúde; alimentação, desde o cultivo até o consumo; e a rede de relações, composta pela família, vizinhos, comunidade religiosa –, integrando o sistema de cuidado à saúde, o qual é permeado pela religiosidade (Figura 32). Essas práticas estão presentes do cuidado familiar aos serviços biomédicos, não ocorrendo um fluxo único, mas utilizando-se dos diferentes espaços e serviços, de acordo com suas necessidades, exercendo a autoatenção em saúde.

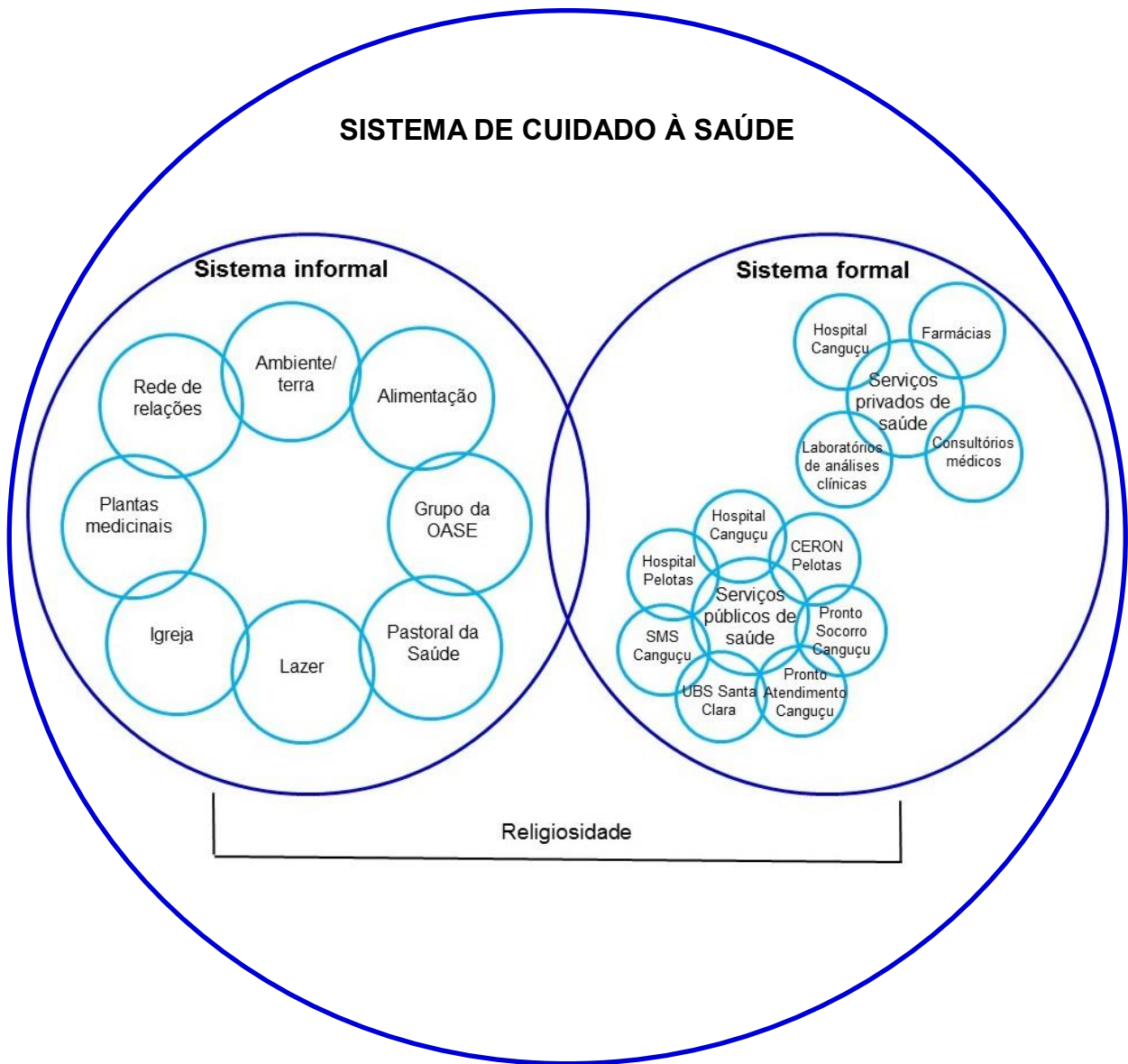


Figura 32 – Sistema de cuidado à saúde vivenciado pelas famílias rurais. Canguçu (RS).

O sistema de cuidado à saúde perpassa as ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. Nesse sistema, as diferentes práticas de cuidado, são influenciadas pela religiosidade, pois por meio da religião esse grupo estabelece suas relações.

As práticas de cuidado a partir da alimentação, como discutido no capítulo 4, perpassam, a relação com a terra-trabalho-saúde, desde a produção do alimento – tanto de origem vegetal, quanto animal –, até a preparação da comida que será consumida pela família.

Além do núcleo familiar, as famílias referiram outros espaços de cuidado, como a igreja, o grupo da OASE, a pastoral da saúde e os vizinhos. A igreja IECLB, nesse contexto, age como uma facilitadora, aproximando as relações entre os vizinhos, e as famílias da comunidade. Além disso, viabiliza atividades de lazer, como os jogos de futebol, que ocorrem nas festas das comunidades religiosas. A associação ambiente/terra, plantas medicinais e alimentação, também é intermediada pela participação dos membros da comunidade em capacitações –, proporcionadas por instituições vinculadas a IECLB –, assim como encontros sinodais (Sínodo), realizados uma vez por ano, com outras comunidades religiosas, nos quais são abordados esses temas.

No contexto das famílias rurais, a religiosidade tem importante impacto na vida cotidiana, fazendo parte da construção dos conceitos, valores e convívio social. Este vínculo com a igreja Luterana faz com que tanto as mulheres quanto os homens desempenhem funções na comunidade, participando das diferentes atividades, como o grupo de mulheres, referido também como local de cuidado à saúde. Além disso, quando há algum integrante da comunidade religiosa em situação de doença, essa se mobiliza para fornecer suporte no cuidado à família.

O pastor, a igreja e o grupo da OASE foram lembrados em relação aos cuidados à saúde. No que concerne ao pastor, esse costuma deslocar-se até a residência de algum integrante da comunidade religiosa que esteja enfermo, e, além disso, em outros momentos, como nos dias dos cultos, conversa individualmente com a pessoa que esteja passando por problemas.

A igreja é um bom espaço, sempre tem um conselho pra te dar, né, eu acho muito bom isso, é um lugar que eu me sinto bem. (Iasmim, 34a)

O grupo da OASE é um importante espaço de apoio às participantes. Quando alguma integrante do grupo está doente ou impossibilitada de deslocar-se para os

encontros realizados na igreja, as mulheres vão até sua casa, para o encontro mensal do grupo.

Muitas vezes estive doente em casa, estava de cama, elas vieram me visitar, me botaram pra cima. Muitas vezes eu chorava muito quando elas chegavam aqui, que eu não conseguia arrumar as coisas [...], aí elas me incentivam, que não é pra mim dar bola pra isso. Não é por isso que elas vão deixar de vir aqui, né! (Iasmim, 34a)

Nesses momentos aí a gente é muito apoiada. Aquela vez, quando o J. (filho) teve a depressão, elas (mulheres do grupo da OASE) sabem de tudo lá, eu desabafei. Naquele tempo era a pastora (nome), ela era muito boazinha, chegava na OASE e já perguntava. Um dia também tinha encontro sinodal da OASE, aí eu não fui, aí ela (pastora) me perguntou por que que eu não tinha ido, eu tive que dizer foi por motivo do J., e já comecei a chorar. Elas me escutavam, deixavam eu chorar bastante. Assim é o grupo da OASE, o que é contado lá dentro, fica lá dentro. (Eduarda, 57a)

Em um dos encontros, dos quais participei, em agosto de 2014, o grupo aconteceu na residência de Viviane, devido a visita que as mulheres gostariam de ter realizado após sua cirurgia, ocorrida em maio. Além disso, houve a comemoração do aniversário de sua sogra, Eduarda, que reside próximo. Em outro encontro do grupo, realizado na igreja, em setembro de 2014, o texto lido pelo pastor trazia uma reflexão sobre chorar. Ele falou que Jesus também chorava, e as pessoas não necessitavam ter vergonha desse ato. Esse texto fez com que muitas mulheres ficassem emotivas e duas integrantes expressaram seus sentimentos, referindo-se a perdas de familiares. Em diversos momentos, as mulheres mencionavam situações nas quais tiveram o grupo como espaço para compartilhar suas alegrias e desabafar tristezas, recebendo apoio emocional para os problemas enfrentados, auxiliando em sua superação.

Eu não tinha com quem me abrir, lá eu desabafava no ombro delas, chorava. Porque a gente ficou desesperada. As (mulheres) do grupo apoiam muito nesses momentos. (Eduarda, 57a)

O grupo da OASE também é um espaço, que a gente reparte as nossas alegrias e os problemas, quando se têm. Muitas vezes, as pessoas não precisam de tanto remédio, precisam de palavra, de ouvir. Todo mundo que vai lá (no grupo da OASE) se sente bem. (Lia, 39a)

O grupo da OASE mostrou-se um importante recurso da autoatenção utilizado pelo microgrupo social, sendo referido como um espaço de acolhimento, escuta e apoio.

Para as interlocutoras da região do 1º distrito de Canguçu, as benzeções são consideradas *superstição*.

Existir, eu acho que existe, mas não se usa mais porque eu acho que a benzedeira, ela é uma superstição e nada mais. (Lídia, 70a)

Na minha casa não tem superstição. Os pastores hoje em dia explicam como é, aqui na volta não existe benzedeira, só em Canguçu (cidade). Escuto propaganda na rádio, é uma baita frescura. Benzedeira, missionário, umbanda, não é com nós, aquilo é desperdício. (Siderlei, 56a)

Ninguém mais usa benzedeira, primeiro usava, antigamente usava, mas os padres são contra isso, os pastores, eles são contra. Inclusive a minha mãe benzia, e depois que ela entrou pra essa luterana ela agarrou e desistiu de tudo, porque a gente tem que ter fé em Deus. Troca de pastor, mas é sempre a mesma coisa, eles são contra. (Ilma, 70a)

Até eu tenho irmã que acredita nisso (benzedura) [...]. Meus sobrinhos foram e não adiantava benzer. Eu acho que tu fazendo uma oração, eu acho que é a mesma coisa, eu acho que tu pedindo sozinho em oração, eu acho que também chega. Eu respeito quem acredita. (Iasmim, 34a)

Ao serem indagados em relação a irem à benzedeira, as famílias relataram não frequentarem, assim como os demais integrantes da comunidade religiosa, ressaltando que não acreditam. Em diferentes depoimentos, foi referida a posição contrária da igreja, expressada pelo pastor, em relação à benzedura, reforçando que *tem que ter fé em Deus*.

Bahia (2011), encontrou dados diferentes na investigação realizada com descendentes de imigrantes pomeranos no Espírito Santo, os quais tratavam casos de doença através de simpatias e benzeções, sendo o ensinamento das benzedeadas repassado por algum membro da família que detinha esse conhecimento mágico.

As práticas de cuidado à saúde nesse contexto integram as relações entre os membros da comunidade e com os vizinhos. A partir da convivência com as famílias rurais, percebeu-se que o cuidado à saúde envolve relações, condutas e hábitos em busca de uma vida mais saudável, revelando a importância atribuída à convivência em comunidade. A rede de relações constituída por vizinhos, familiares, grupo da OASE, igreja, entre outros, foi referida por diferentes interlocutoras como algo importante no cuidado à saúde, como destacado no depoimento reproduzido a seguir:

A gente tem que se alimentar assim, com coisas saudáveis e também o convívio, com as amigadas, as pessoas que têm amigadas, ajuda na saúde, no todo, eu acho que é muito amplo isso. (Maria, 58a)

As relações sociais, de amizade e a boa convivência entre as pessoas foram referidas como componentes importantes para o cuidado em saúde, ajudando *na saúde, no todo*.

Assim como recorrem aos diferentes espaços de cuidado do sistema informal de saúde, as famílias rurais também utilizam os serviços – público e privado – ofertados pelo sistema formal de saúde. A escolha do serviço (público ou privado) irá depender da *urgência/emergência*, gravidade e das experiências anteriores.

Os exames que o V. (esposo) fez, a gente acabou pagando porque ele (médico) pediu, o ultrassom e o raio X. Por causa que a gente queria meio de urgência, né. (Letícia, 35a)

Foi dia 3 de dezembro que eu fiz a cirurgia (câncer de mama), descobri em outubro. O médico logo disse, quando eu desconfiei, eu logo procurei ajuda, na hora, e aí eu fiz a minha cirurgia, tudo particular. Tudo! Porque eu não podia esperar, eu sentia aquele caroço, dei jeito de tirar fora de uma vez, né. É, toda a mama eu tirei, e agora depois, aí eu quero fazer o implante no SUS. (Inês, 47a)

A gente vai no posto de saúde, mas, assim, quando é uma coisinha; agora, quando já é uma coisa mais grave, aí vai no médico particular. (Lia, 39a)

Só se é uma emergência que não dá (para esperar), senão a gente vai no SUS mesmo. Aí quando dá, a gente espera, só quando não dá, os exames a mesma coisa, o meu marido não dava, não aguentava de dor, não podia esperar e se tratou particular, mas aqui em Canguçu, os médicos lá em Pelotas também, mas sempre que dá pra esperar é tudo pelo SUS. (Maria, 58a)

Nunca fui na secretaria de saúde, sempre fui particular, tudo particular. Acho que é costume, a minha mãe também sempre se tratou particular, então acho que é costume, né, agora a I. (filha) procura muito a secretaria de saúde. (Ilma, 70a)

É que nem esses dias, aí eu tinha tanta dor (na coluna), que não conseguia nem me levantar [...], aí fomos no F. (médico particular) de novo, ele só trocou o remédio por um mais forte [...]. Por isso que às vezes a gente não tem como esperar pelo SUS. Dentista sim, essas coisas assim eu sempre levo. O meu marido vai ali no posto, meu filho é cuidado pelo posto ali também, a dentista que cuida dele. (Iasmim, 34a)

No depoimento de Inês, a escolha em realizar a cirurgia particular, foi em decorrência do diagnóstico de câncer e por considerar que *não podia esperar*. Como apresentado no capítulo 4, o câncer é uma doença que *apavora* as interlocutoras, considerada por muitos incurável.

No decorrer da pesquisa de campo, Amanda, uma das interlocutoras referiu não utilizar a maioria dos serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Canguçu, em decorrência de complicações no parto do seu primeiro filho, realizado pelo SUS, o que segundo ela resultou em problemas cognitivos, dificultando o aprendizado da criança na escola. Para Menéndez (2009), a decisão de consultar um curador profissional e algumas das atividades que se realizam depois da consulta constituem parte do processo de autoatenção.

Para as famílias as situações que demandam atendimento nos serviços de saúde que *podem esperar* e outras que *não podem esperar* pelo atendimento. Quando as interlocutoras consideram uma situação *urgente/grave*, não podendo aguardar pelo atendimento no SUS, utilizam os serviços privados de saúde, como nos relatos

anteriores. Já o tratamento dentário, como não é considerado *grave*, na maior parte das vezes, é realizado no sistema formal de saúde, no SUS.

Os dentes estão sendo tratados pelo SUS, eu uso bastante o SUS também. (Iasmim, 34a)

O K. (filho), claro, isso não é grave, aí levei ele na dentista. A dentista disse que ele tinha os dentes muito longe [...], teria que levar ele lá em Pelotas, pra botar um aparelho assim [...], no mínimo um meio ano pra eles marcar pra Pelotas. Aquilo não era uma coisa séria, mas aí depois de seis meses eles me chamaram pra levar pra Pelotas [...]. (Letícia, 35a)

A maioria dos atendimentos pelo SUS ocorre na cidade de Canguçu, e os encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade são feitos para cidades de referência nos serviços, como Pelotas ou, com menor frequência, Rio Grande. Em decorrência da distância e de haver somente um horário de ônibus, os moradores têm dificuldade para utilizar alguns serviços de saúde, como fisioterapia e realização de exames laboratoriais.

A dificuldade de deslocamento, dos moradores da área rural do 1º distrito de Canguçu, interfere no acesso aos serviços de saúde. No caso de Olívia, a dificuldade para andar, devido à artrose nos joelhos, resultou em indicação médica de fisioterapia, a qual não está realizando por dificuldades no transporte, pois há somente um horário de ônibus, pela manhã, e o valor é considerado elevado. O tratamento que realiza em casa é o uso de bolsa com água quente, para a dor, e fomentação à noite, com álcool e alho ou álcool com *nó de bambu*.

Os exames laboratoriais são agendados presencialmente, no início de cada mês. Após o agendamento, o usuário retorna para coleta, posteriormente para retirar o exame e, em outro momento, para mostrar o resultado ao médico. Esse fluxo faz com que muitas agricultoras paguem pela realização dos exames nos laboratórios privados, com isso não demandando tantos deslocamentos à cidade, evitando a perda de dias de trabalho.

Tem um dia específico só pra marcar, aí tu chega lá cinco horas da madrugada, a fila já está grande, e se passou da cota, aí não vai fazer. Muitas vezes sai mais barato tu pagar (particular), se tu vai de ônibus, quanto tu gasta, e de carro também, né. (Eduarda, 57a)

Isso que é ruim assim, fazer as coisas pelo posto, né. Às vezes tu perde um dia de serviço, aí tu vai, às vezes até prefiro pagar certas coisas. Que nem exame de sangue, às vezes é doze, treze reais, né. Aí uma passagem de ônibus aqui é mais de vinte, aí tu vai pra consultar, tu vai pra marcar, tu vai pra fazer e vai pra retirar, então tu já vai lá e faz de uma vez, né. (Mariana, 40a)

Quando preciso fazer exames, tem que ir de carro ou moto, porque o ônibus não chega a tempo. (Siderlei, 56a)

O exame de coleta do pré-câncer de colo uterino é realizado por algumas mulheres na SMS de Canguçu, já outras o realizam no serviço particular. Porém, exames de custo mais elevado, como a mamografia, são realizados pelo SUS, assim como a maioria das internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos.

Mas eu baixei duas vezes no hospital, uma vez do estômago, outra vez do braço. Pago a consulta particular, mas aí baixar no hospital é pelo SUS. (Eduarda, 57a)

Minha operação na vesícula, que eu tirei a pedra, foi tudo pelo SUS. Só às vezes, que, no último caso, que chega e não tem como ser atendido pelo SUS, que demora, tu sabe que demora um pouquinho, né, aí tu vai para o particular [...]. (Iasmim, 34a)

De acordo com a Política de Qualidade e Eficácia dos Cuidados de Saúde Rural, desenvolvida pelo Grupo de Trabalho de Medicina Rural (Working Party on Rural Practice) da WONCA, a população que reside no meio rural, quando comparada à população urbana, possui menos acesso aos cuidados oferecidos no sistema oficial de saúde (WONCA, 2013).

Apesar de muitas interlocutoras optarem pelo atendimento privado, reconhecem o alto custo dos serviços oferecidos, e que nem sempre há recurso financeiro para tal, como se constata nos relatos a seguir.

É, hoje em dia a gente vai no posto, tem os médicos particulares, mas nem sempre se tem dinheiro pra ir. (Viviane, 40a)

Um pouco também é falta de dinheiro. Se a gente pudesse pagar um médico particular, mas aí tudo sai caro, né. Esses tempos, quando nós levamos ele (esposo) por causa do labirinto, aí nós pagamos médico particular, mas nós estávamos sem dinheiro no bolso, né, aí o cunhado dele pagou a consulta, tinha dinheiro no banco e pegou, aí ele disse depois: “tu me dá o dinheiro, a hora que tu tem”. Pediram R\$ 220,00 pra consulta, porque não tinha sido agendada, tinha que agendar a consulta, mas como é que a gente vai adivinhar se vai adoecer. (Eduarda 57a)

É possível observar, na fala de Eduarda, que outros familiares auxiliam financeiramente, quando identificam a necessidade de atendimento no sistema privado, reforçando a importância do auxílio dos familiares nas situações de padecimento, seja com auxílio financeiro ou com a ajuda no cuidado. Na transcrição a seguir, Paulo relata sobre a impossibilidade de pagar o valor da cirurgia oncológica cobrado pelo médico, fazendo com que esperasse pelo atendimento no SUS.

O doutor (nome do médico) me disse: “Tu tem 90% de chance de cura, senão (o câncer) entra pra dentro, a hora que ele entrou num órgão, não tem mais o que fazer”. Eu disse pra ele, se Deus quiser que eu viva, eu pagando não vai me adiantar nada. Ele me pediu R\$ 10.000,00, mas se é pra eu viver, não adianta eu pagar dez mil ou sete, porque ele baixou pra sete. Nós não tínhamos, só se vendesse terra, ou sei lá o quê [...]. Eu penso assim, se é pra tu viver, não adianta tu pagar. Eu vou esperar na fila do SUS, doutor. Ele disse: “É, mas só fevereiro”. Se é pra viver, vamos viver, isso eu disse pra ele, mas eu sabia que fevereiro ele ia entrar de férias, ele não ia me fazer a

cirurgia em fevereiro, aí só atravesssei a rua ali (entre os serviços de saúde), fui fazer os papéis de baixa dia dezessete de janeiro, não dava nem um mês. (Paulo, 38a)

No depoimento, Paulo deposita sua possibilidade de cura em Deus, pois independentemente de pagar ou não pela cirurgia, será o desejo de Deus, que garantirá ou não sua recuperação e que continue vivendo. Além disso, esse relato exemplifica a mercantilização da saúde, por meio da cobrança indevida, pois apesar de estar acessando um serviço público de saúde, o profissional que prestou o atendimento, ofereceu a possibilidade de a cirurgia ser paga e com isso antecipar sua realização, além de informar ao usuário sobre a relação, entre a gravidade da doença e o tempo para intervenção, com sua sobrevida. Apesar disso, e por não ter condições financeiras para pagar o procedimento, Paulo decidiu aguardar pelo serviço do SUS, o qual considerou rápido, pois entre a data proposta pelo médico e a realização da cirurgia pelo SUS, o intervalo foi inferior a 30 dias. Segundo Martins, Eich e Martins (2012), a mercantilização da saúde, torna-se um obstáculo à garantia da saúde como direito humano fundamental, negando o direito ao acesso – universal, igualitário e equânime – ao sistema de saúde.

Ademais, é possível observar que ter o dinheiro para pagar pelo atendimento no sistema privado não é garantia de saúde.

É, às vezes, a pessoa tem o dinheiro e não consegue também se salvar, não consegue assim, como é que eu vou dizer, se é uma doença grave, né, nem com dinheiro tu não consegue ficar bom. A gente vê tanta gente que tem dinheiro e também acontece, né. Parece que não conseguiram ainda descobrir remédios pra muita coisa, né, que então não se compra, não dá pra se comprar, então aí tu ter dinheiro não adianta, né. (Olívia, 57a)

Para essas mulheres, muitas vezes, se a doença é grave, pagar pelo atendimento não resultará na cura, pois para muitos padecimentos ainda não há tratamento resolutivo, portanto *ter dinheiro não adianta*.

O relato de César, a seguir, ilustra seu entendimento quanto ao tipo de necessidade para procurar atendimento no pronto atendimento e no pronto-socorro de Canguçu. Para ele, a organização do serviço do pronto-socorro é identificada como adequada, por ser um espaço destinado a situações de urgência. Segundo o depoimento, o serviço é organizado de acordo com a gravidade, sendo cada usuário classificado por cores (verde, amarelo e vermelho), porém algumas pessoas não estão satisfeitas com a organização do serviço.

Agora tem muita gente que critica, porque eles (profissionais do pronto-socorro) têm três tipos de atendimento, aí é por cor, né, é o verde, o amarelo e o vermelho. Então, tem gente que reclama isso aí, mas se eles não fizerem assim, não tem como. Porque acho que pronto-socorro é para atender o que é emergência, né, por isso já é pronto-socorro. Senão passa para o pronto

atendimento, que no pronto atendimento também tem, se é um caso de mais pressa, é atendido primeiro, então acho que tá certo isso aí [...]. O pronto atendimento é lá embaixo, e o pronto-socorro é aqui em cima, no hospital. (César, 61a)

Essa organização do atendimento, com classificação de risco por cores, de acordo com a gravidade do usuário, vai ao encontro da estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), proposta desde 2004, pelo Ministério da Saúde (MS), como medida de intervenção frente à superlotação dos serviços de urgência/emergência. Por meio dessa organização, quando o usuário procura o serviço, tem sua queixa acolhida por um profissional de saúde, sendo classificado quanto ao risco, possibilitando menor espera nos casos de maior gravidade (BRASIL, 2004). Essa classificação é realizada mediante um protocolo clínico preestabelecido, o qual é proposto pelo MS, mas que deve ser adaptado às necessidades de cada serviço (BRASIL, 2009b).

O acesso às consultas médicas, na SMS, é considerado difícil necessitando muitas vezes, deslocar-se de madrugada para a cidade, visando assegurar uma consulta.

É, tem que sair bem cedo, tem que sair em volta de 4 ou 5 horas, depende do tempo que vai levar, né, aí vai pra fila. Tem que ir de carro, se vai de ônibus chega lá muitas vezes e não consegue pegar ficha, aí tem que esperar até o meio-dia, que eles dão ficha pra antes do meio-dia, aí espera até meio-dia, aí depois do meio-dia eles dão ficha de novo, pra de tarde até as cinco, né. (César, 61a)

Através dos depoimentos, é possível perceber que o sistema público de saúde de Canguçu não dá conta das necessidades dessas famílias rurais. Um estudo realizado por Gerhardt, Pinto, Riquinho *et al.* (2011) investigou a oferta e a demanda de serviços de saúde de Atenção Básica (AB) dos treze municípios da metade sul do Rio Grande do Sul, e demonstrou que Canguçu apresenta valores abaixo do esperado para a própria população em consultas básicas não urgentes.

De acordo com Menéndez (2009, p. 23), “as carências econômicas, a existência de doenças incuráveis ou ainda não curáveis, bem como a busca de soluções para males existenciais, levam a busca e frequente criação ou ressignificação das formas de atendimento”.

É relevante destacar que no decorrer da pesquisa de campo, ocorreu alteração nos atendimentos à população residente na localidade de Santa Clara. Inicialmente, as pessoas eram atendidas pelos profissionais de saúde (enfermeiro, médico e dentista) na unidade móvel de atendimento (ônibus adaptado), a qual se deslocava para a localidade semanalmente, às segundas-feiras. Com o passar dos meses,

houve a reforma da antiga escola, que estava desativada, para adequação de uma UBS, passando o atendimento a ser realizado no local. A UBS Santa Clara localiza-se aproximadamente 11 quilômetros da região central do Remanso, onde situa-se a igreja IECLB.

Em relação ao atendimento prestado por alguns profissionais médicos nos serviços de saúde do SUS, em Canguçu, há relatos de bons atendimentos, já em outros casos, há situações de pouca atenção aos usuários, sendo referida como inadequada, como no relato de Eduarda, comparando o atendimento oferecido na SMS e na UBS da localidade da Santa Clara. No seu relato, ela destaca alguns problemas, como a falta de privacidade em algumas consultas, sendo atendida com a porta aberta do consultório, a não realização o exame físico, *eles não te tocam*, e o pouco tempo destinado pelo profissional para cada usuário, dificultando a explicação do problema que o levou a buscar o atendimento.

Eu acho que tinha que ter um melhor atendimento. Tu vai num posto de saúde de Canguçu (SMS), tu abre a porta, eles: “O que foi?”. Já tão escrevendo, fazendo receita, eles não te deixam nem explicar o que que tu tem, e aí eles não te examinam, eles não te tocam, eu acho que isso aí podia ser, atendiam de porta aberta, muitas vezes tu não conseguia nem sentar pra ser atendido. Agora tem uns que já examinam mais, já te dão mais atenção, essa mesmo que tem aqui em cima (referindo-se à médica que atende na UBS da Santa Clara), ela dá bastante atenção, ela leva uma meia hora pra ter a consulta com a gente. Aqui é bem melhor. (Eduarda, 57a)

A seguir, a fala de Olívia, refere-se ao atendimento prestado a uma de suas filhas, reforçando o depoimento de Eduarda sobre a pouca disponibilidade, por parte do profissional médico do serviço, em realizar o exame físico.

Então eu acho uma coisa muito errada também, tu vai nos postos (de saúde), aí geralmente o doutor conversa contigo, te olha, mas ele não te examina [...]. No pronto-socorro, geralmente é muito raro te examinar. Que nem o caso da minha filha, né, como a gente correu por ela, o que diziam pra gente, ela não tem nada, e isso é normal. Ela menstruava muito, né, isso é normal, e no final que ela não aguentou mais. Quando ela foi fazer a cirurgia, aí já era tarde. Quem sabe se quando ela começou a sentir, que ela sentia tanta dor cada vez que ela menstruava, tivesse operado ela nova, né, não tinha acontecido isso, mas foi levando, né, com tratamento, e quando foi, não deu mais. (Olívia, 57a)

Nesse depoimento Olívia relata brevemente a trajetória da filha, pelos serviços de saúde, a qual faleceu em 2010, aos 28 anos, em decorrência de câncer de colo uterino. A interlocutora questiona-se sobre que, se o diagnóstico do câncer tivesse ocorrido precocemente, talvez sua filha tivesse superado a doença.

O tratamento oncológico realizado por Paulo, ocorria nos serviços de saúde em Pelotas, demandando uma organização para o deslocamento até Canguçu e depois para Pelotas. Em decorrência do tratamento, possui prioridade em Canguçu para fazer

os exames. Em diversas ocasiões, no decorrer da sua fala, referiu que sempre recebeu um bom atendimento no sistema público em Pelotas – hospitais e Centro de Radioterapia e Oncologia Santa Casa de Misericórdia de Pelotas (CERON) –, e que os profissionais de saúde lembram-se do seu nome sempre que retorna para algum atendimento. “*Lá te tratam que nem gente, aqui em Canguçu é que nem bicho*” (Paulo, 38a).

A fala de Paulo, comparando o atendimento dos profissionais de saúde entre os dois municípios, ilustra como muitas vezes o usuário dos serviços de saúde é assistido, sendo descaracterizado, desprovido da sua identidade, visto como uma patologia, não como uma pessoa em situação de padecimento, a partir de uma visão compartimentalizada do indivíduo. Referir-se a ele pelo nome, faz com que se sinta acolhido.

De acordo com Siqueira, Barbosa, Brasil *et al.* (2006), a concepção mecanicista do modelo biomédico ainda é marcante na área da saúde. Embora atualmente menos enfático, este modelo leva os profissionais a se concentrarem apenas na máquina corporal e negligenciarem outros aspectos determinantes do processo saúde-doença. Segundo Pinheiro e Luz (2007), este modelo representa a racionalidade científica moderna, realizando um enfoque compartimentalizado, tanto da natureza (objeto) como do sujeito, o qual é dividido em partes, que são vistas pela ciência como peças fragmentáveis, sendo a razão hierarquicamente superior, separada dos sentimentos.

As famílias rurais utilizam diferentes práticas de cuidado, principalmente de autoatenção, constituindo um sistema de cuidado, que inclui o sistema informal e formal de saúde, muitas vezes realizadas simultaneamente. A primeira escolha de cuidado realizado pelas famílias depende de cada situação. Quando consideram o sintoma ou doença apresentado é *mais simples*, iniciam com o cuidado familiar, porém quando julgam necessário, procuram os serviços públicos de saúde e nos casos de maior gravidade, o serviço privado.

Além do núcleo familiar, as famílias referiram outros espaços de cuidado, como a igreja, o grupo da OASE, a pastoral da saúde e os vizinhos. A maioria referiu adotar as plantas medicinais como primeira escolha de cuidado, utilizando tanto as plantas medicinais *in natura*, como os produtos adquiridos na Pastoral da Saúde. O saber sobre as plantas medicinais, predominantemente origina-se do ambiente familiar. No contexto das famílias rurais, a religiosidade tem importante impacto na vida cotidiana.

Entre as famílias rurais, a religiosidade perpassa o sistema de cuidado, por meio da rede de relações, atividades de lazer, relação ambiente/terra, plantas medicinais e alimentação. A igreja, o pastor e o grupo da OASE fazem parte dos cuidados à saúde. O grupo da OASE mostrou-se um importante recurso da autoatenção utilizado pelo microgrupo social, sendo referido como um espaço de acolhimento, escuta e apoio. Para esse grupo, a rede de relações constituída por vizinhos, familiares e comunidade religiosa, é referida como algo importante no cuidado à saúde.

Ao recorrerem ao sistema formal de saúde, a escolha do serviço, – público ou privado –, irá depender da gravidade e das experiências anteriores. A maioria dos atendimentos pelo SUS ocorre na cidade de Canguçu, e a dificuldade de deslocamento, interfere no acesso aos serviços de saúde. O sistema público de saúde do município não dá conta das necessidades dessas famílias rurais. Apesar de muitas vezes optarem pelo atendimento privado, reconhecem o alto custo dos serviços oferecidos, recebendo auxílio dos familiares, quando necessário.

As práticas de cuidado à saúde realizadas pelos indivíduos consideram cada etapa do ciclo vital, e estão associadas a diferentes espaços de cuidado e serviços de saúde, inseridos em um sistema de cuidado peculiar ao grupo social. As práticas usadas pelas famílias rurais são as mais diversas, utilizando tanto o sistema formal quanto o informal de saúde. No ritual de processo de cuidado do indivíduo e do grupo social, são utilizadas plantas medicinais, medicamentos prescritos pelo médico, permeadas pela religiosidade, de acordo com o que se considera adequado no momento da realização do cuidado.

Para dar conta desta perspectiva e compreender o cuidado em saúde, os profissionais de saúde necessitam conhecer e potencializar essas iniciativas de autoatenção do grupo familiar e microgrupo social, além do contexto sociocultural.

Considerações finais

Realizar uma pesquisa de abordagem etnográfica exige uma aproximação do pesquisador com o grupo que será investigado, assim como uma disponibilidade em imergir no contexto, partilhando momentos com as pessoas que ali convivem. A investigação no espaço dessas famílias rurais foi bastante prazerosa, pois foram receptivas à minha presença, fazendo com que me sentisse acolhida naquele espaço.

A partir dos pressupostos observou-se que as famílias rurais possuem uma pluralidade de práticas de cuidado, inseridas no sistema de cuidado. As famílias agroecológicas buscam práticas saudáveis, levando em consideração o ambiente no qual estão inseridos, o que difere em alguns momentos das que cultivam fumo, como na utilização de agrotóxicos e as possíveis consequências à saúde e ao ambiente. A distância entre a área rural e a urbana, dificulta o acesso aos serviços de saúde do sistema formal. Neste contexto, a medicalização e a procura pelos serviços de saúde, tanto público, quanto privado, geralmente ocorrem, posteriormente aos cuidados realizados pela família e seu microgrupo social, considerando a gravidade de cada situação.

A partir dessa pesquisa, foi possível compreender o sistema de cuidado à saúde entre as famílias rurais, com base nas relações e interações familiares e sociais. Nesse contexto, a religião mostrou-se importante no cotidiano das famílias rurais, fornecendo conforto espiritual para superação das doenças e dos problemas enfrentados. Apesar de, em alguns momentos, ocorrerem relações conflituosas com os vizinhos, esses são considerados importantes. A solidariedade vicinal está presente em diferentes situações. Para alguns, os vizinhos são considerados como integrantes da família, mesmo sem haver parentesco, ocorrendo cotidianamente a reciprocidade na realização dos serviços, na troca de alimentos, no cuidado à saúde.

Para os interlocutores, a terra é um bem que não se vende, e será transmitida como herança a seus descendentes, possibilitando a manutenção da identidade familiar, além da produção de alimentos para o consumo. Para esse grupo, o ensino desde a infância dos ofícios ligados à terra e o desenvolvimento da identidade com o rural, visam à manutenção dos filhos nesse espaço.

Entre as famílias rurais, a rotina de trabalho familiar está atrelada às atividades desenvolvidas na propriedade, as quais são divididas entre seus membros, levando em consideração que o trabalho *leve* é desempenhado pelas mulheres e o *pesado/forte* pelos homens. Os afazeres domésticos são a principal atividade que integra o cotidiano das mulheres, as quais também trabalham na lavoura, realizando praticamente todas as tarefas executadas pelos homens, resultando em uma sobrecarga de trabalho.

Os agricultores praticam a policultura para produção de alimentos destinados ao autoconsumo, sendo o trabalho da unidade familiar associado à produção do alimento, por meio de práticas que visam o cuidado à saúde. O alimento está diretamente relacionado com a terra na qual é produzido, o que garante sua procedência e resulta em saúde, por meio de uma alimentação saudável. O trabalho é percebido como provedor dos alimentos produzidos e consumidos pelas famílias. Os alimentos industrializados, ou aqueles cuja procedência é desconhecida por eles, são percebidos como potenciais fontes de malefícios à saúde. A alimentação foi a prática de cuidado à saúde mais significativa, sendo uma ação cotidiana que permeia desde o cuidado com a produção dos alimentos produzidos para o autoconsumo, tanto de origem vegetal como animal, até o preparo da comida.

Nesse contexto, a comensalidade, compartilhada entre as famílias, reforça a identidade do grupo, a qual está associada ao rural e aos hábitos culturais de ascendência alemã e/ou pomerana. Os momentos das refeições são partilhados pelos integrantes da família, que se reúnem ao redor da mesa para degustarem a comida preparada, conversar sobre os assuntos familiares e da comunidade, além de atualizarem-se sobre as notícias do município, geralmente ouvindo o rádio.

As famílias rurais realizam diversos cuidados à saúde nas diferentes fases do ciclo de vida. As práticas de cuidado são repassadas às crianças e aos adolescentes nas ações cotidianas e pelo convívio familiar, visando à perpetuação desse saber, integrado e reproduzido futuramente na nova família. Os cuidados durante os períodos gestacional e puerperal estão relacionados, principalmente, com as práticas alimentares e os esforços físicos. Nesses períodos, a mulher conta com a participação de outros membros da família na realização do cuidado. As práticas de cuidados utilizadas são oriundas tanto do sistema formal quanto do informal. Ao mesmo tempo em que efetuam cuidados provenientes do saber familiar e do seu grupo social, também utilizam o conhecimento científico repassado pelos profissionais de saúde.

O cuidado à saúde está associado, principalmente, à alimentação, à qual se somam outros fatores, como cuidados com a exposição ao frio e ao calor, em especial na realização de atividades laborais, as relações interpessoais e a restrição do uso de agrotóxicos na produção de alimentos. Nesse contexto, a responsabilidade pelo cuidado da família, na maior parte, é da mulher/mãe. Para as famílias, saúde não é apenas ausência de dor, mas uma condição decorrente de diferentes fatores, associada às práticas cotidianas, à rede de relações e ao ambiente. As condições de saúde e doença permeiam o cotidiano familiar, fazendo com que os agricultores deixem de realizar algumas atividades quando em situação de padecimento.

A utilização dos agrotóxicos na produção dos alimentos está associada, em algumas situações, ao adoecimento. Ademais, o descuido quanto à utilização dos equipamentos de proteção individual recomendados pode resultar em casos de intoxicação. Diante disso, os interlocutores realizam algumas ações, como medidas de precaução, após a aplicação ou contato com os agrotóxicos. Esses comportamentos são percebidos como práticas de cuidado à saúde.

As famílias rurais utilizam diferentes práticas de cuidado à saúde inseridas no sistema informal e formal de saúde, muitas vezes realizadas simultaneamente. A primeira escolha de cuidado dependerá de cada situação: se o sintoma ou doença apresentado é considerado *mais simples*, iniciam com o cuidado familiar; porém, quando julgam necessário, procuram os serviços públicos de saúde, e, nos casos de maior gravidade, o serviço privado. A maioria dos interlocutores referiu adotar as plantas medicinais como primeira escolha de cuidado, sendo a origem do conhecimento predominantemente familiar.

Além do núcleo familiar, as famílias referiram outros espaços de cuidado, como a igreja, o grupo da OASE, a pastoral da saúde e os vizinhos. Entre as famílias rurais, a religiosidade perpassa o sistema de cuidado, por meio da rede de relações, atividades de lazer, relação ambiente/terra, plantas medicinais e alimentação. A religiosidade tem importante impacto na vida cotidiana, e o grupo da OASE mostrou-se um importante recurso de autoatenção utilizado pelo microgrupo social. Para esse grupo, a rede de relações constituída por vizinhos, familiares e comunidade religiosa é referida como algo importante no cuidado à saúde.

Ao recorrerem ao sistema formal de saúde, a escolha do serviço – público ou privado – irá depender da gravidade e das experiências anteriores. Por meio dos depoimentos, percebeu-se que o sistema público de saúde do município não é capaz

de atender a todas as necessidades dessas famílias rurais e, apesar de muitas vezes optarem pelo atendimento privado, reconhecem o alto custo dos serviços oferecidos.

As práticas de cuidado utilizadas pelas famílias rurais são as mais diversas e estão associadas aos diferentes serviços de saúde e espaços de cuidado. Elas envolvem diferentes saberes, tanto os oriundos do sistema formal, ou seja, do modelo biomédico hegemônico, quanto do sistema informal de saúde. As práticas de cuidado estão permeadas do cuidado familiar aos serviços biomédicos, não ocorrendo um fluxo único, mas utilizando-se dos diferentes espaços e serviços, de acordo com suas necessidades, exercendo a autoatenção em saúde. Nesse sentido, para a realização de um cuidado integral à saúde dos indivíduos e de suas famílias, os profissionais de saúde necessitam conhecer as iniciativas de autoatenção do grupo familiar e microgrupo social, além do contexto sociocultural.

Quanto às contribuições para a enfermagem, percebo a necessidade da enfermeira, que ainda possui boa parte da sua formação acadêmica pautada no modelo biomédico, mudar esse enfoque que parte da doença, com orientação de cuidados prescritivos a partir de cada sintoma ou problema identificado, desconsiderando o contexto sociocultural do usuário. É importante que essa profissional de saúde, já durante sua formação acadêmica, perceba as particularidades das diferentes práticas de cuidado utilizadas pelos indivíduos e pelo seu microgrupo social, valorizando e integrando essas práticas por meio de um cuidado integral e dialógico.

Esta pesquisa traz contribuições a antropologia para a enfermagem (enfermeantropologia), com a aplicação de conceitos e teorias da antropologia na disciplina de enfermagem no estudo das culturas, buscando promover uma maior compreensão das práticas de cuidado. Além do que, poderá servir de apoio para a formação acadêmica e futuras investigações, visando investigar a percepção, o reconhecimento e a valorização dos profissionais de saúde, entre eles a enfermeira, em relação as práticas de cuidado realizadas pelas famílias nos mais diversos contextos.

Além disso, as políticas públicas de saúde necessitam ampliar as perspectivas de cuidado, com uma visão integral do usuário e não fragmentada, como é atualmente, partindo das patologias, como ocorre na maioria das vezes. Para a população que vive no meio rural, e com o objetivo de que esta permaneça no campo, torna-se relevante a construção de políticas públicas que considerem as particularidades dessas pessoas, pois as existentes não atendem essa demanda. Muitas vezes,

situações de adoecimento e/ou de envelhecimento, associadas às dificuldades para o deslocamento e às demandas de cuidados, fazem com que essas pessoas necessitem migrar para o meio urbano em busca dos serviços de saúde oferecidos.

A pesquisa apresenta como limitação, ter sido realizada com integrantes de uma Comunidade Luterana rural, apresentando particularidades que não podem ser extrapoladas para outros grupos populacionais, como a influência da religiosidade no cuidado, a predominância da ascendência alemã e pomerana, o contexto rural e a distância do urbano, interferindo no acesso aos serviços de saúde.

Financiamento

O projeto de pesquisa foi contemplado com uma bolsista de iniciação científica (PBIP-DA-UFPeI) em três editais consecutivos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) da UFPeI: PRPPG nº 009/2013 (1º de outubro de 2013 a 31 de julho de 2014), PRPPG nº 012/2014 (1º de novembro de 2014 a 31 de julho de 2015) e PRPPG nº 007/2015 (1º de agosto de 2015 a 31 de julho de 2016).

A pesquisadora foi contemplada com uma bolsa de quatro meses para realização de doutorado sanduíche, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), realizado no Departament d'Infermeria da Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha. Bolsista da CAPES - Proc. nº 99999.004526/2014-07.

Com exceção dos financiamentos citados acima, os gastos referentes a pesquisa de campo, assim como as demais despesas, foram custeados pela autora da tese.

Difusão da investigação

A seguir, apresentam-se os trabalhos relacionados a tese de doutorado:

Trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem

- Nivea Shayane Costa Vargas. Práticas de cuidado em saúde realizado pelas agricultoras no período gestacional e puerperal. Período: 2014/2 a 2015/1. Universidade Federal de Pelotas. (Orientadora).
- Camila Timm Bonow. Práticas de cuidado em saúde realizadas às crianças de uma comunidade rural de Canguçu, RS. Início: 2015/2 (em andamento). Universidade Federal de Pelotas. (Orientadora).

Resumos publicados em anais de eventos

- CEOLIN, Teila; HECK, R. M.; MENASCHE, R.; MARTORELL-POVEDA, M. A.; VARGAS, N. S. C.; BONOW, C. T. Concepciones de salud y cuidado de las familias de agricultores del Sur del Rio Grande do Sul, Brasil. In: CUALISALUD-2014, 2014, Granada - Espanha. Paraninfo Digital, Año VIII, n. 20, 2014. p. 1-8.
- VARGAS, N. S. C.; BONOW, C. T.; BORN, M. C.; SEVERO, V.; HECK, R. M.; CEOLIN, T. Práticas de cuidado em saúde realizado pelas agricultoras no período gestacional e puerperal. In: XXIII Congresso de Iniciação Científica, 2014, Pelotas-RS. Anais do XXIII Congresso de Iniciação Científica, 2014. v. 23. p. 1-4.
- BONOW, C. T.; MINUTO, J. C.; CEOLIN, Teila. Plantas medicinais indicadas pelas agricultoras para as crianças. In: 9ª Reunião Técnica Estadual de Plantas Bioativas, 2015, São Lourenço do Sul. Anais da 9ª Reunião Técnica Estadual de Plantas Bioativas, 2015. v. 9. p. 18-22.
- BONOW, C. T.; MINUTO, J. C.; LOPES, C. V.; CEOLIN, T. Crianças provenientes de famílias rurais: conhecendo os saberes de cuidado à saúde. In: II Simpósio Internacional do NEPEn; II Simpósio Internacional da Pós-Graduação em Enfermagem/UFPel; II Encontro Integrado de Enfermagem; I Encontro de Enfermagem do MERCOSUL, 2015, Pelotas-RS. Anais do II Simpósio Internacional do NEPEn, 2015. v. 1. p. 1-3.

- VARGAS, N. S. C.; CEOLIN, T.; CASARIN, S. T.; MENDIETA, M. C. A família como integrante do cuidado às gestantes e puérperas. In: In: II Simpósio Internacional do NEPEn; II Simpósio Internacional da Pós-Graduação em Enfermagem/UFPel; II Encontro Integrado de Enfermagem; I Encontro de Enfermagem do MERCOSUL, 2015, Pelotas-RS. Trabalho apresentado e premiado.
- VARGAS, N. S. C.; CASARIN, S. T.; BONOW, C. T.; MENDIETA, M. C.; CEOLIN, T. O cuidado com a alimentação realizado pelas puérperas de um contexto rural. In: XXIV Congresso de Iniciação Científica, da I Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão, realizado na UFPel, no período de 21 a 26 de setembro de 2015.
- BONOW, C. T. VARGAS, N. S. C.; MINUTO, J. C.; PEREIRA, C. G. V.; RIBEIRO, M. V.; CEOLIN, T. Práticas culturais de cuidados de mães agricultoras a criança nos primeiros meses de vida. In: XXIV Congresso de Iniciação Científica, da I Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão, realizado na UFPel, no período de 21 a 26 de setembro de 2015.

Apresentação de trabalhos em eventos

- CEOLIN, Teila; HECK, R. M.; MENASCHE, R.; MARTORELL-POVEDA, M. A.; VARGAS, N. S. C.; BONOW, C. T. Concepciones de salud y cuidado de las familias de agricultores del Sur del Rio Grande do Sul, Brasil. In: CUALISALUD-2014. Granada – Espanha, 2014.
- CEOLIN, Teila. Apresentação do projeto de tese: Sistema de cuidado en salud de los agricultores del Sur de Rio Grande do Sul. In: VII Seminari Internacional d Investigació en Infermeria. Tarragona – Espanha, 2014.

Referências

- ABRAMOVAY, R. **Paradigmas do capitalismo agrário em questão**. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2012.
- ACIOLI, S. os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 159-68.
- ACIOLI, S.; KEBIAN, L. V. A.; FARIA, M. G. de A; FERRACCIOLI, P.; CORREA, V. A. F. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 637-42, 2014.
- ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 11, n. 153-8, 2003.
- ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. de O.; KERBER, N. P. da C.; COSTA, C. F. S. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1327-33, 2012.
- AGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmend, 2009.
- ALMEIDA C.A.; DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G. **Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- ALVES, M. R. et al. Rede de suporte social a pessoas idosas com sintomas depressivos em um município do nordeste brasileiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 2, p. 3667-76, 2013.
- ALVIM, A. T. A.; FERREIRA, M. A.; CABRAL, I. E.; ALMEIDA FILHO, A. J. A. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, 2006.
- AMON, D.; MENASCHE, R. Comida como narrativa da memória social. **Sociedade e Cultura**, v. 11, n. 1, p. 13-21, 2008.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA). **Relatório complementar relativo à segunda etapa das análises de amostras coletadas em 2012**. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d67107004634368583a5bfec1b28f937/Relat%C3%B3rio+PARA+2012+2%C2%AA+Etapa+-+17_10_14-Final.pdf?MOD=AJPERES Acesso em: 5 jan. 2016.
- ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p.1005-18, 2003.
- BADKE, M. R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem**. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -

Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n. 5, p. 1-8, 2010.

BAHIA, J. **O tiro da bruxa**: identidade, magia e religião na imigração alemã. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

BARRETO, M. J.; THOMAZ JUNIOR, A. Os impactos territoriais da monocultura da cana-de-açúcar no Pontal do Paranapanema-SP. **Revista Pegada**, v. 13, n. 2, p. 46-68, 2012.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FIOCRUZ. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), 2007, p. 25-49. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?id=3&prioridade=3> Acesso em 02 abr. 2014.

BENEMANN, N. W. Estética e experiência do gosto: contribuições para o debate sobre paladar, gastronomia e arte. **Tessituras**, Pelotas, v. 3, n. 2, p. 331-338, jul./dez. 2015.

BENTO, C. M. **Canguçu reencontro com a história** – um exemplo de reconstituição de memória comunitária. Porto Alegre: Instituto Estadual do Livro, 1983. Disponível em: <http://www.ahimtb.org.br/cangureenchist.htm> Acesso em: 24 dez. 2015

BOFF, L. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

BOFF, L. **A voz do arco-íris**. Brasília: Letraviva, 2000.

BONET, O.; TAVARES, F. R. G. O cuidado como metáfora nas redes de prática terapêutica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 263-78.

BONFIM, V. S. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XIV, n. 49, p. 76-82, abr./jun. 2010

BORGES, A. M. **Plantas medicinais no cuidado em saúde de moradores da Ilha dos Marinheiros: contribuições à enfermagem**. 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2010.

BRASIL. Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008. Regulamenta os artigos 3º, alínea “d”, e 4º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo no 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto no 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca dos agrotóxicos**. Rio de Janeiro: INCA, 2015b. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/posicionamento_do_inca_sobre_os_agrotoxicos_06_abr_15.pdf Acesso em: 5 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, n. 119, 23 de junho de 2006a. Brasília: Atos do Poder Executivo, 2006. 7 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decretofitoterapicos.pdf> Acesso em: 29 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença da Folha Verde do Tabaco. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/204_doenca_folha_verde.html Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011** – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012** – Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006** - Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2006b. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/cartilha-losan-portugues> Acesso em: 6 jan. 16.

BRUMER, A. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 205-227, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21699.pdf> Acesso em: 19 nov. 15

- BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 177-85, 2005.
- CAMPOS, E. A. aspectos socioculturais e as práticas de cuidado em enfermagem. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. dos. **Antropologia para enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2009. p. 59-81.
- CANDIDO, A. **Os parceiros do Rio Bonito**: estudo sobre o caipira paulista e a transformação dos seus meios de vida. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1987.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. Pesquisa em *versus* pesquisas com seres humanos. In: VÍCTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, M. E.; ORO, A. P. (Org.). **Antropologia e Ética**. O debate atual no Brasil. Niterói: EdUFF, 2004. p. 33-44.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. São Paulo: editora Unesp, 2006.
- CARNEIRO, F. F.; RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S.; FRIEDRICH, K.; BÚRIGO, A. C (Org.). **Dossiê ABRASCO**: Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015. 624p.
- CARNEIRO, M. J. C. O ideal rurbano: campo e cidade no imaginário de jovens rurais. In: SILVA, F. C. T.; SANTOS, R.; COSTA, L. F. C (Orgs.). **Mundo rural e política**: ensaios interdisciplinares. Rio de Janeiro: Ed. Campus/Pronex, 1998.
- CARREIRA, L.; ALVIM, N. A. T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, , v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002.
- CARVALHO, A. M. A.; CAVALCANTI, V. R. S.; ALMEIDA, M. A.; BASTOS, A. C. S. Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? **Paidéia**, v. 18, n. 41, 431-444, 2008.
- CARVALHO, A.; CARVALHO, G. S. **Educação para a Saúde**. Portugal: Lusociência, 2006.
- CEOLIN, T. **Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da região Sul do Rio Grande do Sul**. 2009. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.
- CEOLIN, T.; HECK, R. M.; BARBIERI, R. L.; CEOLIN, S.; RIBEIRO, M. V. Cuidado em saúde pelos agricultores de base ecológica do Sul do Brasil. **Journal of Nursing and Health**, v. 4, n. 2, p. 99-109, 2014.
- CEOLIN, T.; HECK, R.M.; BARBIERI, R.L.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R.M.; PILLON, C.N. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 47-54, 2011.
- CERQUEIRA, F. V. Serra dos Tapes: mosaico de tradições étnicas e paisagens culturais. **Anais do IV Seminário Internacional em Memória e Patrimônio**: memória, patrimônio e tradição. Pelotas: Ed. UFPel, 2011. p. 872-4.
- COMERFORD, J. Comunidade rural. In: MOTTA, M. (Org.). **Dicionário da terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 112-120.
- COMERFORD, J. Sociabilidade e narrativa em comunidades camponesas (e algumas considerações sobre “participação”). In: **Anais da 24ª Reunião Brasileira de Antropologia**, Olinda, 12 a 15 de junho de 2004. p. 1-11.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 07 fev. 2012.

CONTRERAS, J.; GRACIA, M. **Alimentação, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

COSTA, C. K. L.; LUCENA, N. N. G.; TOMAZ, A. F.; MÁSCULO, F. S. Avaliação ergonômica do trabalhador rural: enfoque nos riscos laborais associados à carga física. **GEPROS**. Gestão da Produção, Operações e Sistemas, v. 6, n. 2, p. 101-112, 2011.

COTRIM, M. S. **Pecuária Familiar na Região da Serra do Sudeste do Rio Grande do Sul**: um estudo sobre a origem e a situação socioagroeconômica da pecuária familiar no município de Canguçu/RS. 2003. 142 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V (Org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.21-33. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf

DAMATTA, R. Sobre o simbolismo da comida no Brasil. **O correio da Unesco**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 7, p. 22-23, 1987.

DE DAVID, C. **Estratégias de reprodução familiar em assentamentos: limites e possibilidades para o desenvolvimento rural em Canguçu – RS**. 2005. 215 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Programa de Pós-Graduação em Geografia, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional e Urbano, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, SC), Florianópolis, 2005.

DE OLIVEIRA, M.; MORAES, J. Práticas Populares de Saúde e a Saúde da Mulher. **Revista de Atenção Primária à Saúde (APS)**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 412-420, 2010. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/723/387> Acesso em: 23 set. 2013.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R.G.; FERRAZ, I.S.; DANELUZZI, J.C., MARTINELLI JUNIOR, C. E. Prevalence of smoking and alcohol consumption among mothers of infants under six months of age. **Revista Paulista de Pediatria**, v.27, p.361-5, 2009.

DENARDIN, M. L. Cuidando e sendo cuidado – um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: GONZALES, R. M. B. **Cenários de cuidado**: aplicações de tóricas de enfermagem. Santa Maria: Pallotti, 1999, p. 159-263.

DUTRA, E. J. da S. **A produção de fumo em perspectiva**: a tipologia dos produtores de fumo no município de Canguçu, Rio Grande do Sul, Brasil. 2015. 167f. Doutorado (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geociências. Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/128039/000975631.pdf?sequence=1> Acesso em: 11 jan. 15.

DUTRA, E. J. S.; FONTOURA, L. F. M. Estabelecendo a tipologia dos produtores de fumo: município de Canguçu, Rio Grande do Sul, Brasil. **MERIDIANO** – Revista de Geografia, n. 3, p. 217-38, 2014.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 19-28.

ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village**. Tese (Doutorado em Ciência da Saúde). Divisão de Graduação da Universidade da Califórnia, Califórnia, EUA, 1984.

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 803-11, 2011.

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. Família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 33-9, 2010.

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. Mudanças das rotinas familiares na transição inesperada por desastre natural. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 160-167, 2013.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. **Saúde e doença – um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 101-112.

FERREIRA, P. R. S. Entre elas: afetividade versus complementaridade. In: WOORTMANN, E. F.; MENACHE, R.; HEREDIA, B. (Org.). **Margarida Alves: coletânea sobre estudos rurais e gênero**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), IICA, 2006. p. 99-121.

FIALHO, M. A. V. **Rincões de pobreza e desenvolvimento: interpretações sobre comportamento coletivo**. 2005. 213 f. Tese (Doutorado em Sociologia Rural) - Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FONSECA, C. O anonimato e o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M. S.; PETERS, R. (Org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: UFRGS, 2010. p. 205-227.

FOOTE-WHYTE, W. Treinando a observação participante. In: ZALUAR, Alba Guimarães. **Desvendando máscaras sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1980. p. 77-86.

FROELICH, G. Carne(ar), no passado e no presente: hábitos e práticas alimentares entre descendentes de imigrantes alemães. **Campos**, v. 12, n. 2, p. 69-82, 2011.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

GARINE, I. de. Alimentação, culturas e sociedades. **O Correio da Unesco**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 7, p. 4-7, 1987.

GAVIRIA, M. R. PEZZI, S. M. O poder simbólico da renda na mobilização social de jovens de comunidades rurais. In: MENASCHE, R (Org.). **A agricultura familiar a mesa: saberes e práticas da alimentação do Vale do Taquari**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 43-57.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 1997.

GERHARDT, T. E.; PINTO, J. M.; RIQUINHO, D. L.; ROESEI, A.; SANTOS, D. L.; LIMA, M. C. R. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, suppl.1, p. 1221-1232, 2011.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto alegre: Artmed, 2009.

- GOOD, B. J. **Medicina, racionalidad y experiencia**. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2003, 375 p.
- GOODMAN, L. A. Snowball sampling. **Annals of Mathematical Statistics**, v. 32, n. 1, p.148-70, 1961.
- GUASCH, O. **Observación participante**. Cuadernos metodológicos, nº 20. 2. ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2002.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Etnografía – Métodos de investigación**. 2. ed. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1994.
- HECK, R. M. Percepção social sobre categorias de risco do suicídio entre colonos alemães do noroeste do Rio Grande do Sul. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 559-567, 2004.
- HECK, R. M.; LANGDON, E.J. M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida de uma comunidade rural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 129-151.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HEREDIA, B. M. A. **A morada da vida**: trabalho familiar de pequenos produtores do Nordeste do Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- HERRERA, E. M.; POSADA, M. L. A. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. **Avances en enfermería**, v. 26, n. 1, p. 112-23, 2008.
- HOEFFEL, J. L. M.; GONÇALVES, N. M.; FADINI, A. A. B.; SEIXAS, S. R. C. Conhecimento tradicional e uso de plantas medicinais nas APAS'S Cantareira/SP e Fernão Dias/MG. **Revista VITAS – Visões Transdisciplinares sobre Ambiente e Sociedade**, n. 1, p. 1-25, set., 2011. Disponível em: <http://www.uff.br/revistavitas/images/artigos/HOEFFEL%20et%20al.%20CONHECIMENTO%20TRADICIONAL%20E%20USO%20DE%20PLANTAS%20MEDICINAIS.pdf> Acesso em: 30 ago. 2013.
- IBGE. **Canguçu – Histórico**. Biblioteca IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/riograndedosul/cangucu.pdf> Acesso em: 24 dez. 2015.
- IECLB. Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. **Nossa Fé - Nossa Vida**. Guia da vida comunitária na IECLB. 8. ed. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2011. Disponível em: <http://www.luteranos.com.br/conteudo/nossa-fe-nossa-vida> Acesso em: 14 nov. 15
- IECLB. Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Portal Luteranos. Disponível em: <http://www.luteranos.com.br/conteudo/ordem-auxiliadora-de-senhoras-evangelicas-oase-3> Acesso em: 30 mar. 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Agropecuário de 2006**. IBGE, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/> Acesso em: 29 set. 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do censo demográfico de 2010**. IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8> Acesso em: 01 set. 2013.
- ISERHARD, A. R. M.; BUDÓ, M. L. D.; NEVES, E. T.; BADKE, M. R. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do Sul do Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n. 1, p. 116-122, 2009.

- JENKINS, G.L. Burning bridges: policy, practice, and the destruction of midwifery in rural Costa Rica. **Social Science & Medicine**, v. 56, n. 9, p. 1893-909, 2003.
- JUNGES, C.F.; RESSEL, L.B.; MONTICELLI, M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 382-90, 2014.
- KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. de Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 893-900, 2015.
- KESTERTON, A.J.; CLELAND J. Neonatal care in rural Karnataka: healthy and harmful practices, the potential for change. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 9, n. 20, 2009.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, v.12, n.2B, p. 85-95, 1978.
- KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents, 1980.
- KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. A emergência da integralidade e interdisciplinaridade no sistema de cuidados em saúde. **Enfermería Global**, v. 17, p. 1-10, 2009.
- KRONE, E. E. **Comida, memória e patrimônio cultural**: a construção da pomeraneidade no extremo sul do Brasil. 2014. 175f. dissertação (Mestrado em Antropologia), Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pelotas, 2014.
- LANGDON, E. J. M. **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluriétnico. Trabalho apresentado para o concurso de professor titular na Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- LANGDON, E. J.; MALUF, S.; TORNQUIST, C. S. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: GUERRIERO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L. S.; ZICKER, F. (org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.128-147.
- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-81, 2010.
- LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2012.
- LAZA VÁSQUEZ, C. Reconstruyendo la memoria colectiva de los cuidados para la salud en el Valle del Río Cimitarra: una propuesta investigativa / Restoring the collective memory of health cares in the Valley of the Cimitarra River: a research proposal. **Ciencia y enfermería**, v. 15, n. 2, p.: 19-25, 2009.
- LAZA VÁSQUEZ, C.; RUIZ DE CÁRDENAS, C. H. El saber de la partera tradicional del valle del río Cimitarra: cuidando la vida. **Avances en Enfermería**, v. 27, n. 2, p. 113-126, 2009.
- LEININGER, Madeleine. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York, NY: National League for Nursing Press, 1991.
- LEININGER, Madeleine. Theoretical Questions and Concerns: Response From the Theory of Culture Care Diversity and Universality Perspective. **Nursing Science Quarterly**, v. 20, n.1, p.9-13, jan. 2007.

LONDRINA. Prefeitura do Município de Londrina. **Programa Municipal de Fitoterapia**. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em < http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/fitoterapia/downloads/protocolo_fitoterapia_londrina_2012.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LOPES, C. V. **Informantes folk em plantas medicinais no Sul do Brasil:** contribuições para enfermagem. 2010.108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, 2010.

LOPES, C. V.; LIMA, A. R. A.; VASCONCELOS, M. K. P; BORGES, A. M., BARBIERI, R. L.; HECK, R. M. Informantes *folk*: concepções de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1152-1159, 2013.

LORI, J.R.; BOYLE J.S. Cultural childbirth practices, beliefs, and traditions in postconflict Liberia. **Health Care Women International**, v. 32, n. 6, p. 454-73, 2011.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl., p.145-76, 2005.

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M; QUEIROZ, D. T; VIEIRA, N. F. C; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MACIEL, M. E. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-savarin? **Revista Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 7, n. 16, p. 145-156, 2001.

MALTZAHN, G. M. **“Um casalzinho novo para a comunidade”**: Etnografia de um Casamento Pomerano, São Lourenço do Sul (RS). 2007. 58f. Trabalho acadêmico (Licenciatura Plena em História) – Curso de História, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007.

MARIN, J. O. B.; REDIN, E.; COSTA, F. F. da. Juventude rural e trabalho no cultivo do tabaco. **Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho**, v. 19, n. 31, p. 159-194, 2014.

MARQUES, F. R. B.; BARRETO, M. da S.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. A presença das avós no cotidiano das famílias de recém-nascidos de risco. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 10, n. 3, p. 593-600, 2011.

MARQUES, M. I. M. Campesinato sertanejo e sua relação com a terra ao longo do tempo em Ribeira-PB. In: Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina; 2005 mar; Universidade de São Paulo, 2005. p. 20-26.

MARTINS, A. R. B.; OURO T. A. do; NERI, M. Compartilhando vivências: contribuição de um grupo de Apoio para mulheres com câncer de mama. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 131-151, 2015.

MARTINS; P. P. S.; EICH, M.; MARTINS, L. S. O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho: verso e anverso do direito a saúde negado. In: Anais do VIII Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e VI Seminário “O Trabalho em Debate”. UNESP/ USP/STICF/CNTI/UFSC, 25 a 27 de setembro de 2012 – UNESP-Franca/SP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/08.pdf> Acesso em: 9 fev. 2016.

MARTORELL-POVEDA, M. A. ¿Antropoenfermería o enfermeantropología? **Cultura de los cuidados**, v.5, n. 9, p.1-5, 2001. Disponível em:

<http://culturacuidados.ua.es/article/view/2001-n9-antropoenfermeria-o-enfermeantropologia/pdf> Acesso em: 30 mar. 2016.

MCFARLAND, M. R. Madaleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados. In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. (Org.) **Modelos y teorías em enfermérica**. 7. ed. Barcelona: Elsevier España, 2011. p. 454-79.

MCGREGOR, D. Traditional Ecological Knowledge. **Ideas: the Arts and Science Review** (Faculty of Arts & Science, University of Toronto), v. 3, n. 1, p. 1-7, 2006. Disponível em: <http://www.silvafor.org/assets/silva/PDF/DebMcGregor.pdf> Acesso em: 30 ago. 2013.

MCKEE, M. et al. It takes a whole community: the contribution of rural hospice volunteers to whole-person palliative care. **Journal of Palliative Care**, v. 26, n. 2, p. 103-11, 2010.

MEDINA, I. A.; MAYCA, P. J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 23, n. 1, p. 22-32, 2006.

MENASCHE, R. Campo e cidade, comida e imaginário. Percepções do rural à mesa. **RURIS**, v. 3, n. 2, p. 195-218, 2010.

MENASCHE, R. Capinar: verbo conjugado no feminino? Notas de pesquisa sobre gênero e percepções de risco na agricultura familiar. **Cuadernos de Desarrollo Rural**, v. 53, p. 25-36 2004 a.

MENASCHE, R. os grãos da discórdia e o risco à mesa: um estudo antropológico das representações sociais sobre cultivos e alimentos transgênicos no rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 287f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

MENASCHE, R. Risco à Mesa: Alimentos Transgênicos, No Meu Prato Não? **Campos**, v. 5, n. 1, p. 111-129, 2004 b.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MENÉNDEZ, E.L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p.33-69, 2005.

MENÉNDEZ, E.L. **Sujeitos, saberes e estrutura**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. 437p.

MENEZES, M. A. de. Reciprocidade e campesinato: uma releitura de James Scott, Enrique Mayer, Antonio Candido e Emílio Willems. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. B. C. (Org.). **Polifonia do dom**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

MENEZES, M.O. **Gestar e parir em terra de juruá**: a experiência de mulheres guarani-mbyá na cidade de São Paulo. 2012. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011. 108 p.

MINTZ, S. W. Comida e antropologia: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 16, n. 47, p. 31-41, 2001.

MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem as mulheres e recém-nascidos**. 1994.

Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem)-Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MORSE, J.M.; SOLBERG, S.M.; NEANDER, W.L.; BOTTORFF, J.L.; JOHNSON, J.L. Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in Nursing Science**, v. 13, n. 1, p. 1-14, 1990.

MOURA, F. B. P.; MARQUES, J. G. W. Zooterapia popular na Chapada Diamantina: uma medicina incidental? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Supl. 2, p. 2179-2188, 2008.

MOVIMENTO DE MULHERES CAMPONESAS. A afirmação de muitas histórias. Passo Fundo (RS): Movimento de Mulheres Camponesas, 2015. Disponível em: <http://www.mmcbrazil.com.br/site/node/44> Acesso em: 21 nov. 15

MULHALL, A. (1996) Anthropology, nursing and midwifery: a natural alliance? **International Journal of Nursing Studies**, v. 33, n. 6, p. 629-637, 1996.

MUNIZ, Rosani Manfrin. **Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores**. 2008. 243 f. Tese [Doutorado em Enfermagem]- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2008.

NAKANO, A.M.S.; BELEZA, A.C.; GOMES, F.A.; MAMEDE, F.V. O cuidado no “resguardo”: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérpera. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 242-247, 2003.

NEIVA-SILVA, L.; KOLLER, S. H. O uso da fotografia na pesquisa em Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 237-50, 2002.

NOBRE, I. M. A fotografia como narrativa visual. **Revistainter-legere, Reflexões**, v. 5, p. 66-82, 2009.

OLDANI, M.J. Uncanny scripts: understanding pharmaceutical emplotment in the aboriginal context. **Transcultural Psychiatry**, v. 46, n. 1, p. 131-56, 2009.

OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R. S. de. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 595-601, 2009.

OLIVEIRA, M. W.; MORAES, J. V. Práticas populares de saúde e a saúde da mulher. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 13, n. 4, p. 412-20, 2010.

OLIVEIRA, N. P.; MOI, G. P.; SANTOS, M. A.; SILVA, A. M. C.; PIGNATI, W. A. Malformações congênitas em municípios de grande utilização de agrotóxicos em Mato Grosso, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4123-4130, 2014.

PARDO-MORA, K. Y. Teoría de la Transculturalidad de Madeleine Leininger. Modelo del Sol Naciente. Barcelona (ES): Universidad de los Llanos. Enfermería Superior, 2015. Disponível em: <http://cuidadocolectivos.blogspot.com.br/2015/02/22-teoria-de-la-transculturalidad-de.html> Acesso em: 2 fev. 2016.

PAULILO, M. I. S. O peso do trabalho leve. **Revista Ciência Hoje**, n. 28, 1987.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 377-391, jul./dez. 2014.

PERULLO, Nicola. **O gosto como experiência**: ensaio sobre filosofia e estética do alimento. São Paulo: SESI SP Editora, 2013.

PFEIFFER, J.; GLOYD, S.; RAMIREZ LI, L. Intrahousehold resource allocation and child growth in Mozambique: an ethnographic case-control study. **Social Science & Medicine**, v. 53, n. 1, p. 83-97, 2001.

PHILIPPI, S. T.; CRUZ, A. T. R.; COLUCCI, A. C. A. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n.1, p. 5-19, jan. 2003.

PINHEIRO, P. S. **Saberes, Plantas e Caldas**: A Rede Sociotécnica de Produção Agrícola de Base Ecológica no Sul do Rio Grande do Sul. 2010. [Dissertação] Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/36128> Acesso: 01 jan. 2015.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: uma ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 15-28.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança do direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 51-66.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2007. p. 9-36.

PIRIZ, M. A. **Autoatenção**: interfaces de cuidado por famílias rurais da região Sul. 2013. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

PIRIZ, M. A.; MESQUITA, M. K.; CEOLIN, T.; MENDIETA, M. C.; HECK, R. M. Informantes *folk* em plantas medicinais e as práticas populares de cuidado à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, p. 5435-41, 2013.

QUIÑONEZ, C. R. A political economic history of medical and dental care in Nunavut, Canada. **International Journal of Circumpolar Health**, v. 65, n. 2, p. 101-16, 2006.

RAMOS, M. O. A comida nas histórias da “colônia”: um estudo etnográfico das mudanças alimentares entre famílias rurais de Maquiné (Rio Grande do Sul, Brasil). In: MENASCHE, R.; ALVAREZ, M.; COLLAÇO, J. (Org.). **Dimensões socioculturais da alimentação: diálogos latino-americanos**. Editora da UFRGS, Porto Alegre, 2012. p. 229-244.

RATIVA MARTINEZ, N.; RUIZ DE CARDENAS, C. H. Si protegemos la vida y la salud durante la gestación, construimos para los dos un futuro saludable. **Avances en Enfermería**, Colombia, v. 27, p. 1, p. 30-37, 2009.

RAU, R.; MENASCHE, R. A construção do saudável e as transformações no comer. In: MENASCHE, R. (Org.). **Saberes e sabores da colônia: a alimentação e cultura como abordagem para o estudo rural**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015. p. 201-226.

REIMER, I. R. Religião, gênero e ecologia. **Caminhos**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 89-92, 2013.

RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Cultivo do tabaco no sul do Brasil: doença da folha verde e outros agravos à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p. 4797-4808, 2014.

- RISSARDO, L. K.; ALVIM, N. A. T.; MARCON, S. S.; CARREIRA, L. Práticas de cuidado ao idoso indígena - atuação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n. 6, p. 920-7, 2014.
- RODRIGUES, H.G.; MEIRELES, C.G.; LIMA, J.T.S.; TOLEDO, G.P.; CARDOSO, J.L.; GOMES, S.L. Efeito embriotóxico, teratogênico e abortivo de plantas medicinais. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.13, n.3, p.359-366, 2011.
- ROSA, L.M.; SILVA, A.M.F.; PEREIRA, R.S.M.R.; SANTOS, S.M.A.; MEIRELLES, B.H.S. Família, cultura e práticas de saúde: um estudo bibliométrico. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n. 4, p. 516-520, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a11.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2014.
- RUIZ, E. N. F. **Relações sociais nas situações de adoecimento crônico no rural:** expressões de cuidado e de sofrimento na perspectiva da dádiva. 2013. 210 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- SALAMONI, G.; ACEVEDO, H. S. L. C.; ESTRELA, L. C. (Coord.). **Valores culturais da família de origem pomerana no Rio Grande do Sul** – Pelotas e São Lourenço do Sul. Pelotas: Editora da UFPel, 1995.
- SALAMONI, G.; WASKIEVICZ, C. A. Serra dos Tapes: espaço, sociedade e natureza. **Tessituras**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 73-100, jul./dez. 2013.
- SÁNCHEZ, Juan Oliver. **Antrología**. Madrid: Alianza Editorial, 2014.
- SANFELICE, C.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E.; PIMETA, L. F. Crenças e práticas do período gestacional. **Saúde**, Santa Maria, v.39, n.2, p.35-48, 2013.
- SANTOS, F.A.P.S.; BRITO, R.S.; MAZZO, M.H.S.N. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 854-58, 2013.
- SCHMIDT, A.; FARIAS, R. de C. P. A comida e a sociabilidade na cultura pomerana. **Tessituras**, Pelotas, v. 3, n. 2, p. 195-218, jul./dez. 2015.
- SCHNEIDER, M. Entre a agroecologia e a fumicultura: uma etnografia sobre trabalho na terra, cosmologias e pertencimentos entre camponeses pomeranos. **Etnográfica**, v. 18, n. 3, p. 651-669, 2014. Disponível em: <http://etnografica.revues.org/3855> Acesso: 01 jan. 2015
- SCHNEIDER, S. Território, Ruralidade e Desenvolvimento. In: VELÁSQUEZ LOZANO, F.; MEDINA, J. G. F. (Org.). **Las Configuraciones de los Territorios Rurales en el Siglo XXI**. 1 ed. Bogotá/Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2009, v. 1, p. 67-108.
- SCHWARTZ, E. **Família teuto-gaúcha:** o cuidado entre possibilidades e limites. 1998. 149 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 1998.
- SCOPEL, R.P.D. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku**. 2014. 211f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (BR). **Diretrizes para organização da atenção primária à saúde no Espírito Santo**. 1. ed. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2008.

SESIA, P.M. "Women come here on their own when they need to": prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. *Medical Anthropology Quarterly*, v.10, n. 2, p. 121-40, 1996.

SEYFERTH, G. As contradições da liberdade: análise de representações sobre a identidade camponesa. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.7, n.18, p 1-20, 1992. Disponível em:

http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=219:rbc-s-18&catid=69:rbc-s&Itemid=399 Acesso em: 18 nov. 2015.

SHAMBLEY-EBRON, D.Z.; BOYLE, J.S. Self-care and mothering in African American women with HIV/AIDS. **Western Journal of Nursing Research**, v. 28, n. 1, p. 42-60, 2006.

SILVA FILHO, J. B. **Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar** – PRONAF. Cruzeiro (DF): Comissão Executiva do Plano da Lavoura Cacaueira - CEPLAC, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, 2015. Disponível em: <http://www.ceplac.gov.br/radar/Artigos/artigo26.htm> Acesso em: 15 out. 15

SILVA, F. S.; AZEVEDO, M. R. C. Crianças do sertão: modos de vida. Um estudo etnográfico das famílias de Santa Cruz do Banabuiú, Ceará. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 11, n. 1, p. 17-34, 2001.

SILVA, M. O. L.; OLIVEIRA, S. S.; PEREIRA, V. A.; LIMA, M. G. S. B. Etnografia e pesquisa qualitativa: apontamentos sobre um caminho metodológico de investigação. In: VI Encontro de Pesquisa em Educação da UFPI, 2010, Teresina. **Anais do VI Encontro de Pesquisa em Educação da UFPI**. Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2010, p. 1-13. Disponível em: http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_15.pdf Acesso em: 01 out. 2013.

SILVEIRA, L. H. M. Os pomeranos na história de Canguçu. In: SCHIAVON, C. G. B. (Org.). **Seminário Regional de História: o município de Canguçu em Debate**. Pelotas: Educat, 2003. p. 85-92.

SIQUEIRA, M. K.; BARBOSA, M. A.; BRASIL, V. V.; OLIVEIRA, L. M. C.; ANDRAUS, L. M. S. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147 p.

SMITH, M. C. Caring and the discipline of nursing. In: SMITH, M. C.; TURKEL, M. C.; WOLF, Z. R. **Caring in nursing classics: an essential resource** New York: Springer Publishing Company, 2012. p. 1-8.

SOARES, C.; VARELA, V. D. J. **Assistência de enfermagem no puerpério em unidade de atenção básica: incentivando o autocuidado**, 2007. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 275-81, 2008.

STROPASOLAS, V. L. O valor (do) casamento na agricultura familiar. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 360, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21701.pdf> Acesso em: 21 nov. 15

- TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. 14. ed. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós, 2013. 343p.
- TYGEL, A. Em 2014, cada brasileiro consumiu 7,3 litros de agrotóxicos. **Brasil de Fato**, Uma visão popular do Brasil e do mundo, 28 abr. 2015. Disponível em: <http://brasildefato.com.br/node/31926> Acesso em: 8 jan. 2016.
- UBESSI, L. D.; UBESSI, C.; KIRCHNER, R. M.; JARDIM, V. M. R.; STUMM, E. M. F. Uso de equipamentos de proteção por agricultores que utilizam agrotóxicos na relação com problemas de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7230-8, 2015. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6821/pdf_7477 Acesso em: 10 dez. 2015.
- VASCONCELLOS, C.; HECK, R. M.; CEOLIN, T.; BARBIERI, R. L.; BORGES, A. M.; MUNIZ, L. C. et al. Plantas medicinais utilizadas na saúde da mulher no Brasil. **Revista Horizonte de Enfermería**, v. 22, n. 1, p. 23-33, 2011.
- VEILLETTE, A. M. et al. La Belle Mort en Milieu Rural: a report of an ethnographic study of the good death for Quebec rural francophones. **Journal of Palliative Care**, v. 26, n. 3, p. 159-66, 2010.
- VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira (Org.). **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p. 36-46
- VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. V.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde** – uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- WAJCMAN, J. Tecnologia de produção: fazendo um trabalho em gênero. **Cadernos Pagu**, v. 10, p.201-256, 1998.
- WALDOW, V. R. El cuidado integral del ser humano. In: WALDOW, V. R. (Coord.). **Cuidado de enfermería**. Reflexiones entre orillas. Granada: Fundación Index, 2014. p. 1-22.
- WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde** – as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2004.
- WANDERLEY, M. N. B. A ruralidade no Brasil moderno. Por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: GIARRACCA, N. **¿Una nueva ruralidad en América Latina?** Buenos Aires (AR): CLACSO, 2001. p. 31-44. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/rural/wanderley.pdf> Acesso em: 30 set. 2013.
- WANDERLEY, M. N. B. Agricultura familiar e campesinato: rupturas e continuidade. **Estudos Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 42-61, 2003.
- WANDERLEY, M. N. B. O Campesinato Brasileiro: uma história de resistência. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Piracicaba-SP, v. 52, supl. 1, p. S025-S044, 2014.
- WANDERLEY, M. N. B. Raízes históricas do campesinato brasileiro. In: **Anais do XX Encontro Anual da ANPOCS**. GT 17. Processos sociais agrários. Caxambu, MG, out., 1996.
- WEDIG, J. C.; MENASCHE, R. Comida e classificações: homens e mulheres em famílias camponesas. **Caderno Espaço Feminino**, v. 20, n. 2, p. 57-74, 2008.
- WILSON, D. M. et al. The "good" rural death: a report of an ethnographic study in Alberta, Canada. **Journal of Palliative Care**, v. 25, n. 1, p. 21-9, 2009.
- WILSON, D. M. et al. The "good" rural death: a report of an ethnographic study in Alberta, Canada. **Journal of Palliative Care**, v. 25, n. 1, p. 21-9, 2009.

- WOJNAR, D. M. Teoría de los cuidados. In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. (Org.) **Modelos y teorías em enfermmería**. 7. ed. Barcelona: Elsevier España, 2011. p. 741-51.
- WONCA. Working Party on Rural Practice. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, suppl. 1, p. 15-24, 2013. Disponível em: <http://www.rbmfmc.org.br/index.php/rbmfc/article/viewFile/728/543> Acesso em: 31 ago. 2013.
- WOORTMANN, E. F. A comida como linguagem. **Habitus**, Goiânia, v. 11, n.1, p. 5-17, jan./jun. 2013.
- WOORTMANN, E. F. **Comida e turismo: *habitus* e hábitos**. In: VI SEMINÁRIO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM TURISMO, 6., 2009. São Paulo: Universidade Anhembi Morumbi, 2009. p. 1-10.
- WOORTMANN, E. F. **Herdeiros, parentes e compadres**. Colonos do Sul e sitiantes do Nordeste. São Paulo; Brasília: Editora da UnB; Hucitec, 1995.
- WOORTMANN, E. F. Padrões tradicionais e modernização: comida e trabalho entre camponeses teuto-brasileiros. In: MENASCHE, R. (Org.). **A agricultura familiar à mesa: saberes e práticas da alimentação no Vale Taquari**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, p. 177-196.
- WOORTMANN, E. F.; WOORTMANN, K. **O trabalho da terra: a lógica e a simbólica da lavoura camponesa**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.
- WOORTMANN, K. "Com parente não se neguceia": o campesinato como ordem moral. **Anuário Antropológico**, p. 11-73, 1990.
- WOORTMANN, K. A comida, a família e a construção do gênero feminino. **Série Antropologia**, v. 50, p. 1-43, 1985.
- WOORTMANN, K. O sentido simbólico das práticas alimentares. In: ARAÚJO I. M. C.; TENSER, C. M. R. (Org.). **Gastronomia: cortes e recortes**. Brasília: SENAC, 2006.
- WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção em família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.
- WUNSCH, S.; BUDÓ, M. L. D.; BEUTER, M.; GARCIA, R. P.; SEIFFERT, M. A. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 533-538, 2014.
- WUNSCH, S.; BUDÓ, M. L. D.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; GARCIA, R. P.; OLIVEIRA, S. G. Cuidado como compromisso de todos: estudo em assentamento rural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 65-71, 2014.
- ZILLMER, J. G. V. **Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer**. 2009. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.
- ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; CEOLIN, T.; HECK, R. M. The present-day family: a challenge for nursing. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v.3, p. 319-324, 2009.

Apêndices

Apêndice I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem

Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Sistema de cuidado em saúde dos agricultores ecológicos do Sul do Rio Grande do Sul

Pesquisadora: Prof^a Dda. Teila Ceolin

Tel.: (53) 8142-2222

Email: teila.ceolin@gmail.com

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita M. Heck

Venho através deste, solicitar a sua colaboração para participar da pesquisa intitulada: “Sistema de cuidado em saúde dos agricultores ecológicos do Sul do Rio Grande do Sul”. Tem como objetivo conhecer o sistema de cuidado em saúde das famílias dos agricultores ecológicos do Sul do Rio Grande do Sul.

Procedimentos: a pesquisa será realizada através de observação com anotações em diário de campo, entrevista e registro fotográfico. A entrevista será gravada, após transcrita e analisada junto com as dos demais participantes. Nenhum participante será identificado. Os resultados serão divulgados em revistas e eventos científicos e estarão a sua disposição e demais participantes.

Riscos: esta pesquisa não acarretará riscos ou danos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo e/ou doloroso, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. O (a) Sr^(a) responderá apenas questões de livre e espontânea vontade. Em caso de as perguntas acarretarem desconforto emocional ou constrangimento, poderá interromper e/ou desistir de participar em qualquer momento, sem prejuízo algum.

Benefícios: a pesquisa apresenta como benefícios aos participantes reconhecer e refletir sobre as práticas de cuidado à saúde, assim como o sistema de cuidado utilizado pelo grupo social.

Pelo presente consentimento, eu, _____
RG _____ declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Declaro que os pesquisadores responderam a todas as minhas indagações até minha completa satisfação, portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Pelotas, ____ de _____ de 2014.

Participante da pesquisa

Prof^a Dda. Teila Ceolin
Pesquisadora

Prof^a Dr^a Rita M. Heck
Orientadora

Apêndice II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem

Consentimento para Registro Fotográfico

Pesquisa: Sistema de cuidado em saúde dos agricultores ecológicos do Sul do Rio Grande do Sul

Pesquisadora: Prof^a Dda. Teila Ceolin

Tel.: (53) 8142-2222

Email: teila.ceolin@gmail.com

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita M. Heck

Venho através deste, solicitar a sua colaboração para participar da pesquisa intitulada: “Sistema de cuidado em saúde dos agricultores ecológicos do Sul do Rio Grande do Sul”. Tem como objetivo conhecer o sistema de cuidado em saúde das famílias dos agricultores ecológicos do Sul do Rio Grande do Sul.

Procedimentos: a pesquisa será realizada através de observação com anotações em diário de campo, entrevista e registro fotográfico. O registro fotográfico tem visa capturar as imagens das práticas de cuidado realizadas. Nenhum participante será identificado. Os resultados serão divulgados em revistas e eventos científicos e estarão a sua disposição e demais participantes.

Riscos: esta pesquisa não acarretará riscos ou danos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo e/ou doloroso, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. O (a) Sr^(a) responderá apenas questões de livre e espontânea vontade. Em caso de as perguntas acarretarem desconforto emocional ou constrangimento, poderá interromper e/ou desistir de participar em qualquer momento, sem prejuízo algum.

Benefícios: a pesquisa apresenta como benefícios aos participantes reconhecer e refletir sobre as práticas de cuidado à saúde, assim como o sistema de cuidado utilizado pelo grupo social.

Pelo presente consentimento, eu, _____
RG _____ declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Declaro que os pesquisadores responderam a todas as minhas indagações até minha completa satisfação, portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Pelotas, ____ de _____ de 2014.

Participante da pesquisa

Prof^a Dda. Teila Ceolin
Pesquisadora

Prof^a Dr^a Rita M. Heck
Orientadora

Apêndice III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem

Diário de Campo

Local	
Data	
Atividade observada	
Integrantes da família que estavam presentes	
Duração da observação (horário de início e término)	
Tempo de deslocamento (horário de saída e retorno a Pelotas)	
Distância percorrida	
Gastos	

Notas descritivas	Notas analíticas
Notas metodológicas	

Apêndice IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem

Roteiro da entrevista semiestruturada

I – IDENTIFICAÇÃO
Nome: Idade: Escolaridade: Ascendência: Religião: Renda familiar: Nome, idade e ocupação de cada membro da família: Cor da casa: Quais eletrodomésticos há na residência? Funções na comunidade: Produção da propriedade: Endereço: Contato: Data da entrevista: Georreferenciamento:
II – QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA
1. Como é a rotina diária dos membros da família? 2. Como é realizada a divisão do trabalho? Quais tarefas competem à mulher e quais ao homem? 3. Quais as principais atividades realizadas na propriedade (venda e consumo familiar)? 4. Quem decide sobre o que é produzido na propriedade? 5. Quem é responsável pela venda dos produtos produzidos na propriedade? 6. Para o (a) senhor (a), o que é saúde? 7. Para o (a) senhor (a), o que é doença? 8. O que o (a) senhor (a) entende por cuidado à saúde? 9. O (a) senhor (a) considera-se uma pessoa que cuida da sua saúde? Porquê? Sem sim, como realiza o seu cuidado? 10. Como é realizado o cuidado à saúde na sua família? Quem realiza? 11. Quando tem algum problema de saúde, qual sua primeira escolha para o cuidado? Quem procura? Comente. 12. Quais os tipos de alimentos indicados para crianças pequenas, grávidas, mulheres depois do parto, idosos...? (Quente/frio; forte/fraco) 13. Quais são os alimentos consumidos diariamente e quais em datas especiais? 14. Utiliza plantas medicinais no cuidado à saúde? Quais? 15. Na sua família é ensinado as crianças como cuidar da saúde? Se sim, como? 16. Os jovens participam do cuidado à saúde da família? 17. Como é realizado o cuidado às pessoas em diferentes situações ou idades (gestante, idoso, criança...)? 18. Há pessoas, do seu convívio, que necessitam de cuidados diferenciados, como idosos e pessoas acamadas? Comente. 19. Quais demais espaços (comunidade, vizinhos, posto de saúde, <i>benzedeira</i>) que o (a)senhor (a)ou sua família utilizam para o cuidado à saúde? Comente.

20. O que pensa sobre o trabalho da criança e do jovem no meio rural?
21. Qual sua opinião sobre o cultivo do fumo e do agroecológico?
22. O que considera aceitável e o que é risco para a saúde? (Utilização de veneno X cuidado a saúde)
23. Porque uns casam e outros vão morar junto? O que é diferente?
24. Como escolhe com quem vai casar? Pode escolher? O que é importante neste momento? O que você quer para seu filho(a)?
25. É um problema plantar fumo e ser orgânico ao mesmo tempo?
26. Porque terra não se vende, somente se compra?
27. Em relação ao cuidado o que se paga com dinheiro e o que não se paga?
28. Fale sobre a importância ou não dos vizinhos.

Apêndice V

Categorização (nós) das entrevistas e diários de campo no software NVivo

Contextualização do rural
Ascendência Casamento Dialeto (pomerano e alemão) Educação dos filhos Fotografias Funções na comunidade (ao referirem-se as funções na comunidade, liderança e conquistas camponesas) Comércio de alimentos e combustível no rural Descrição da propriedade e casa Descrições do ambiente, clima, trajeto no decorrer da coleta de dados Georreferenciamento das propriedades Grupo OASE Instituições governamentais e não-governamentais História e relação com a comunidade Advento e religiosidade História da localidade do Remanso Interação com a pesquisadora Lazer Localidades investigadas Meios de comunicação utilizados Meios de transportes utilizados Mobilização da comunidade/localidade Relação com os vizinhos (importância ou não) Relação familiar Roubos na área rural Acesso a água
Trabalho - Terra - Família
Cultivos diversos na região (quando citam outros cultivos) Cultivo do fumo <i>versus</i> agroecológico (+ Plantar fumo e ser orgânico ao mesmo tempo) Cultivo ecológico e feira ecológica Decisão sobre o que é produzido na propriedade Divisão do trabalho Fumicultura Produção da propriedade (venda e consumo familiar; renda a partir de outras fontes de trabalho dos integrantes da família) Relação com as empresas que compram fumo Relação com o ambiente e propriedade Renda familiar Responsabilidade pela venda dos produtos produzidos na propriedade Rotina diária dos membros da família Terra não se vende (relação com a terra) Trabalho da criança e do jovem no meio rural Utilização de veneno (agrotóxicos)
Alimentação
Alimentos consumidos diariamente e em datas especiais Alimentos indicados para crianças pequenas, grávidas, mulheres depois do parto, idosos Alimentos industrializados (quando utilizam ou comentam sobre) Consumo dos alimentos <i>versus</i> agrotóxicos

Preparo dos alimentos-refeições
Cuidado à saúde
O que é considerado aceitável e o que é risco para a saúde? Atenção biomédica (serviços de saúde do sistema formal) Conceito de Doença Conceito de Saúde Considera-se uma pessoa que cuida da sua saúde Cuidado - que se paga e o que não se paga com dinheiro Cuidado à saúde (conceito/cuidado individual) Cuidado à saúde na sua família Cuidado às pessoas em diferentes situações ou idades (gestantes, crianças, idosos...) Ensino do cuidado à saúde às crianças Relação do meio ambiente e a saúde Necessidade de cuidados diferenciados (idosos, pessoas acamadas...) Outros espaços de cuidado à saúde (igreja, pastoral da saúde, religião...) Participação dos jovens no cuidado à saúde da família Plantas medicinais no cuidado à saúde Primeira escolha para o cuidado Problemas de saúde (individual e na família)
Notas gerais
Notas metodológicas

Anexo

**FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Sistema de cuidado em saúde dos agricultores ecológicos do Sul do Rio Grande do Sul

Pesquisador: Teila Ceolin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30407414.2.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 649.818

Data da Relatoria: 19/05/2014

Apresentação do Projeto:

A saúde dos indivíduos e suas famílias está diretamente relacionada as práticas cotidianas e ao cuidado à saúde realizadas por estes, os quais sofrem influências diversas, como do contexto sociocultural e das políticas governamentais. As distintas práticas de cuidado compõem o sistema de cuidado à saúde de uma sociedade, o qual é constituído por diferentes setores. O sistema de cuidado é peculiar a cada sociedade, pois reflete sua cultura, seus valores e crenças, sendo reproduzido e ressignificado nas ações cotidianas, por meio da interação entre as pessoas. Para realizar o cuidado à saúde, cada pessoa ou família, pode utilizar-se de diferentes setores de um sistema de cuidado, de acordo com sua necessidade. Os setores do sistema de cuidado configuram-se de acordo com cada sociedade, sendo influenciados pelo contexto social, econômico e cultural. O estudo será qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, empregando a etnografia como referencial metodológico.

pesquisa ocorrerá em um território rural, chamado Remanso, localizado no município de Canguçu/RS, com pelo menos 15 agricultores ecológicos, podendo este número ser expandido, devido ao método etnográfico adotado. O contato com os agricultores irá ocorrer por meio de uma informante-chave. Visando assegurar o anonimato dos participantes, eles serão identificados através das nomenclaturas: agricultor 1, agricultor 2, seguidos pelo sexo e idade. Ex.: agricultor 1,

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 649.818

mas., 58. Os dados obtidos no presente projeto serão armazenados por cinco anos no Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. A coleta de dados será realizada no período de maio a agosto de 2014, nas residências dos agricultores ecológicos e demais espaços comunitários que os participantes da pesquisa estiverem integrados. Realizar um estudo que

considera aspectos culturais implica na adoção de um conjunto de instrumentos de pesquisa. Neste estudo será utilizada a etnografia como metodologia de investigação; a observação participante, a rede de relações, a entrevista gravada e o registro fotográfico como técnicas que orientam e fundamentam a coleta de dados; como técnica de registro de dados será utilizado o diário de campo; e para validação dos dados coletados, será realizado o grupo focal. Devido ao método etnográfico, a análise dos dados ocorrerá em todo processo

investigativo. Investigar o sistema de cuidado à saúde, com a perspectiva cultural das famílias de agricultores de base ecológica, requer habilidades que se apresentam como desafios, sendo necessário conhecer o contexto no qual produzem e reproduzem o conhecimento e os valores atribuídos, para então poder identificar o significado destas práticas no cuidado à saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Compreender o sistema de cuidado em saúde dos agricultores ecológicos do Sul do Rio Grande do Sul.

Objetivos específicos

Conhecer o processo saúde e doença do contexto de agricultores ecológicos;

Identificar as práticas de cuidado utilizadas pelas dos agricultores ecológicos;

Investigar os diferentes setores de cuidado utilizados pelas dos agricultores ecológicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa envolve exclusivamente a realização de entrevistas e a observação dos participantes, não incluindo nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. Os participantes do estudo responderão apenas questões de livre e espontânea vontade. Se as perguntas acarretarem algum tipo de desconforto os participantes poderão interromper e/ou desistir de participar do estudo em

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 649.818

qualquer momento, sem prejuízo algum.

Benefícios:

A pesquisa apresenta como benefícios aos participantes reconhecer e refletir sobre as práticas de cuidado à saúde, assim como o sistema de cuidado utilizado pelo grupo social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e se propõe investigar o sistema de cuidado à saúde na perspectiva cultural das famílias de agricultores de base ecológica. Apresenta como desafio conhecer o contexto no qual os agricultores e seus familiares produzem e reproduzem o conhecimento das práticas no cuidado à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

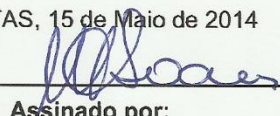
E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 649.818

PELOTAS, 15 de Maio de 2014


Assinado por:

Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br