

Os valores no cuidado em saúde de mulheres do campo

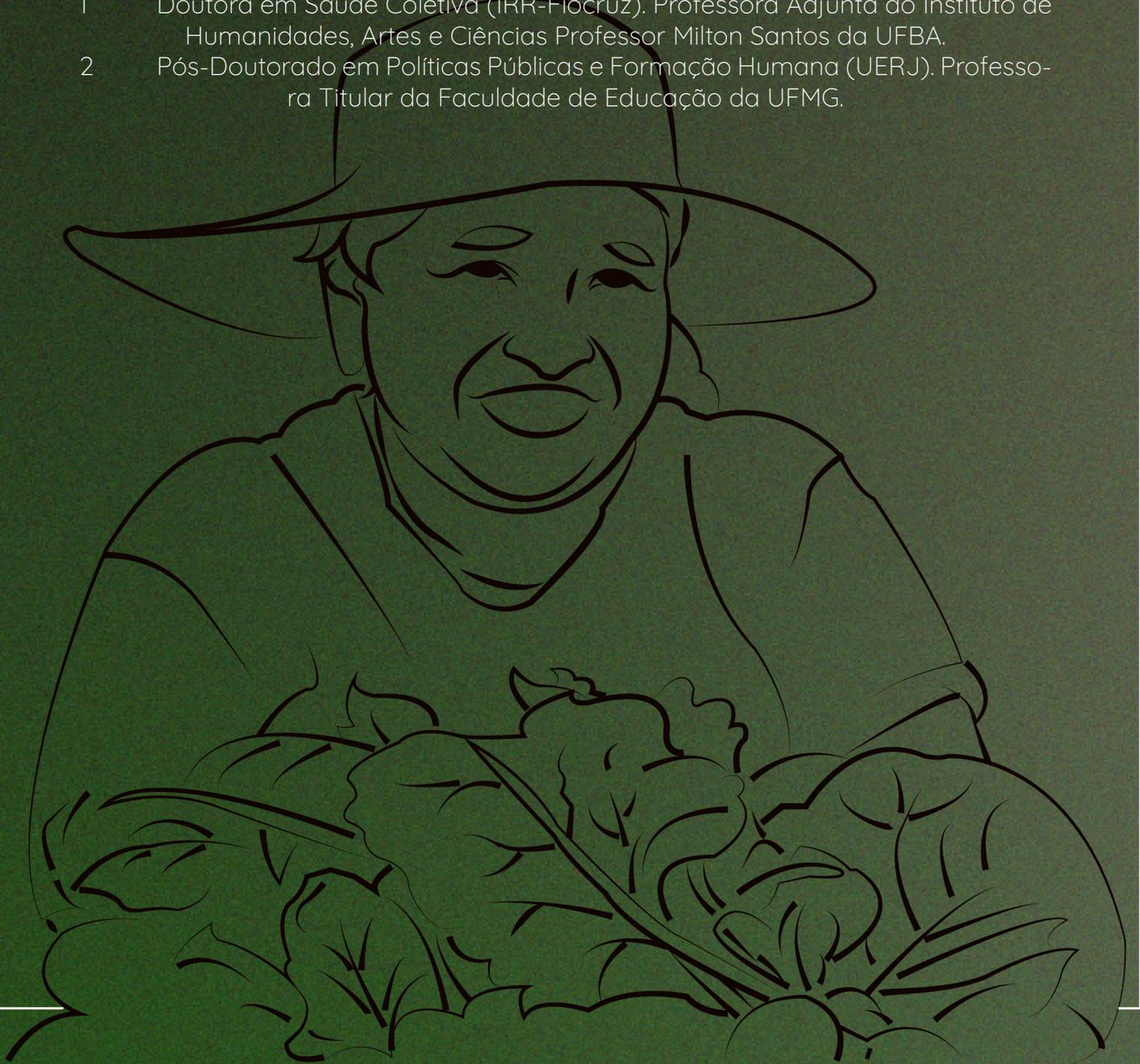
Values in the health care of rural women

Bianca Rückert ¹

Antônia Vitória Soares Aranha²

1 Doutora em Saúde Coletiva (IRR-Fiocruz). Professora Adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da UFBA.

2 Pós-Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana (UERJ). Professora Titular da Faculdade de Educação da UFMG.



Resumo: Este trabalho objetivou investigar os valores que atravessam a atividade do cuidado em saúde de mulheres do campo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa envolvendo um grupo de cinco mulheres da região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil. A produção dos dados ocorreu através de observação participante e entrevistas semiestruturadas. O referencial teórico fundamentou-se na abordagem ergológica sobre o trabalho como atividade humana em diálogo com a Saúde Coletiva. Para análise dos dados, utilizou-se análise de conteúdo construtiva interpretativa. O estudo aponta para valores relacionados ao cuidado como relação intersubjetiva, ao reestabelecimento da dimensão normativa do ser, à integração homem-natureza e à solidariedade entre as mulheres cuidadoras. Ressalta-se o desafio de se incorporar as especificidades dos modos de fazer saúde das mulheres camponesas nas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Cuidado Informal, População Rural; Terapias Complementares.

Abstract: This study aimed to investigate the values that cross the health care activity of women of the field. This is a qualitative research involving a group of five women from the Rio Doce Valley region, Minas Gerais, Brazil. Data production occurred through participant observation and semi-structured interviews. The theoretical framework was based on the ergological approach to work as a human activity in dialogue with Public Health. For data analysis, it was used interpretative constructive content analysis. The study points to values related to care as an intersubjective relationship, the reestablishment of the normative dimension of being, man-nature integration and solidarity between female caregivers. It is highlighted the challenge of incorporating the specificities of the ways of doing health to peasant women in public health policies.

Key words: Health Knowledge, Attitudes, Practice; Informal Care; Rural Population; Complementary Therapies.

1 INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, a saúde é comumente associada à ausência de doença e ao bom funcionamento dos órgãos. Tal ideia origina-se da concepção biomédica, que tem como principais pressupostos as noções de localização, especificidade e intervenção na doença (BATISTELLA, 2007). Para tanto, a Biomedicina oferta um cuidado médico fragmentado, capaz de intervir no corpo humano e consertá-lo, alienando o sujeito do seu contexto de vida. Nessa perspectiva, o corpo é compreendido como espaço da doença, e não da vida (MINAYO, 1997).

Por manipular um conjunto de instrumentos técnicos e científicos, a Biomedicina se autoproclama como uma prática “neutra”. Entretanto, esta análise desconsidera as condições econômicas, políticas e ideológicas às quais a prática médica se propõe a responder (DONNANGELO, PEREIRA, 1979). Assim, como toda atividade humana, o trabalho em saúde também é atravessado por aspectos políticos, sociais e culturais que se expressam no âmbito dos valores.

Mas, por maior que seja a influência da Biomedicina nas concepções de saúde da sociedade contemporânea, outros valores atravessam os saberes e as práticas de saúde difundidas na população, em especial, das camadas populares. Luz e Barros (2012) destacam que tais saberes e práticas apresentam concepções de adoecimento e cura que divergem, em maior ou menor medida, da concepção biomédica. Gomes e Merhy (2011, p. 14) reconhecem que essas práticas podem contribuir na “constituição de sujeitos que tenham capacidade de definir os rumos de suas próprias vidas, de ampliar sua autonomia” e, por isso, ressaltam a importância de se conhecer e se valorizar as formas de fazer saúde desses grupos populacionais na construção de um cuidado integral em saúde.

Nesse contexto inserem-se as práticas e sistemas médicos também denominados como práticas populares de cuidado e medicina tradicional e complementar. A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza o conceito de Medicina Tradicional e Complementar (MTC), a partir de uma fusão dos termos Medicina tradicional e Medicina complementar. O primeiro refere-se aos saberes e práticas fundamentados em teorias e crenças de variadas culturas, orientadas ou não por uma racionalidade médica (LUZ, 2012a) e utilizadas com o objetivo de promoção e reabilitação à saúde e prevenção, diagnóstico e cura de doenças. Já o segundo conceito relaciona-se a um rol de práticas que não integram a Medicina convencional de certo país e nem estão integralmente inseridas no sistema de saúde hegemônico. Em todo o mundo, os cuidados com base na MTC configuram a principal, ou mesmo única, forma de cuidado disponível para milhões de pessoas. Por outro lado, tais recursos têm sido constantemente ressaltados por sua eficácia e baixo custo, especialmente no que tange ao cuidado às condições crônicas não transmissíveis (OMS, 2013).

As populações do campo, em especial, são marcadas pela diversidade de saberes e práticas de saúde, que pode ser observada no uso das plantas medicinais, nas ações de segurança alimentar e nutricional, na espiritualidade e religiosidade, nas ações de apoio social, ou mesmo em outras práticas da Medicina tradicional e complementar, como a terapia floral, o reiki e a homeopatia. Vale ressaltar que este é um saber que envolve principalmente as mulheres e as gerações mais velhas. (RÜCKERT, CUNHA, MODENA, 2018).

Para Pulga (2013), as mulheres camponesas apresentam uma forma singular de cuidar da vida e da saúde, que articula práticas populares de cuidado às lutas pelo direito à saúde e por um novo modelo de desenvolvimento para o campo. De acordo com esta autora, essas formas de cuidado são produzidas a partir de um processo educativo-terapêutico estruturado no trabalho coletivo e comunitário. Nessa mesma perspectiva, Marques e colaboradores (2015) reconhecem a contribuição dos grupos de mulheres agricultoras na saúde comunitária e planetária, uma vez que são elas as principais cuidadoras da biodiversidade e das relações sociais.

Partindo dessas reflexões, neste artigo abordamos os valores relacionados ao cuidado em saúde de mulheres de assentamentos e acampamentos rurais da região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil. Para tal, contamos com o aporte teórico e metodológico sobre o trabalho como atividade humana da Ergologia, em diálogo com a Saúde Coletiva.

A Ergologia é um referencial teórico e metodológico que possibilita construir um olhar clínico sobre o trabalho e considerá-lo a partir dos debates de normas e valores que se inscrevem na atividade humana, assim como expresso por Schwartz e Durrive:

[...] uma das bases do que nós podemos chamar de perspectiva ergológica, [...] é a constatação de que *somos sempre apanhados pela retaguarda, no que tange à atividade humana*. Ela está sempre, em um dado meio, em negociação de normas. Trata-se de normas anteriores à própria atividade: a atividade negocia essas normas em função daquilo que são suas próprias. Qualquer que seja a situação há sempre uma negociação que se instaura. E cada ser humano – e principalmente cada ser humano no trabalho – tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem sucedida) recompor, em parte, o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda. [...] Esta recomposição pode ser mínima ou mais significativa (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 31).

Trinquet (2010, p. 96) afirma que atividade “é o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os ‘outros’; [...] é o que faz com que o trabalho possa se realizar e de fato se realiza”. Por isso, o trabalho enquanto atividade humana não pode se restringir à sua dimensão técnica ou mecânica, pois pressupõe uma estreita relação com o homem.

Nas origens da Ergologia destaca-se a contribuição da Filosofia da Vida de Georges Canguilhem (2009). De acordo com este autor, a vida é um debate de normas, que ocorre entre a normatividade vital, fundada nos valores próprios do ser, e a normatividade social, fundada nos valores do meio. Por isso, o ser humano é um ser normativo, capaz de criar novos padrões para si a todo o momento que se fizer necessário. Mas a normatividade não pode ser pensada a partir do indivíduo isoladamente, pois é a dinâmica da vida que traz o sentido normativo do homem (CANGUILHEM, 2009). Nas palavras desse autor:

A vida não é, a bem da verdade, segundo nós, senão a mediação entre o mecânico e o valor, é dela que se tiram por abstração, como termos de um conflito sempre aberto, e por isto mesmo gerador de toda experiência e de toda história, o mecanismo e o valor. O trabalho é a forma que toma para o homem o esforço universal de solução do conflito. As normas do trabalho têm, portanto, inevitavelmente um aspecto mecânico, mas só são normas pela sua relação com a polaridade axiológica da vida, da qual a humanidade é a tomada de consciência (CANGUILHEM, 2001, p. 120-1).

Assim, partindo das contribuições da Ergologia acerca da atividade humana como debate de normas, analisamos os valores que atravessam o cuidado em saúde desenvolvido por mulheres camponesas. Para tanto, desenvolvemos três reflexões. A primeira reflexão refere-se ao cuidado como relação intersubjetiva, escuta qualificada e diálogo. A segunda diz respeito à concepção de terapêutica expressa na atividade do cuidado, para a qual as mulheres utilizam os recursos da Medicina Tradicional e Complementar. A terceira, por fim, relaciona-se aos valores de cooperação e solidariedade entre as mulheres que permeiam o trabalho coletivo de cuidado.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Nesta pesquisa, baseamo-nos na metodologia de investigação qualitativa (REY, 2005). Esta abordagem parte do pressuposto do conhecimento enquanto construção humana e objetiva acessar as dimensões históricas e culturais da realidade por meio de abordagens interpretativas.

Este estudo também se define como um estudo de caso, que visa à investigação das singularidades dos objetos investigados em detrimento da noção de quantidade e generalidade. Entretanto, no estudo de caso, as singularidades são investigadas considerando-as parte de uma tensão permanente que se instaura entre a subjetividade individual e o meio social (REY, 2005). Por isso, o estudo de caso adota uma perspectiva dialética, assim como a desenvolvida pela Ergologia. Esta pressupõe o trabalho da dialética entre o singular e o geral na atividade humana. O singular pode ser observado no âmbito das variabilidades da

atividade, e o geral, por sua vez, ao considerarmos que toda subjetividade reflete escolhas sociopolíticas (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

O trabalho de campo foi desenvolvido no período de julho de 2011 a março de 2012. Para o trabalho de campo realizamos observação participante e entrevista semiestruturada. Na observação participante, buscou-se evidenciar os contextos das práticas de cuidado, a forma de participação das pessoas, as relações interpessoais e os principais impactos das práticas. Já o roteiro de entrevista buscou contemplar questões acerca do histórico das práticas de cuidado e suas motivações, e das técnicas e dos saberes mobilizados.

A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos, submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Protocolo CAAE-0114.0.203.000-11 e aprovada em 14 de junho de 2011. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Suas identidades foram preservadas e seus nomes alterados para correspondentes fictícios.

Para a produção teórica realizou-se análise de conteúdo construtiva interpretativa (REY, 2005). Nesse método de análise, busca-se construir eixos de produção teórica, considerando-se as singularidades e as generalidades dos resultados. Estes foram confrontados com referenciais teóricos da Ergologia e da Saúde Coletiva.

Participaram da pesquisa cinco mulheres provenientes de assentamentos e acampamentos rurais da região do Vale do Rio Doce, em Minas Gerais, localizados nos seguintes municípios de Frei Inocência, Governador Valadares, Jampruca e Mathias Lobato. Esses acampamentos e assentamentos integram o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra do Brasil, um movimento social de caráter sindical e político que se encontra presente em 23 estados e no Distrito Federal.

No momento de realização do trabalho de campo, as mulheres possuíam entre 41 e 60 anos de idade e integravam o Coletivo de Mulheres Cuidadoras, organizado para desenvolver ações de cuidado comunitárias, bem como socializar saberes e práticas de saúde. Embora este Coletivo tenha como referência o ano de 2010, momento em que elas passaram a se organizar de forma mais efetiva em torno das ações de saúde na região, é difícil demarcar o momento exato do seu surgimento. Os primeiros registros de ações de educação e saúde na região são do final dos anos 1990. Mas foi a partir de 2010 que elas passaram a se encontrar regularmente nos finais de semana de lua cheia, para discutir a organização do Coletivo, socializar seus conhecimentos, produzir remédios e cuidar umas das outras. Paralelamente, diversas pessoas passaram a procurar o Coletivo para atender suas necessidades de saúde. Geralmente realizavam o trabalho de cuidados de forma coletiva.

Inicialmente, utilizavam recursos terapêuticos como plantas medicinais e fitoterapia, geoterapia, radiestesia e alimentação saudável. Posteriormente, passaram a incorporar o

uso dos florais, da homeopatia, do reiki e da aromaterapia. Vale destacar que a maioria desses recursos engloba o rol de práticas reconhecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)³. Ademais, desenvolviam o acompanhamento às pessoas de suas comunidades nos serviços de saúde, nas internações hospitalares, além do cuidado às gestantes e puérperas. Ressalta-se que cuidados espirituais também eram ofertados como parte deste trabalho.

Na próxima seção apresentaremos os principais resultados e reflexões que emergem a partir do estudo sobre os valores que atravessam a atividade do cuidado em saúde dessas mulheres.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O cuidado como encontro com o outro

As ações de cura e cuidado realizadas pelas mulheres do Coletivo desenvolviam-se de forma processual, a partir de um acompanhamento permanente. Nesse processo, observamos que elas buscavam conhecer melhor a pessoa, seus hábitos de vida e recursos disponíveis para então propor cuidados com base na MTC. Algumas pessoas que demandavam um cuidado mais intensivo eram hospedadas em suas casas. Ao cuidado incorporava-se alimentação saudável, geoterapia, cuidado espiritual e momentos de escuta sensível e qualificada. Assim, na atividade do cuidado, elas desenvolvem o que estiver ao alcance, seja como terapeutas, seja como acompanhantes:

Se a pessoa precisar, eu tenho disponibilidade pra ajudar. Eu acho que a saúde é o principal. Se você precisar de mim hoje e eu falar que amanhã vou te ajudar, não vai resolver... Ou é hoje ou não é (Clara)

Não pode ser comum você ver uma pessoa doente e achar que não tem mais jeito. Sempre tem um jeito... Sempre tem que ter. A gente tem que buscar esse jeito, né... (Rosa)

Ao nos depararmos com os valores que circulam a atividade do cuidado desenvolvido pelas mulheres do Coletivo de Cuidadoras, percebemos um cuidado que se expressa na forma de uma atitude perante o outro que integra atenção, zelo, escuta e diálogo. Trata-se de uma atitude desenvolvida em diferentes tempos e espaços, visando a minimizar o sofrimento do outro e a contribuir para a promoção da vida. Nessa forma de cuidar, observa-se uma busca pelo encontro com o outro, no sentido mais humanizador e emancipador da atividade, assim como demonstrado por Olga:

3 A PNPIC foi instituída em 2006, por meio das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006.

Tem um caso de um moço [...] É um senhor, e ele tem muitas dificuldades e ele apanha muitos bichos no pé. Eu falo com você que eu tinha uma alegria, mas não é prazer de tirar os bichos, mas o prazer dele me procurar pra eu cuidar dos pés dele (Olga).

Nesse processo, o diálogo e a escuta qualificada assumem papel central e possibilitam compreender o sujeito a partir do seu sofrimento e das suas necessidades de saúde (BOFF, 1999):

O tratamento é muito bom e recupera as pessoas, principalmente quando a pessoa tem depressão, e quando você conversa com ela, desabafa tudo. Costuma melhorar só com conversa (Clara).

Esta escuta está relacionada a um interesse por compreender o contexto de vida das pessoas, como expresso no depoimento abaixo:

Outra coisa que me marcou também foi o convívio com as famílias pra saber o que elas comem, o que bebem, como vivem, como é a casa, o ambiente em que elas estão vivendo, com quem elas convivem, qual o meio social delas ali, qual a convivência social... Porque isso ajuda no tratamento, na recuperação (Rosa).

Assim, observamos que as práticas de saúde das integrantes do Coletivo de Cuidadoras contribuem para o resgate do sentido do *cuidado* como encontro com o outro, compartilhamento, desvelo e atenção, preocupação e inquietação, envolvimento e afetividade (BOFF, 1999) e como forma de aproximação das práticas de saúde aos projetos de felicidade humana (AYRES, 2004a, AYRES, 2004b). Na citação abaixo, este sentido de cuidado torna-se evidente:

[...] no campo das práticas populares de saúde, o cuidar do Outro mostra-se como o verdadeiro sentido dessas práticas. É visível no trabalho das parteiras tradicionais, nas práticas de saúde que ocorrem nos terreiros de candomblés, no acolhimento e na escuta que os erveiros e raizeiros dispensam a quem os procuram, nos benzedores, na religiosidade, enfim, o cuidar do Outro é um constante exercício de solidariedade que afirma cotidianamente a possibilidade de afirmação da vida (PEDROSA, 2007, p. 97).

Nesse processo, faz-se presente a tecnologia do acolhimento enquanto dispositivo que possibilita que o usuário esteja presente na relação terapêutica e faça suas demandas serem ouvidas (AYRES, 2004b). Isto é, o cuidado das mulheres camponesas pressupõe o diálogo e a escuta qualificada, que se faz presente a todo o momento que houver esta necessidade. Por isso, Pinheiro (2009, p. 113) caracteriza o cuidado como “atitude interativa, que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes”, ou seja, como relação intersubjetiva.

Assim, este estudo reforça os achados de Pulga (2013) sobre as contribuições político-pedagógicas que emergem das práticas de cuidado de mulheres camponesas. Esta autora reconhece que tais práticas são caracterizadas por aspectos como acolhimento, escuta, respeito e diálogo. Este, por sua vez, possibilita problematizar as possíveis causas do adoecimento.

Ademais, chama atenção a história de Olga, marcada pelo sofrimento mental, adoecimento, internações e dor, mas também pela resistência, superação e crescimento. Esta cuidadora relata a sua experiência da internação psiquiátrica, do enclausuramento e de ser cuidada de maneira agressiva:

Eu sentia essa rejeição dos outros cuidarem de mim. [...] aquele cuidado agressivo, de levar para o hospital, de batalhar uma clínica, de fechar dentro do quarto, de que não podia isso (Olga).

Através dos cuidados do Coletivo, no entanto, ela aprendeu a se cuidar e a conviver com seu sofrimento. Ressalta, com frequência, a melhora da sua saúde após a entrada no grupo, a qual se deve, principalmente, ao diálogo e ao cuidado entre as integrantes do Coletivo:

[...] A gente tem a confiança na Rosa, na Dorcelina, de começar daí a pedir ajuda e a contar que hoje eu vejo meus psicólogos, as minhas psicólogas, eu sempre falo isso, mas foi através do diálogo. Enquanto eu estava me entupindo dos outros medicamentos, não me abria. (Olga).

Assim, como toda atividade humana do trabalho, o cuidar para Olga e para as mulheres do Coletivo pressupõe uma “maneira certa”, um fazer correto, segundo valores que lhe são próprios. Aqui presenciamos o debate de normas da Ergologia, no qual as mulheres buscam renormalizar as normas vigentes na sociedade (SCHWARTZ, 1996). Nesse debate, ao adotar o cuidado como elemento central da assistência em saúde, elas extrapolam os limites da Biomedicina, por meio do diálogo, da afetividade e da alteridade.

De acordo com Pereira (2007) a ação assistencial em saúde pode apresentar um sentido acrítico, orientado pela perspectiva biomédica, cujo caráter instrumental é privilegiado; ou um sentido crítico, que favorece o potencial humanizador da atividade. Canguilhem (2001), por sua vez, critica as visões tecnicistas acerca da atividade humana ao afirmar que: “se se pudesse estabelecer que na raiz dos valores sociais não se encontra elemento da natureza de escolha [...] então os problemas da organização do trabalho poderiam ser tomados integralmente pela ciência” (2001, p. 113).

Assim, na Saúde Coletiva o cuidado é debatido como possibilidade de superação da perspectiva reducionista e tecnicista das ações assistenciais de saúde. Para Ayres (2004a), a assistência em saúde caracteriza-se por um misto de ciência e arte, ainda que a Biomedicina privilegie aquela em detrimento desta. Por isso, observamos um afastamento das ações

assistenciais em saúde dos projetos existenciais que conferem sentido a esta atividade. Nas palavras deste autor, “é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que o originam e justificam” (AYRES, 2004a, p. 83). Contudo, ressalta Ayres, o cuidado não significa renúncia aos recursos tecnológicos na atividade assistencial, mas sim uma prática que se reveste de uma postura de escuta e diálogo. A tecnologia serve de apoio a esse cuidado, mas não se resume ao cuidado em si.

Diante do exposto, destacamos que a atividade do cuidado, assim como desenvolvida pelas mulheres do Coletivo de Mulheres Cuidadoras, propõe justamente o resgate dessa dimensão intersubjetiva, da circulação de valores, da participação na construção de projetos humanos. Isto é, as mulheres integrantes do Coletivo de Cuidadoras resistem à racionalização cientificista na saúde e criam novos saberes e valores, revelando uma resistência às medidas impostas pela racionalização cientificista, como recusa e como criação (BARROS, 2007).

3.2 A terapêutica inscrita na atividade do cuidado

Realizadas as devidas considerações acerca dos valores relacionados à escuta qualificada, ao acolhimento e ao diálogo inscritos nas práticas de saúde das mulheres do Coletivo de Cuidadoras, nesta seção abordaremos os valores relacionados à terapêutica e ao uso dos recursos técnicos. Observamos que nas práticas de cura e cuidado dessas mulheres inscreve-se um olhar para o corpo humano na sua singularidade, o qual repercute na individualização do tratamento, como nos conta a cuidadora abaixo:

Uma coisa que me marcou foi a gente ver que, com todo esse pessoal que a gente atendeu até hoje, não tem nenhum chá que foi repetido. As pessoas podem ter a mesma doença, o mesmo problema, porém o tratamento precisa ser diferenciado. Por exemplo, uma dor de cabeça de duas pessoas você não cura com o mesmo remédio (Rosa).

Em outra passagem do seu depoimento, Rosa nos conta como foi possível individualizar o cuidado para cada paciente, a partir da apropriação de alguns recursos, como a radiestesia e a destilação das plantas medicinais. Assim, a singularização da terapêutica é permitida pela apropriação de certas tecnologias que proporcionam maior eficácia no recurso terapêutico adotado, conforme essa mesma cuidadora nos conta:

A princípio, as experiências com chás a gente via que não dava muito resultado por conta que as pessoas não tinham muito cuidado de tomar o chá todo dia do jeito que tinha que ser feito. [...] daí a gente foi criando outras formas. Isso tudo pra facilitar o tratamento porque a

gente percebia quando o tratamento era feito direitinho, com orientação, a pessoa recuperava mais depressa. [...] Então nós resolvemos fazer assim... Vamos destilar. Aí veio um padre, amigo nosso e que já trabalhava com destilador [...] Aí ele veio e passou essa experiência do destilador. [...] Foi muito bom pra gente ter ganhado esse destilador, porque foi daí que começou a entrar mesmo no tratamento (Rosa).

Além disso, observa-se uma compreensão do adoecimento em uma perspectiva dinâmica e processual, que caminha dos níveis mais profundos aos níveis mais externos do corpo humano, evidenciando uma visão integral sobre o ser humano:

Geralmente é assim... A pessoa começa a ter um problema, e começa com stress, com depressão, e de repente tem um nódulo, tem uma inflamação no útero... É sempre assim, entendeu? [...] À medida que vai curando uma, vai aparecendo a outra... (Roseli).

Como consequência desta visão dinâmica do adoecimento, é possível observar uma conduta de respeito à natureza humana, isto é, de deixá-la agir por conta própria. Nessa perspectiva, a terapêutica visa a fortalecer o organismo e sua capacidade de reagir perante a doença, buscando atuar nas causas dos adoecimentos:

Aí a gente tem que começar primeiro no estado mental, e a questão do floral... Eu passei pra ela o floral e umas tinturas antidepressivas. Aí, na segunda vez que ela veio cá, ela já veio bem demais, aí eu já passei um remédio para o problema de infecção que ela tinha no útero. Ela também estava com problema no estômago, mas agora eu acredito que, na volta dela aqui... (Roseli).

Perspectivas semelhantes foram encontradas no estudo de Pulga (2013) acerca do cuidado realizado pelas mulheres camponesas como busca de equilíbrio energético e de promoção da saúde a partir da complexidade das relações que compõem a dinâmica da vida.

Dessa forma, enquanto a Medicina científica ocidental possui como objeto a doença e como objetivo o embate e a supressão das doenças, as práticas da Medicina Tradicional e Complementar possuem como objeto de intervenção a pessoa “desequilibrada” ou “desarmonizada” e como objetivo a instauração ou amplificação da saúde. Observa-se, portanto, um paradigma transcultural que pode ser denominado de bionergético ou vitalista, compartilhado por essas práticas, que percebe a saúde como vitalidade e reconhece o corpo como campo de energia, em contraposição ao paradigma biomecânico, que percebe o organismo humano como a soma das partes e se volta para o confronto com as doenças. Na perspectiva do paradigma vitalista, a doença é considerada um processo mais complexo de mudança do estado de saúde (ANDRADE, COSTA, 2010; LUZ, 2012b).

Canguilhem (2009) defende que o normal deve ser concebido como um conceito dinâmico, ao invés de estático e pacífico. Já a doença deve ser concebida também como uma norma de vida, ainda que inferior, pois tolera menos desvios impostos pelo meio. Esta aparece à medida que o organismo não suporta mais as imposições do meio e precisa se modificar ao ponto de produzir reações patológicas em si mesmo. Por isso, a patologia, para Canguilhem, manifesta-se não de forma localizada, mas generalizada. Partindo dessa perspectiva, a ação curativa deve ter como objetivo restabelecer a dimensão normativa do ser, isto é, favorecer o surgimento de uma nova ordem a ser criada pelo próprio organismo (CANGUILHEM, 2009).

No entanto, a ciência médica ocidental, ao observar a ação da natureza na restauração do adoecimento, visa, por meio da técnica, a intervir no corpo humano, imitando a ação médica natural. Para Canguilhem, tal prática expressa uma noção de que o corpo doente deve ser passível às manipulações externas, pois, um corpo inerte e dócil exige uma medicina ativa. Este autor acrescenta que, se delegamos à técnica a tarefa de restaurar a normalidade afetada pela doença, “é porque nada esperamos de bom da natureza por si própria” (CANGUILHEM, 2009, p. 10). E assim, a Medicina científica ocidental é uma racionalidade que se estrutura em uma concepção de ser humano cuja natureza pode-se manejar segundo seus desejos normativos (CANGUILHEM, 2005).

Uma medicina espectadora, por sua vez, compreende os limites do seu poder e atribui ao corpo vivo “uma capacidade espontânea de conservação de sua estrutura e regulação de suas forças”. Trata-se de respeitar a sabedoria que advém da própria natureza (CANGUILHEM, 2005, p. 12).

É nesse sentido que as mulheres do Coletivo de Cuidadoras fazem uso das plantas medicinais e demais práticas populares e tradicionais de cuidado como dispositivos técnicos que promovem autonomia diante da medicalização inerente à Medicina científica ocidental:

Eu penso que o que me motivou [a trabalhar com as plantas medicinais] foi a gente ver que as pessoas estão sempre doentes. É um ciclo vicioso. As pessoas vão lá comprar um remédio pra dor de cabeça, daí o balconista já empurra um pra dor no estômago, e daí a pouco um pra pressão, e outro pra depressão. O que me motivou é saber que, só com as plantas, a gente consegue não entrar nesse ciclo vicioso (Rosa).

As pessoas, às vezes, chegam perto de você, pessoas já com idade, e falam que engolem tanto comprimido... “- Ah, eu engulo cinco”... “- Ah, eu engulo seis por dia”. [...] e a gente saber que os mesmos remédios que eles estão engolindo, estão aqui no mato, e a gente não se dá conta disso (Dorcelina).

Ademais, constatamos que a preferência pelas práticas populares e tradicionais de cuidado é influenciada por uma relação diferenciada que as cuidadoras possuem com a

natureza. Sentimentos como fortalecimento, respeito, admiração e gratidão se expressam e se traduzem em gestos como aprender a ouvir e a observar a natureza em sua sabedoria e sua beleza:

[...] sinto gratidão também em ter oportunidade de estar trabalhando com a natureza. A gente fica alegre... Parece que não é a gente que vai. É ela que puxa a gente (Roseli).

[...] você começa a ter essa relação com as plantas, relação de carinho, de companheirismo, né? E quando você começa a ter esse respeito por elas, elas entram na sua porta, começam a nascer na sua casa [...] Elas vêm procurar a gente, as plantas vêm (Rosa).

Nessa relação diferenciada com a natureza, destaca-se a simbologia ocupada pelo elemento *terra*, inerente ao ofício de agricultoras:

[...] nós, agricultoras, e principalmente as mulheres agricultoras, a gente sente muita necessidade dessa energia da terra (Rosa).

[...] a terra é nossa mãe, é nossa vida. É ela que dá vida pra nós, é ela que nos sustenta (Dorcelina).

De acordo com Boff (1999), o cuidado pressupõe uma visão de respeito à natureza e de questionamento do modelo de desenvolvimento científico dominante, marcado por uma relação de dominação e controle do homem sobre a natureza. Para este autor, através do cuidado é possível construir uma relação sujeito-sujeito, ou seja, uma relação de convivência, interação e comunhão horizontal entre o homem e a natureza.

Assim, no cuidado em saúde desenvolvido pelas mulheres do Coletivo de Cuidadoras, observamos valores que expressam a saúde como dimensão normativa, o fortalecimento do organismo e uma visão integral de ser humano. No âmbito da atividade do cuidado, elas mostram que outras racionalidades podem estar presentes (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Finalizamos, portanto, a reflexão acerca dos valores inscritos na terapêutica da atividade do cuidado com o depoimento de uma cuidadora que nos lembra que “a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, [...] uma atividade normativa” (CANGUILHEM, 2009, p. 86):

“Ah... Eu acho que está faltando um tiquinho de esforço nosso. É pegar com Deus e chegar lá. Um dia nós seremos livres dessas farmácias...” (Clara).

3.3 A socialização do trabalho de cuidado e a solidariedade entre as mulheres

Visto novamente sob a perspectiva do cuidado como relação intersubjetiva, observamos que o trabalho em saúde se apresenta como possibilidade de as mulheres encontrarem seu valor como ser humano, a partir de suas identidades como cuidadoras:

É muito satisfatório quando você vê essa reação [das pessoas se sentirem bem ao serem cuidadas por ela], porque teve certo tempo na minha vida que eu me senti incapaz de muita coisa. Eu fiquei no chão mesmo (Olga).

Considerando-se o cuidado como uma atitude de responsabilidade, envolvimento e dedicação, Ayres (2004b) discute o processo de construção de identidades a partir deste ofício. Para este autor, o cuidado, ao se constituir como relação intersubjetiva, permite uma reformulação permanente de “identidades no e pelo cuidado” (AYRES, 2004b, p. 24).

Entretanto, ainda que essas mulheres possam resgatar seu valor e sua dignidade por meio do trabalho de cuidados, elas reconhecem o peso deste ofício. Seja no preparo dos remédios, nos atendimentos, no acompanhamento aos serviços de saúde, nos momentos de escuta e amparo, nas atividades de formação e reuniões, o cuidado é uma atividade que demanda tempo e dedicação:

Se tiver uma pessoa doente aqui pra eles darem um banho, quantos homens aparecem pra dar um banho? Se é mulher, ela dá banho em mulher, dá banho em homem, dá banho em criança, dá banho em tudo, em todo mundo. Sai daqui pra dar banho numa vizinha. Nós temos mulheres daqui que ficam no hospital um mês inteiro com a pessoa daqui do assentamento, acompanhando. A Clara saiu da casa dela pra ficar com a Vozinha no hospital, quando quebrou o fêmur. Daí eu fui lá e troquei com ela. Nós ficamos revezando. Depois ela ficou internada, ficou 18 dias internada, e a gente teve que revezar. E quem faz isso? São as mulheres (Rosa)

Como apontado por Rosa, a atividade do cuidado não se dá distante dos conflitos que se instauram por causa da divisão sexual do trabalho, a qual, segundo Kergoat (2009) consiste em uma:

[...] forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais de sexo; essa forma é historicamente adaptada a cada sociedade. Tem por características a destinação prioritária dos homens a esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a ocupação pelos homens das funções de forte valor social agregado (políticas, religiosas, militares, etc.) (KERGOAT, 2009, p. 67).

Assim, a divisão sexual do trabalho possui uma base material, para além de ideológica, e apresenta como princípios organizadores a separação entre trabalhos “de homem”

e trabalhos “de mulher” e a hierarquização, que confere aos trabalhos dos homens maior valor (KERGOAT, 2009).

O cuidado é uma dessas práticas que, conforme assinalado por Pinheiro (2009), configura-se como uma tarefa historicamente relacionada ao feminino e, portanto, de menor visibilidade e valorização. Ainda de acordo com esta autora:

Não é à toa que a prática de cuidar está histórica e culturalmente conectada ao feminino, pois, ao longo dos anos, esta atividade esteve atrelada à trajetória desenvolvida pelas mulheres nas sociedades modernas. Por outro lado, a prática de pesquisar, ou seja, de criar novos conhecimentos, historicamente tem sido concebida como prática masculina (PINHEIRO, 2009, p. 112).

Carol Gilligan (1982) problematiza esta relação histórica entre o cuidado e o feminino, ao reconhecê-lo como inerente ao ser humano, pois somos seres que estabelecemos vínculos. De acordo com esta autora, o sistema patriarcal prejudica a formação com base no altruísmo em favor do egoísmo e atribui as atividades do cuidado à vida privada (portanto, não remuneradas) e às mulheres. Para a autora, esta divisão de papéis entre homens e mulheres fundamenta-se, não numa diferença biológica ou essencial entre homens e mulheres, mas sim no marco conceitual imposto pelo patriarcado.

Ademais, no depoimento de Rosa observa-se como o cuidado atravessa a vida das mulheres, demandando tempo, dedicação e gerando sobrecarga de trabalho. Garcia-Cavalcante, Mateo-Rodríguez e Eguiguren (2004) ressaltam que a complexidade do trabalho de cuidado, seus limites pouco definidos e a simultaneidade das tarefas geram dificuldades para mensurar o tempo dedicado ao cuidado. Afinal, não se trabalha como, mas se *é* cuidadora. Consequentemente, o cuidado gera impactos na saúde, na esfera do trabalho e na restrição da vida social.

Por outro lado, observamos que o cuidado, na sua esfera coletiva assim como assumido pelas mulheres participantes dessa pesquisa, proporciona a construção de relações de cooperação e solidariedade. Ao socializarem o trabalho de cuidado entre elas e com as demais mulheres assentadas, socializam também a sobrecarga do trabalho. Vale lembrar que o objetivo do Coletivo é não só cuidar das famílias assentadas, como também cuidar uma das outras e favorecer processos auto-organizativos:

Essa necessidade desse grupo já vem há um bom tempo, porque era muito isolado... Um aqui, um cuidava ali, uns sem saber de algumas coisas, e a gente nem tinha descoberto Roseli... E foi aí que a gente começou, e o grupo começou a juntar... [...] A gente estava reunindo todo mês na lua cheia... Foi uma data que escolhemos pra estarmos sempre reunidas na lua cheia, e a questão daquela reflexão... Que as mulheres estão mais alvoroçadas com as coisas. Parece que temos mais vontade de fazer as coisas... Cuidamos

umas das outras, e também pra provocar os homens, porque nós estamos ali reunidas e dali podem sair coisas, e sai mesmo, e é mais uma conversa da luta das mulheres, também (Olga).

Ademais, conforme podemos perceber na fala de Olga, o grupo tem um valor imensurável e cumpre importante contribuição para o seu estado psicológico. Identificamos, portanto, que a cooperação em torno do cuidado contribui para a promoção da saúde das integrantes do Coletivo. Através do cuidado, as mulheres mobilizam valores como solidariedade, cooperação e valorização da vida, articulados à construção de novas relações sociais. Tais valores se efetivam por meio da auto-organização das mulheres e do trabalho coletivo.

Assim como também observado por Lima e colaboradoras (2014), o Coletivo de Cuidadoras promove certa visibilidade do trabalho de cuidado, ao ser ampliado para os espaços comuns dos assentamentos. A literatura destaca a contribuição dos grupos de cuidado de mulheres agricultoras para a auto-organização, o companheirismo, o diálogo, o aumento da autoestima e a formação da cidadania, além de contribuir para se repensar os papéis das mulheres em suas comunidades e organizações sociais (MARQUES ET AL, 2015; PULGA, 2013; TEIXEIRA E OLIVEIRA, 2014). Em especial, Pulga (2013) caracteriza as experiências dos grupos de mulheres como processos educativo-terapêuticos que:

[...] trazem a visibilidade de setores excluídos e os incluem de forma organizada; trazem novas formas de se organizar e de exercício do poder; trazem novos conteúdos e novas metodologias, que desafiam os educadores em relação tanto aos processos formais de educação quanto às formas específicas de cada organização. Essas experiências que as mulheres vivenciam trazem como elementos pedagógicos o processo educativo como um todo, e não apenas atos isolados, a participação ativa, a capacidade de ouvir, de fazer, de construir juntos, de enfrentar conflitos e contradições (PULGA, 2013, p. 585).

Ademais, os grupos de cuidados foram destacados por diversas autoras como importante espaço de socialização de conhecimentos entre as mulheres camponesas, possibilitando maior segurança em suas escolhas terapêuticas (LIMA et al, 2014; MARQUES et al, 2015; PULGA, 2013, TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2014, THUM et al, 2011). Marques e colaboradoras (2015), no entanto, chamam a atenção para o fato de que o cuidado na sua forma coletiva pode implicar, ainda, maior sobrecarga, uma vez que as mulheres passam a incorporar novos objetos de cuidado em seus cotidianos sem que possam se despreocupar do que já cuidavam antes.

E assim, finalizamos a nossa análise acerca dos valores inscritos na atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Coletivo, ressaltando que, entre estes, encontramos valores como solidariedade e cooperação das mulheres, ainda que o trabalho de cuidados apresente-se como potencial de desgaste e sobrecarga e continue restrito à esfera feminina. As experiências dessas mulheres no cuidado nos mostram que, assim como afirmado pela

Filosofia da Vida de Georges Canguilhem (2009), o ser humano é um ser inacabado, em permanente construção.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou, a partir da fundamentação da Ergologia acerca do trabalho como atividade humana e dos estudos no âmbito da Saúde Coletiva, investigar os valores que atravessam o cuidado em saúde de mulheres camponesas, assentadas e acampadas na região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil.

Observamos que o cuidado desenvolvido pelas mulheres camponesas é atravessado por valores relacionados ao cuidado como atitude, isto é, como relação intersubjetiva desenvolvida a partir da escuta sensível e qualificada que se vincula à construção de projetos de felicidade humana. Por meio das práticas de cura e cuidado, as mulheres do Coletivo consideram o sujeito no seu contexto e a partir das suas necessidades, levando em conta a complexidade dos aspectos que integram a saúde. Percebem os processos de adoecimento do corpo na sua relação com a dimensão mental e espiritual e é nesse sentido que buscam utilizar recursos que possibilitam a construção de um cuidado integral. Observamos, ainda, que os valores que atravessam o cuidado em saúde perpassam por uma visão de totalidade ser humano-natureza, cuja função da terapêutica é propiciar com que a natureza atue por conta própria, considerando a complexidade dos processos de adoecimento. Por fim, ao assumir sua forma de trabalho coletivo, a atividade do cuidado proporciona a circulação de valores como solidariedade e cooperação das mulheres, ainda que este trabalho apresente-se como potencial de desgaste e sobrecarga e permaneça restrito à esfera feminina.

Assim, observamos que os valores que circulam na atividade do cuidado perpassam por uma concepção de ser humano normativo, para quem é possível criar novas normas em saúde em contraposição ao ser humano passivo da medicina convencional. As mulheres camponesas nos mostraram que no micro da atividade, elas fazem uso de si, de seus valores e saberes, isto é, fazem escolhas. Vale ressaltar que, à medida que a atividade atingiu um coletivo, a capacidade de renormalização se mostrou mais potente.

Ademais, os valores que circulam no trabalho em saúde das mulheres camponesas nos mostram que o direito à saúde não se resume à dimensão do acesso, mas implica, também, incorporar os modos de cuidado em saúde dos diferentes grupos populacionais. Destaca-se o desafio de se incorporar os saberes e as práticas em saúde da população do campo nas políticas públicas de saúde. Nessa perspectiva, reforçamos a importância de se propor estratégias de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, uma vez que tal proposta congrega estas e outras reflexões sobre a saúde do campo. Reforça-se, também, a importância de se criar estratégias

de efetivação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, pois tais práticas mostraram-se próximas do contexto cultural dessas populações.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Tadeu; COSTA, Liduina Farias Almeida. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia Médica. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508.

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v.8, n. 14, 2004a, p. 73-92.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2004b, p. 16-29.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Seria possível uma prática do cuidado não reflexiva? O cuidado como atividade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (org). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 113-126.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 27-96

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. Meio e normas do homem no trabalho. **Pro-posições**, v. 12, n. 2-3, 2001, p. 35-46.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. p. 13-28.

GARCÍA-CAVALCANTE, Maria; MATEO-RODRIGUES, Inmaculada; EGUIGUREN, Ana P. El sistema informal de cuidados em clave de desigualdad. **Gaceta Sanitaria**, vol. 18, n. 4, 2004.

GILLIGAN, Carol. **Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GOMES, Luciano Bezerra; MEHRY, Emerson Elias. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 2011, p. 7-18.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, Helena; LABOIRE, Françoise; LE DOARE, Hélène; SENOTIER, Danièle. **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora da Unesp, 2009. p. 67-75.

LIMA, Ângela R. A. et al. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, 2014, p. 365-72.

LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Uma análise sócio-histórica e suas relações com a cultura atual. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 317-340.

LUZ, Madel Terezinha. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice. (Org.). **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**: Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / LAPPIS, 2012a. p. 15-24.

LUZ, Madel Terezinha. Estudo comparativo de racionalidade médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice. (Org.). **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**: Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / LAPPIS, 2012b. p. 25-47.

MARQUES, Flávia Charão; BENVEGNÚ, Vinícius Cosmos; ERICE, Adriana Samper; DE CARLI, Ana Paula. As mulheres e as plantas medicinais: reflexões sobre o papel do cuidado e suas implicações. **Revista Retratos de Assentamentos**, v.18, n.1, 2015, p. 155-182.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **Saúde e doença como expressão cultural**. In A. A. Filho, & M. C. G. B. Moreira (Orgs.). Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 31-39.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Ginebra: OMS, 2013.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.) **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p. 71-100.

PEREIRA, Isabel Brasil. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Razões públicas para o cuidado em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro. IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 144-164

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA LIMA, Júlio César (org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 110-114.

PULGA, Vanderléia L. Contribuições do movimento de mulheres camponesas para a formação em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, 2013, p. 573-90.

REY, Fernando Luis González. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva; Revisão técnica de Fernando Luis González Rey. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2005. 188p.

RÜCKERT, Bianca; CUNHA, Daisy Moreira; MODENA Celina Maria. Saberes e Práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. v. 22, n. 6, 2018, p. 903-14.

SCHWARTZ, Yves. DURRIVE, Louis (Org.). **Trabalho e Ergologia: Conversas Sobre a Atividade Humana**. Coord. da tradução e revisão técnica: Jussara Brito e Milton Athayde, 2º edição, Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2010. 318p.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e valor. **Tempo Social**. Revista de Sociologia. 1996, p. 147-58.

TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 2, 2014, p. 1341-54.

THUM, Moara A. et al. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, 2011, p. 576-82.

TRINQUET, Pierre. Trabalho e Educação: o Método Ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, número especial, 2010, p. 93-113.