

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Luciana Mara França Moreira

**SAÚDE DO TRABALHADOR E ADOECIMENTO PSÍQUICO:
o atendimento clínico ao trabalhador rural**

Belo Horizonte
2012

Luciana Mara França Moreira

**SAÚDE DO TRABALHADOR E ADOECIMENTO PSÍQUICO:
o atendimento clínico ao trabalhador rural**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. José Newton Garcia de Araújo

Belo Horizonte
2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

M838s Moreira, Luciana Mara França
Saúde do trabalhador e adoecimento psíquico: o atendimento clínico ao
trabalhador rural / Luciana Mara França Moreira. Belo Horizonte, 2012.
86f.

Orientador: José Newton Garcia de Araújo
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Trabalhadores rurais. 2. Saúde ocupacional. 3. Medicina do trabalho. I.
Araújo, José Newton Garcia de. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 331.16-057.54

Luciana Mara França Moreira

**SAÚDE DO TRABALHADOR E ADOECIMENTO PSÍQUICO:
o atendimento clínico ao trabalhador rural**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Dr. José Newton Garcia de Araújo (Orientador) – PUC Minas

Jaqueline de Oliveira Moreira – PUC Minas

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro – UFMG

Belo Horizonte, 30 de novembro de 2012.

Aos meus filhos: Yuri e Gabriel

RESUMO

Este trabalho surge de uma experiência clínica, na área da Saúde do trabalhador, vinculada ao Sistema Único de Saúde do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Estado de Minas Gerais (CEREST-MG). Apresenta-se um estudo sobre a história da categoria e da identidade do trabalhador rural, tomado como importante ator na construção da sociedade brasileira. Relata-se a experiência de atendimento clínico psicológico no ambulatório do Hospital das Clínicas da UFMG, que sediava o CEREST-MG, em conjunto com a equipe de medicina do trabalho desta instituição. Descrevem-se também alguns fragmentos clínicos de alguns casos significativos para ilustrar a prática dos psicólogos. Um dos elementos principais aí detectados é a precariedade nas condições de trabalho que colocam a saúde do trabalhador em situação de risco e vulnerabilidade. Além da precariedade econômica e social, um dos principais elementos geradores do adoecimento físico e psíquico do trabalhador rural é a utilização massiva dos agrotóxicos nas atividades agropecuárias, ameaçando gravemente sua vida. A tentativa desta pesquisa é compreender as condições atuais em que vive o trabalhador rural e os aspectos psicossociais envolvidos em seu adoecimento. Discute-se aqui também uma prática clínica específica, que leva em conta o mundo do trabalho como fonte de sofrimento e adoecimento do trabalhador, mas também como fonte de sua realização.

Palavras-chave: Trabalhador Rural. Subjetividade. Saúde e doença no trabalho.

ABSTRACT

This paper arises from a clinical experience in the area of Occupational Health, linked to the National Health System of the State Reference Center for Occupational Health of the State of Minas Gerais (MG-CEREST). We present a study on the history of the category and identity of rural workers, taken as an important actor in the construction of Brazilian society. We report the experience of clinical psychology at the Hospital of UFMG, which sediava the CEREST-MG, along with the team's medical work of this institution. It describes also some clinical fragments of a few significant cases to illustrate the practice of psychologists. One of the main elements detected there is the precarious working conditions that put workers' health at risk and vulnerability. Besides the economic and social precariousness, one of the main elements of the generators physical and psychological diseases of rural workers is the massive use of pesticides in agricultural activities, seriously threatening his life. The attempt of this research is to understand the current conditions in the rural worker who lives and psychosocial aspects involved in their illness. We discuss here also a specific clinical practice, which takes into account the working world as a source of suffering and illness of the employee, but also as a source of their achievement.

Keywords: Farm Worker. Subjectivity. Health and illness in the workplace.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Trabalho rural e adoecimento mental	15
2 A HISTÓRIA, O CENÁRIO E O TRABALHO NO MEIO RURAL BRASILEIRO ..	19
2.1 A organização da sociedade e do meio rural brasileiro: a base colonial e seus efeitos tardios	19
2.2 A introdução do capitalismo no campo e o surgimento de novas relações de trabalho	24
2.3 A violência estrutural na formação da identidade do trabalhador rural.....	28
3 UMA EXPERIÊNCIA DE ATENÇÃO AO TRABALHADOR RURAL NO CEREST	36
3.1 CEREST (MG) – sistema ambulatorial.....	36
3.2 A população rural atendida no CEREST.....	37
3.3 A complexidade e os desafios no atendimento e no diagnóstico	38
3.4 A vulnerabilidade social do Trabalhador Rural: o risco de vida, a expressão de dor e sofrimento.....	41
4 SOBRE A PRÁTICA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO TRABALHADOR RURAL	48
4.1 A Clínica do trabalho e sua interface com a psicanálise.	48
4.2 Contribuições psicanalíticas ao atendimento psicológico do trabalhador rural.	54
4.3 João e as sequelas real ou imaginária da intoxicação por agrotóxico.....	64
4.4 Maria, o trauma e o desejo de morte frente à intoxicação.....	67
4.5 José e a intoxicação: fragilidade psíquica, desamparo e vergonha	71
5 CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS	80

1 INTRODUÇÃO

O meio rural brasileiro foi palco de acontecimentos históricos, políticos e econômicos que tiveram importância decisiva no desenvolvimento da vida nacional, entre os quais apontamos os valores ambíguos ligados à cultura nacional, como o de soberania, de cunho autoritário. Com esta hipótese, pode-se dizer que os principais problemas enfrentados no meio rural estão alicerçados em rígidas estruturas hierárquicas, que dão lugar a conflitos diversos. O objetivo dos grandes proprietários de terra, ao longo de nossa história, sempre visou à produção, ao lucro e ao enriquecimento a qualquer custo, o que inclui uma influência decisiva nas políticas agrárias do país.

O Brasil se manteve por três séculos sob o domínio de famílias patriarcais, que tinham o comando da vida política e econômica do território. Isso facilitava a exploração indiscriminada da mão-de-obra do trabalhador rural e o surgimento da violência, na implantação dos processos produtivos da agricultura, com consequências nefastas sobre o corpo e a subjetividade dos trabalhadores. Tais práticas, na atualidade, embora ainda persistam, podem configurar-se como uma clara violação dos direitos humanos. Birmam (2009) afirma que a barbárie e a crueldade presentes na sociedade brasileira podem ser interpretadas ou justificadas como provenientes do gozo localizado na aquisição de bens econômicos. Nas palavras do autor, “existe no Brasil uma apropriação do gozo por uma pequena elite que não se mostra minimamente sensibilizada pela destruição que promove em torno de si.” (BIRMAN, 2009, p. 244).

De um lado a riqueza, do outro, a miséria. Tal quadro, oriundo do período colonial, ainda se estende aos dias de hoje. A miséria, porém, não se reduz à precariedade material das condições de vida, ela se dissemina no campo psicossocial, na educação, na cultura, na ausência de participação política dos cidadãos, o que se aplica de modo especial ao pequeno agricultor rural. Com isso, ele é atingido negativamente em suas construções subjetivas e em seus direitos de cidadania.

Pode-se, pois, afirmar que é na estrutura rural que estão os fundamentos políticos, econômicos e mesmo culturais da sociedade brasileira. Nesse cenário dominado pelas elites, assinalemos a pouca valorização do trabalho e do trabalhador rural. O homem do campo tem aí um lugar secundário, no sentido de sua invisibilidade social e de sua não-participação, com raras exceções, na história deste país. Quando muito, ele é visto no imaginário popular como personagem colocado à margem, um “Jeca Tatu”, não como ator social.

Atualmente, não se pode negar que há tentativas, embora ainda pálidas, de se reduzir a pobreza e a vulnerabilidade do homem do campo. As crianças e os jovens, ainda que submetidos a trabalhos árduos, começam a ter acesso à educação. Mas as políticas para solucionar o problema da pobreza das famílias rurais, no Brasil, não deram conta de erradicar sua precariedade de vida e de trabalho. A isto se acrescenta o fenômeno do desemprego no meio rural.

O aspecto negativo que se observa pela primeira vez é a ocorrência de algo que até então não se verificava no meio rural brasileiro: o desemprego é a novidade dos últimos anos. No início dos anos 1990, a taxa de pessoas desocupadas nas áreas rurais era de 1,6% e, nos últimos anos, 2005 e 2006, essa taxa chegou a 3% da PEA, ou seja, praticamente dobrou. (CAMPOLINA E SILVEIRA, 2008, p. 16).

Objetivando o aumento produtivo no campo, mudanças foram propostas para a agricultura, na década de 1970. O fenômeno denominado “Revolução Verde” introduziu, no entanto, outro elemento danoso à vida do trabalhador, especificamente à sua saúde, ou seja, o uso dos agrotóxicos, como recurso para o desenvolvimento da agricultura.

A revolução verde refere-se à disseminação de novas tecnologias e práticas de plantio que permitiram um vasto aumento na produção agrícola dos países menos desenvolvidos, durante as décadas de 60 e 70. O modelo se baseia na intensiva utilização de sementes melhoradas (particularmente sementes híbridas), insumos industriais (fertilizantes e agrotóxicos), mecanização e diminuição do custo de manejo. Também é creditado à revolução verde o uso extensivo de tecnologia na irrigação e na colheita, assim como no gerenciamento de produção. (SANTOS, 2006, p. 01).

O fomento do emprego dos agrotóxicos, no Brasil, está inserido nas políticas de desenvolvimento da agricultura, com uma aliança ao capital internacional. Esse elemento da “modernização” da agricultura trouxe consequências devastadoras para a saúde do trabalhador rural. Com o nome de defensivos agrícolas, os agrotóxicos foram introduzidos sem nenhum critério de proteção ao trabalhador e ao meio ambiente. No caso do trabalhador, os danos à saúde estão ligados tanto ao manejo, quanto ao contato e ao armazenamento indevido dessas substâncias. Assim, o indivíduo é atingido não só no plano orgânico, o que implica o surgimento de várias patologias somáticas, mas também no plano mental, uma vez que os agrotóxicos atingem também o seu sistema neuropsíquico, de modo a impactar seu funcionamento mental, nos planos cognitivo e afetivo.

1. 1 Trabalho rural e adoecimento mental

O fenômeno do adoecimento psíquico em trabalhadores constitui um tema relevante, no mundo contemporâneo. No caso específico do subcampo da saúde denominado “saúde mental no trabalho”, uma vasta gama de pesquisas e publicações se seguiram à publicação, no Brasil, em 1987, do livro *A loucura no trabalho*. (DEJOURS, 1987). A grande maioria desses estudos tem focado os fatores de agravo à saúde mental, buscando estabelecer uma correlação entre, de um lado, as condições e a organização do trabalho e, de outro, os tipos de adoecimento a que eles estão relacionados. Se formos listar apenas o adoecimento mental, podemos citar os diversos quadros de sofrimento, associados à depressão, à melancolia, à síndrome de Burnout, síndrome do pânico, tentativas de suicídio, etc., aliados aos diversos comportamentos aditivos que daí decorrem, tais como o alcoolismo e o uso de drogas diversas, lícitas e ilícitas.

Vale observar que, no campo da clínica médica, inclusive da psiquiatria, a atenção à saúde do trabalhador já era objeto de estudos, desde décadas anteriores. No entanto, o campo da subjetividade propriamente dito, passa a ser mais especificamente abordado, junto a essa parcela da população, embora ainda de maneira bastante tímida, a partir da psicologia do trabalho.

Na verdade, a incursão da psicologia nessa área, enquanto prática clínica, de fato só ocorreu recentemente, a partir dos anos 90. Os estudiosos que se ocupavam das questões relativas à clínica psicológica ficaram muito tempo distantes da discussão sobre trabalho e adoecimento mental ou sofrimento psíquico, de tal maneira que se configurou no Brasil um grande fosso entre a produção no campo da “saúde mental e trabalho” e a clínica psicológica tradicional. Neste sentido, falamos da ausência de estudos e práticas que poderíamos chamar de “clínica do trabalho” ou “psicologia do trabalho”. Em outras palavras, havia uma clara ausência da categoria trabalho na prática clínica e, como consequência, uma relativa desconsideração das condições adoecedoras do trabalho na discussão das gêneses do adoecimento mental. Atualmente, são diversas as incursões dos pesquisadores do campo “saúde mental e trabalho” a divulgar suas pesquisas e a própria literatura referente às correntes que passaram a ser conhecidas como “clínicas do trabalho”. (BENDASSOLLI e SOBOLL, 2011).

É neste novo quadro que o presente trabalho objetivou abordar a pesquisa clínica, no campo da psicologia, a partir da experiência de atendimento psicológico a trabalhadores rurais, com base nas atuais abordagens da chamada “psicologia do trabalho” ou das “clínicas

do trabalho”, ou seja, a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS et al., 1994); a Ergologia (SCHAWARTZ, 2000), a Clínica da Atividade (CLOT, 2006), a Psicossociologia do Trabalho (LHUILIER, 2006), em sua interface com a psicanálise, na tentativa de investigar as possíveis relações entre o adoecimento psíquico do trabalhador rural e seu cotidiano no trabalho.

Observe-se que o trabalho tem uma função importante na construção da identidade ou da subjetividade, ou seja, na construção do sujeito político e psíquico. Ele lhe confere também a inserção na sociedade, o sentimento de pertencimento à comunidade, bem como a possibilidade de reconhecimento como sujeito que contribui para a transformação do mundo.

Considerando que as condições e a organização do trabalho expõem o indivíduo a riscos que podem gerar situações de intenso desgaste e sofrimento psíquico, Lima e Batista (2003) apontam para a importância de repensarmos o trabalho como fonte de sofrimento, a fim de podermos elaborar estratégias de superação do mesmo. Estas autoras observaram grande número de transtornos específicos, correlacionados à atividade ou ao ambiente de trabalho, levando-se em conta que os gestores das organizações do trabalho muitas vezes negligenciam as condições favoráveis à saúde do trabalhador, privilegiando as lógicas perversas dos modos de produção capitalista. Na verdade, após o fenômeno da “reestruturação produtiva” nas últimas décadas do século XX, houve um significativo aumento das exigências no trabalho, em termo de aceleração, pressão, ritmo de produção, o que gera enormes desgastes físicos e psíquicos. As novas tecnologias de gestão dos recursos humanos incorporam várias formas de precarização do trabalho, como a flexibilização de contratos, o aumento de horas trabalhadas, a terceirização, a perda dos direitos trabalhistas, etc. Tudo isso contribui para o adoecimento físico e psíquico do trabalhador, podendo produzir estados graves de fragmentação ou dissociação psíquica. De maneira geral, essas novas tecnologias de gestão se aplicam, embora com contornos específicos, tanto ao trabalho urbano quanto rural.

No presente estudo, abordamos o adoecimento psíquico, tentando compreender como o sujeito desenvolve uma construção cognitiva e afetiva que compromete a sua capacidade representativa e interpretativa tanto do mundo quanto da sua própria atividade laboral.

Os dados de campo dos quais nos servimos foram extraídos do atendimento a trabalhadores rurais, no ambulatório de medicina do trabalho do Hospital das Clínicas da UFMG, ao longo de uma experiência conjunta entre médicos do trabalho e psicólogos. Essa experiência consistia na atenção à saúde do trabalhador rural, vinculada ao Sistema Único de Saúde, através do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (CEREST-MG), que funcionava no Hospital das Clínicas da UFMG, em Belo Horizonte.

Neste sentido, do ponto de vista metodológico, este trabalho se enquadra na linha das pesquisas qualitativas. Podemos classificá-lo como um estudo de caso, ou seja, uma investigação empírica que busca analisar um fenômeno social, cujo contexto não tem limites bem definidos, sendo difícil definir todos os acontecimentos ou comportamentos que o envolvem (YIN, 2005). No nosso caso, o principal instrumento utilizado para a coleta de dados foi de natureza documental, a partir das anotações das reuniões nas quais se discutiam os casos dos pacientes atendidos no CEREST-MG, entre as equipes de medicina do trabalho e psicologia. Até mesmo os atendimentos psicológicos dos trabalhadores, de tipo terapêutico, em que o dado essencial era a palavra desses sujeitos, não foram tomados como fonte direta de coleta de dados, pois à época o nosso trabalho no CEREST-MG não tinha como escopo a realização da presente dissertação. Assim, os dados aqui utilizados são resultantes das anotações das discussões dos casos em equipe, não propriamente dos atendimentos. Como dados documentais, citamos ainda os prontuários dos trabalhadores atendidos. Estes prontuários nos guiaram não só na forma de entrar em contato com os sujeitos atendidos, mas para os estudos posteriores de cada caso.

Durante aproximadamente três anos, de 2006 a 2008, essa equipe de psicólogos atuou, em trabalho voluntário, com a equipe de médicos e residentes em medicina do trabalho, acompanhando alguns casos de trabalhadores rurais. Tratava-se de um grupo especial de trabalhadores que vinham da cidade de Alfredo Vasconcelos, MG, através de iniciativa do sindicato e da prefeitura desta cidade, uma vez que eles não tinham condição de um atendimento específico na rede pública local. A entrada dos psicólogos neste serviço se deu a convite da Coordenadora do CEREST-MG, uma vez que havia alguns casos de adoecimento psíquico, entre os pacientes, que fugiam à especialidade médica: quadros de depressão, de confusão mental, melancolia, síndrome do pânico, agitação psicomotora, irritabilidade, ideias suicidas, entre outros.

O atendimento a esses trabalhadores nos permitiu levantar, algumas hipóteses relativas ao nexo entre algumas formas de adoecimento psíquico e os processos de trabalho. No entanto, assinalamos que a abordagem clínica não se desvincula de uma compreensão mais ampla do contexto de precariedade e de vulnerabilidade social desses trabalhadores, contexto este que ultrapassa as atividades e os ambientes laborais. Trata-se aqui de situar o adoecimento mental em seus aspectos psicossociais, culturais, econômicos e políticos.

O atendimento clínico durante três anos de trabalho voluntário no CEREST- MG produziu muitos dados importantes, registrados por nós, principalmente a partir das discussões dos casos de cada paciente. Esses dados, por sua própria riqueza, instigavam o

desejo de aprofundar as discussões e os fundamentos teóricos relativos ao adoecimento psíquico do trabalhador rural. No entanto, aos nos debruçarmos sobre eles, vimo-nos na necessidade de voltar à própria história da formação do meio rural brasileiro. Por isso mesmo, a nossa pesquisa bibliográfica não se restringiu à literatura referente às questões clínicas, especialmente aquelas ligadas ao campo da saúde mental e trabalho.

Assim, o primeiro momento da pesquisa (capítulo II) se debruça sobre a história do meio rural, no Brasil, em especial no que se refere à sua formação econômica e política, com consequência direta nos processos produtivos, na formação das classes dominantes e dominadas e, por consequência, nos modelos de relação entre proprietários rurais e seus empregados. Tal estudo permite também investigarmos as situações de vulnerabilidade a que está exposto o trabalhador rural, seja ele empregado, seja ele um pequeno produtor, vivendo segundo o modelo tradicional da agricultura familiar.

Num segundo momento (capítulo III), dedicamo-nos especificamente às questões relativas ao sofrimento e adoecimento no trabalho, tendo como referências as chamadas “Clínicas do Trabalho”, ou seja, a Psicodinâmica do Trabalho, a Clínica da Atividade, a Ergologia e a Psicossociologia do Trabalho. As contribuições teóricas destas correntes clínicas serão ampliadas a partir da literatura psicanalítica, cujas contribuições nos parecem essenciais para discutirmos as questões teóricas e metodológicas, relativas à psicopatologia clínica, no campo do trabalho.

O terceiro momento (capítulo IV) foi dedicado, como já explicado acima, à análise da experiência de atendimento psicológico aos trabalhadores rurais atendidos no CEREST-MG, através da utilização das anotações recolhidas nas discussões dos casos. Assim, pudemos eleger alguns fragmentos de casos que mobilizaram as equipes de médicos e psicólogos que tentavam construir um modelo de clínica compartilhada, no atendimento ao trabalhador rural acometido por adoecimento mental. Nesse sentido, trata-se de um estudo interdisciplinar, necessário à especificidade do atendimento clínico ao trabalhador rural acolhido em situação de urgência subjetiva.

2 A HISTÓRIA, O CENÁRIO E O TRABALHO NO MEIO RURAL BRASILEIRO

A história e a cultura no meio rural brasileiro compõem-se de registros e cenas que dizem respeito aos acontecimentos escritos por pesquisadores como Ribeiro (2000), Prado Júnior (2008), Holanda (1995) e Martins (2010), e narrados pela própria comunidade, marcada fortemente pelo contexto econômico, social e pelas conjecturas políticas nos vários momentos da formação da identidade do povo Brasileiro. É importante acrescentar que as narrativas orais, associadas às leituras e à realidade atual, são fundamentais enquanto fontes de dados para pesquisa. Além disso, contribuem para a produção imaginária do que vem a ser a categoria trabalhador rural e quais os impasses e desafios enfrentados hoje nesse contexto de trabalho. Portanto, o cenário em foco envolve o conhecimento dos seus vários aspectos, o conhecimento da complexidade da vida no meio rural, além de ressaltar que não existe uma posição excludente entre o trabalho rural e urbano, como duas faces da mesma moeda. No entanto não podemos negar a especificidade que caracteriza estes dois espaços de trabalho. Apostamos na idéia de que é possível apresentar características típicas da história e das vicissitudes no trabalho rural.

2.1 A organização da sociedade e do meio rural brasileiro: a base colonial e seus efeitos tardios

De acordo com Prado Júnior (2008) a atividade rural no Brasil foi a principal fonte de expansão territorial e de desenvolvimento sócio-cultural. As bases iniciais da organização da sociedade se deram conforme o período colonial, marcado por dependência de relações econômicas, políticas e culturais.

Em síntese apertada, pode-se dizer que a formação do Brasil vinculou-se: economicamente, aos interesses dos mercadores de escravos, de açúcar, de ouro; politicamente, ao absolutismo reinol e ao mandonismo rural, que engendrou um estilo de convivência patriarcal e estamental entre os poderosos, escravista ou dependente entre os subalternos. (BOSI, 1992, p. 25).

Segundo Prado Júnior (2008), o período colonial marca profundamente a formação do povo e das instituições do país. Além do mais, os problemas práticos da sociedade brasileira já estavam definidos e postos em equação já havia 150 anos. Podemos ilustrar tal afirmativa citando os processos rudimentares empregados na agricultura do país, desde a época colonial, e a subordinação da economia a características estranhas a ela e que se perpetuaram também

em espaços sociais distintos, conservando relações sociais desproporcionais no sentido material e moral. Nas palavras do autor, “quem percorre o Brasil de hoje fica muitas vezes surpreendido com aspectos que se imagina existirem nos nossos dias unicamente em livros de história; e se atentar um pouco para eles, verá que traduzem fatos profundos e não são apenas reminiscências anacrônicas.” (PRADO JÚNIOR, 2008, p. 11-12).

Esses acontecimentos são percebidos tanto na revisão bibliográfica realizada quanto em histórias orais dos atores e em casos clínicos atendidos, cujos relatos foram significativos para a produção deste trabalho. O meio rural brasileiro guarda fatos históricos importantes no desenvolvimento da nacionalidade e de uma cultura extremamente vinculada às relações de soberania. Podemos arriscar a dizer que os principais problemas enfrentados nesse contexto estão alicerçados em rígidas estruturas hierárquicas e conflitos culturais. O escopo óbvio dos proprietários de terras, ao longo dessa trajetória, foi a grande produção, o lucro e o enriquecimento a qualquer custo, o que não difere dos objetivos do capital, nos dias atuais.

Alguns espaços rurais hoje ainda mantêm determinados comportamentos, circunscritos por traços e ruídos do “domínio sistemático do homem sobre a matéria e sobre outros homens.” (BOSI, 1992, p. 17). As cenas escutadas no espaço clínico, por meio das palavras e das manifestações sintomáticas dos trabalhadores rurais atendidos no CEREST-MG remetem a sujeitos que constroem seu cotidiano na precariedade e na vulnerabilidade psíquica e social.

O modo como as coisas se organizaram no campo aponta para uma violência que atinge coletivamente esses sujeitos. Pode-se afirmar que a colonização não só propôs um estilo de organização social como também colonizou o imaginário e os processos de subjetivação desses trabalhadores, sujeitos a experiências de sofrimentos e de opressão, nas relações de trabalho. Pode-se aqui visualizar um cenário cindido em desenvolvimento econômico, de um lado, e uma gestão não democrática do trabalho, de outro, aliado à desqualificação da diversidade sociocultural, bem como à destruição do ambiente natural.

Segundo a lógica do passado colonial, Prado Júnior (2008) nos fala de um Brasil contemporâneo que se fez a partir de um sistema ideológico europeu que impôs aos nativos e futuros moradores o seu estilo de vida, submetendo-os ao modo servil de produzir riquezas. Neste tempo iniciaram-se as raízes da nacionalidade, o povoamento de vários territórios, com uma imposição de novos modos de vida, no caso dos indígenas, de uma organização social definida segundo os interesses dos grandes produtores rurais. Prado Júnior (2008, p. 10) refere-se a “um organismo social completo e distinto”, que permite entender a realidade que nos cerca e os comportamentos que ainda se repetem até os dias atuais. Portanto, o sentido e o caráter da evolução brasileira nasceram em um contexto de cisões variadas, estranhas ao

contexto vivido até então pelas populações nativas. Alguns pontos na realidade brasileira atual devem ser compreendidos e interpretados a partir desse período.

Se vamos à essência da nossa formação, veremos que na realidade nos constituímos para fornecer açúcar, tabaco, alguns outros gêneros; mais tarde ouro e diamantes; depois, algodão, e em seguida café, para o comércio europeu. Nada mais que isto. É com tal objetivo, objetivo exterior, voltado para fora do país e sem atenção a considerações que não fossem o interesse daquele comércio, que se organizarão a sociedade e a economia brasileira. Tudo se disporá naquele sentido: a estrutura, bem como as atividades do país. Virá o branco europeu para especular, realizar um negócio; inverterá seus cabedais e recrutará a mão-de-obra de que precisa: indígenas ou negros importados. (PRADO JÚNIOR, 2008, p. 30).

Por outro lado, como todo sistema ideológico, o colonialismo no Brasil construiu riqueza sem medir esforços e sem preservar a natureza. A identidade rural neste período se pautava pela produtividade de especiarias e sob os domínios da província portuguesa, sendo a agricultura considerada pelo autor supracitado como “o nervo econômico da civilização” (PRADO JÚNIOR, 2008, p. 128).

Para Bosi (1992) a colonização se dá sob conteúdos hierárquicos e complexos em todos os níveis: na dimensão cultural, nos valores e significados, em união e parceria com a economia européia. O que importava nessa estrutura nada mais era que a máquina mercante dirigindo todo o processo de trabalho e as relações produtivas. Fala-se em sistema “agro mercantil” e não em sistema humano ou condições humanas produtivas. Fala-se de posições e de papéis ordenados conforme a necessidade do funcionamento da economia. “A vida econômica nos três primeiros séculos da colonização portuguesa no Brasil travou-se por meio de mecanismos que podem ser quantificados, pois se traduzem em números de produção e circulação, isto é, em cifras de bens e de força de trabalho.” (BOSI, 1992, p. 26).

Prado Júnior (2008) comenta ainda os arranjos econômicos e socioculturais, relativos ao modo de organização do trabalho que ainda hoje mantém características desse período histórico no Brasil. O autor sugere que perguntas e respostas merecem ser tecidas sobre a influência colonial na nossa cultura.

Este início, cujo caráter se manterá dominante através dos três séculos que vão até o momento em que ora abordamos a história brasileira, se gravará profunda e totalmente nas feições e na vida do país. Haverá resultantes secundárias que tendem para algo mais elevado; mas elas ainda mal se fazem notar. (PRADO JÚNIOR, 2008, p. 30).

Na tentativa de compreensão dos traços que ainda persistem no meio rural e dos fatos históricos que marcam todo processo de desenvolvimento político e social no meio rural

brasileiro, encontramos estudos sobre a estrutura das famílias rurais que remetem à “lógica da alma dividida entre duas orientações opostas, a do colonizado e a do colonizador.” (MARTINS, 2008, p. 42). Essa organização social rural de base familiar existente no período colonial apresentava em seu bojo uma forma distinta de dominação. “Não foi a rigor uma civilização agrícola o que os portugueses instauraram no Brasil, foi, sem dúvida, uma civilização de raízes rurais.” (HOLANDA, 2008, p. 73). Uma civilização de raízes rurais, fora do meio urbano, na qual estão ausentes os interesses de uma tradição camponesa, dados os arranjos econômicos baseados em uma cultura da violência na relação com o outro. Em síntese, somos herdeiros do fenômeno colonização.

Ainda conforme Holanda (2008), até a abolição da escravatura, em 1888, a evolução do país estava sob a dependência européia e fora do domínio dos centros urbanos. O autor a nomeia de “Brasil rural patriarcal”, composto de famílias, cujo domínio era quase total sobre a sociedade e até mesmo sobre o poder público. E mesmo as cidades recém-construídas serviam a elas, principalmente como local para o lazer. Era o urbano a serviço do rural. No sentido psicológico e sociológico,

Segundo tal concepção, as facções são constituídas à semelhança das famílias, precisamente das famílias de estilo patriarcal, onde os vínculos biológicos e afetivos que unem ao chefe os descendentes, colaterais e afins, além da famulagem (criadagem) e dos agregados de toda sorte, hão de preponderar sobre as demais considerações. Formam, assim, um todo indivisível, cujos membros se acham associados, uns aos outros, por sentimentos e deveres, nunca por interesses ou idéias (HOLANDA, 2008, p. 79).

Tratava-se, pois, de famílias unidas por deveres e sentimentos de apropriação do outro, provedoras do “ruralismo esmagador” (HOLANDA, 2008). Elas instituíram a sociedade rural e posteriormente a urbana, regendo a vida política e pública, determinando as leis e as normas sociais. “Neste ambiente, o pátrio-poder é virtualmente ilimitado e poucos freios existem para sua tirania.” (HOLANDA, 2008, p. 82). Nesta época, o trabalho era de caráter extremamente servil e doloroso. De um lado, os dotados de inteligência, espírito e poder; do outro, o trabalho manual, impessoal e anti-moderno.

O gosto artístico, a destreza, o cunho pessoal, que são virtudes cardeais na economia do artesanato, passam assim ao plano secundário. O terreno do capricho individual, do engenho criador e inventivo, tende, na medida certa do possível, a restringir-se, em proveito da capacidade de atenção perseverante a todas as minúcias do esforço produtivo. A mais cabal expressão de semelhante tendência encontra-se, sem dúvida, nos atuais sistemas de organização racional do trabalho, como o taylorismo e a experiência de Ford, que levam a consequências extremas o ideal da completa despersonalização do trabalhador. (HOLANDA, 2008, p. 84).

Trata-se de uma época dos senhores de engenho, senhores rurais, que direcionavam os primeiros projetos urbanos e políticos. Essa conduta persistiu “durante o Império e mesmo depois, já no regime republicano, há de comportar, por isso, elementos estritamente vinculados ao velho sistema senhorial.” (HOLANDA, 2008, p. 88). Em termos de vitalização urbana é preciso reportar às perdas na economia agrária e nas novas formas de organização social já no século XIX. No entanto, podemos afirmar que “os centros urbanos brasileiros nunca deixaram de se ressentir fortemente da ditadura dos domínios rurais.” (HOLANDA, 2008, p. 89).

O país se manteve por três séculos sob o domínio dos patriarcas. Com o predomínio político, essa cultura, de um modo geral, implantada nos moldes das famílias patriarcais, apresentava em sua dinâmica as relações paradoxais entre os homens. A violência como resultante do processo produtivo e da dominação, traduzida na exploração desmedida ou sem fim, da mão-de-obra, do corpo e da subjetividade dos trabalhadores. Na condição servil, esses homens sofriam o controle sobre os seus corpos. Esse dado, visível em alguns aspectos e em outros não, pode ser interpretado também na atualidade. De um lado a riqueza, do outro a miséria no campo, circunscritos desde a época colonial até os dias de hoje. Miséria que se inscreve além da materialidade das coisas, em um campo psicossocial da dimensão humana, observada na pouca expressão política e na negação dos direitos, da sua cidadania.

Em relação aos conteúdos históricos considerados importantes para compreensão desse processo de desenvolvimento do meio rural e a cultura da violência no Brasil, Prado Júnior (2008) divide o universo da agricultura colonial em duas modalidades distintas: (1) a grande lavoura destinada ao comércio externo e (2) a agricultura de subsistência, ou seja, alimentos produzidos para o próprio consumo interno.

Prado Júnior (2008) mostra, em seus estudos, que os primeiros registros de famílias de agricultores datam de meados dos séculos XVI e XVII. A convite da Corte, e enquanto prática de povoamento dos governos federal e estaduais, os agricultores eram chamados de “núcleos coloniais”. Neste momento, o Brasil acolhe esses agricultores com o objetivo de subsistência, progresso e povoamento das terras pouco habitadas.

É constituído, caso, como veremos excepcional entre nós, de grupos familiares (daí o nome que lhe deram *colonização* por casais); destina-se unicamente à agricultura, e o seu estabelecimento é cercado de toda sorte de providências destinadas a facilitar e garantir a subsistência e progresso dos povoadores [...]. Ao Pará chegaram os primeiros açorianos em 1673. (PRADO JÚNIOR, 2008, p. 87).

Portanto, o cenário do período colonial revela um ruralismo esmagador. A identidade do brasileiro nasce nesse momento. A história do meio rural, do trabalho rural, tendo como características principais a expansão territorial, a exploração e a escravidão, dá origem à violência estrutural nas relações entre produtores e trabalhadores, no trabalho rural. Hoje, traços dessa época persistem no estilo de vida rural e na organização do trabalho, marcados pela precariedade das condições de trabalho e de vida do homem do campo.

2.2 A introdução do capitalismo no campo e o surgimento de novas relações de trabalho

Ao final da época colonial, um terço da população era escrava. Pétré-Grenouilleau (2009) conta que no Brasil foram 1,51 milhões de escravos empregados em pequenas e grandes plantações. Entretanto, o fim deste modelo de produção não modificou a discriminação e a segregação social a que foram vítimas.

[...] o mal era mais profundo. Estava no primeiro sistema de agricultura extensiva que desbaratava com mãos pródigas uma riqueza que não podia repor. E com esta consideração, se de um lado desculpamos a colonização, doutro a carregamos muito mais. Porque o problema se torna muito mais difícil. Se não é simples educar os colonos e a população em geral para que pudesse aperfeiçoar os seus processos e melhorar sua técnica, muito mais custoso será modificar um sistema que exigiria reformas profundas, econômicas e quicá sociais. (PRADO JÚNIOR, 2008, p. 140).

Além da extinção do tráfico negreiro, em 1850, e da abolição da escravatura, em 1888, houve movimentos de cunho político e social que são marcos para o surgimento de outras relações de trabalho – a industrialização, a partir de 1880, a proclamação da república, em 1889, e a revolução de 1930, que finaliza a hegemonia dos grandes fazendeiros de café.

A grande questão na virada do séc. XIX, que mantinha o poder econômico e social, era o produto da colheita. A riqueza estava condicionada à mercadoria e não mais à mão de obra escrava. Estes fatos históricos promoveram alguns direitos políticos e de cidadania para os brasileiros, mas conservaram as relações desproporcionais nos espaços de trabalho e entre os homens; espaços de trabalho que mantiveram a baixa autonomia do trabalhador, mantendo muitos deles na política da serventia, em troca da sobrevivência. “A grande lavoura, por esse meio, conseguiu substituir o trabalho escravo e, ao mesmo tempo, evitar a redistribuição da propriedade da terra, fazendo dela instrumento de sujeição do trabalho livre, sem avançar para a exploração salarial do trabalho.” (MARTINS, 2009, p. 141). Se antes o valor comercial

estava na pessoa do escravo, agora o valor era a mercadoria e, posteriormente veremos, será a terra.

Retomando a questão histórica, tem-se no cenário rural pós-colônia, regido pelas famílias patriarcais, o regime de colonato, exercido pelos imigrantes italianos, espanhóis, portugueses e alemães. A plantação de café era a principal atividade. Em troca, os trabalhadores cultivavam outras especiarias em pequenas lavouras de subsistência. A agricultura de subsistência surge neste contexto para alimentar as famílias de imigrantes camponeses e, de alguma maneira, produziu a cultura da sobrecarga de trabalho ou a dupla jornada. As relações entre a família do imigrante e o grande fazendeiro indiretamente se davam em um jogo de forças em dois pólos distintos: de um lado, a riqueza; do outro, a serventia como meio de sobrevivência.

Entende-se que, devido à mão-de-obra escassa, o fazendeiro criava condições de dependência dessas famílias, deixando-as dependentes da terra para cultivar sua própria alimentação. Esta modalidade, posteriormente, gerou o direito à compra da terra e o plantio em regime de parceria. Nem mesmo as famílias camponesas escaparam da cultura da violência no meio rural, em condições ainda subalternas, em um panorama que dava, como moeda de troca pelo plantio do café, a moradia e a alimentação dessas famílias. O trabalho envolvia as famílias na sua totalidade, o que facilitava o controle e a intimidação do grupo. Já as populações mestiças de índios e brancos, indígenas domesticados e antigos escravos libertos, foram mantidos em terras de grandes fazendeiros como moradores e agregados. “O conflito na relação entre os homens e a terra surge nesse período de uma urbanização expressiva e da sociedade Burguesa.” (MARTINS, 2009, p. 157).

Os excluídos ou marginais ao contexto da urbanização se mantinham na agricultura da roça, em pequenas plantações ou no sertão. Alguns chegaram a ser empreiteiros na plantação do café, na derrubada da mata e na sua limpeza. A agricultura de roça desses lavradores pobres faz surgir a itinerância na formação do cafezal. O homem livre – entenda-se como livre aquele trabalhador que tinha a “liberdade” de vender sua força de trabalho, pois o escravo era posse de seu senhor – se destaca dentre outras formas de trabalho como o assalariado, o agregado, o caboclo, o caipira.

É importante acrescentar que o cenário em torno das atividades laborativas continuava refletindo a ausência de cuidados ambientais, cuidados com organização do trabalho e com a saúde do trabalhador. Situações de exploração da mão de obra em processos de trabalho permeados por represálias, castigos, torturas nas comunidades rurais, persistiram e foram condição de controle para manter a produtividade. Situações veladas, na maioria das vezes,

pela perversão e pela demanda de produção excessiva, observadas ainda nos dias atuais no meio rural, permaneciam colocando o trabalhador em relação escravocrata e servil.

A atividade rural no Brasil continua a existir na identidade do trabalhador como um misto de associações entre obrigação e sobrevivência, sendo penosa e árdua, refletindo os traços do tempo colonial nos sistemas produtivos das grandes lavouras e em alguns aspectos do trabalho rural na atualidade.

Sabemos que na província do Rio de Janeiro, por volta de 1884, um escravo era forçado, em regra, a tratar de cerca de 7 mil cafeeiros, ao passo que anteriormente teria ao seu cargo no máximo 4,5 ou 5 mil pés, sobrando-lhe tempo, assim, para se ocupar da conservação dos caminhos e também das plantações de milho, feijão, mandioca, arroz e batata doce. (HOLANDA, 2008, p. 174).

Percebemos, neste contexto acima, que no século XIX há um aumento na jornada de trabalho com impacto nas condições de vida e na saúde dos trabalhadores. Tomemos um pequeno exemplo do período da grande lavoura de algodão:

Suspendia-se o saco recheado de algodão fofo, e nele metia-se um negro, de pé, e comprimindo o algodão para o fundo com seu peso; acrescentava-se mais algodão fofo e repetia-se a operação até que o saco estivesse cheio de algodão comprimido. Este processo além de moroso e pouco eficiente, pois a compreensão era mínima, prejudicava muito a saúde do trabalhador, pois o calor que desprendia do algodão lhe produzia graves distúrbios orgânicos. (PRADO JÚNIOR, 2008, 137).

Sobre a atualidade, Scopinho et al. (1999) discorre sobre a realidade no trabalho da cana-de-açúcar, a brutalidade e a ignorância da exploração cometida no campo, semelhante à condição escrava de outrora. A vida útil deste trabalhador se aproxima de 10 a 15 anos, estando sujeito a mortes e mutilações. Os trabalhadores, neste contexto, chegam a cortar até 15 toneladas ao dia, sem possibilidade de modificar o ritmo e as condições da organização do seu trabalho ou os efeitos devastadores em sua vida.

Recente pesquisa revela que em 10 minutos o trabalhador derruba 400 quilos de cana, desfere 131 golpes de podão e faz 138 inflexões, num ciclo de 5,6 segundos para cada ação. O trabalho é feito em temperaturas acima de 27 graus centígrados com muita fuligem no ar, e, ao final do dia, a pessoa terá ingerido mais de 7,8 litros de água, em média, desferido 3.792 golpes de podão e feito 3.994 flexões com rotação da coluna. A carga cardiovascular é alta, acima de 40%, e, em momentos de pico os batimentos cardíacos chegam a 200 por minuto. Este fato caracteriza o trabalho como extremamente árduo e estafante, pois exige um dispêndio de força e energia que, muitas vezes, os trabalhadores não possuem, tendo em vista o fato de serem extremamente pobres, senão doentes e subnutridos. (SILVA, 2008, p. 06).

Ora, os fatos apontam que as condições de trabalho não favoreceram a saúde e o desenvolvimento das potencialidades do trabalhador brasileiro de forma expressiva, devido à cultura da violência vivida no processo de trabalho e da impossibilidade de expressão e construção de linguagem. A ausência de recursos e a pobreza cotidiana pode ser uma forma de defesa ou expressão da resistência, diante da violência vivida nas relações de trabalho.

O sertão constituiu sempre, de fato, refúgio para negros e mestiços provindos do litoral: escapos da justiça, que sobre eles pesavam mais que sobre as outras categorias da população, ou recalcados pelo regime da vida desfavorável que lhes proporcionam os centros mais ativos e policiados da costa. (PRADO JÚNIOR, 2008, p. 112).

Apesar dessa exploração, é nas expressões artísticas e nas lutas políticas que observamos um espaço de presença do trabalhador brasileiro e, principalmente, do trabalhador rural. Um bom exemplo das expressões artísticas é o sertanejo. E nas lutas políticas podemos citar nomes como Zumbi dos Palmares, Chico Mendes e Irmã Dorothy, que foram assassinados no campo por apresentarem uma narrativa e um projeto de não-conformidade com a cultura da violência no meio rural, imposta a seus semelhantes. Ao tentarem sair do silêncio, deram voz aos anos de indiferença e não-reconhecimento da identidade dessas pessoas que, de fato, trabalharam no desenvolvimento deste país.

Diante dessa identidade definida pelo “outro” por negação e desqualificação, é possível contrapor uma visão diferente e complexa do trabalho humano no Brasil. É preciso superar os estereótipos em razão da pressa de querer “conscientizar” e organizar a classe, mas também e, sobretudo, causados pelo silenciamento da história dos trabalhadores e pelo apagamento da memória do cotidiano dos milhões de homens e mulheres, dos índios e africanos, dos imigrantes “colonos”, enfim, de todos os que, mesmo dentro de uma “colônia” e numa economia mercantil escravocrata, souberam produzir cultura, viveram sua condição humana, feita de desejos, valores, instituições, nas quais se fizeram e fizeram a pátria-Brasil. (LE VEN, 2001, p. 142).

Ao falar sobre a história e a memória do trabalhador brasileiro, Le Ven (2001) remete-nos à importância do reconhecimento do seu lugar na sociedade. As representações contraditórias que temos não fazem justiça à identidade do trabalhador que contribuiu para desenvolvimento do país. Temos o silêncio, a negação, o esquecimento das suas qualidades e do investimento de milhões de trabalhadores que produziram cultura e valores. Um dos pontos de degradação do potencial do homem, que se observa na dinâmica do trabalho no Brasil, é a constante tentativa de suprimir a diferença entre os povos. A riqueza, para Le Ven (2001), está justamente na diferença e nos desdobramentos que ela sugere. A colonização, por

sua vez, é descrita como tempo de escravidão também intelectual, política e social. Ao citar Bosi (1992), o autor contextualiza a realidade e o lugar do trabalhador na dinâmica da lavoura:

O mesmo autor, de novo maliciosamente, dá a palavra definitiva sobre a visão do trabalhador, desses senhores para quem “o objeto vira sujeito e o sujeito vira objeto. A cana e o açúcar são os sujeitos; os objetos são esses não-homens, ‘pés e mãos do senhor de engenho’. Trabalho, doce inferno! (LE VEN, 2001, p. 146).

Voltando à questão anterior, paralelamente à violência estrutural no campo, a arte representa a identidade do povo, assim como o mito, a cantoria, a dança, a música. “Na história, o que fala mais é o mito e não o fato. O mito seria o legado do Brasil para a humanidade. O mito se transforma em força de ação popular para manter a identidade do povo.” (RIBEIRO, 2000). No universo da vida psíquica, a arte foi um dos recursos frente às relações de dominação, o que contribuiu para a produção da diversidade cultural. Ao mesmo tempo, “diferentes da constante insistência de setores ligados à oligarquia, as ações dos movimentos sociais não “minam o campo”, mas explicitam e materializam a resistência aos processos violentos que constituem a realidade agrária e o modelo agropecuário.” (SAUER, 2008).

Em síntese, nota-se a repetição da violência disseminada na vida da população rural no Brasil. Uma repetição histórica na organização social e nas relações de trabalho.

2.3 A violência estrutural na formação da identidade do trabalhador rural

Historicamente, o século XX se apresenta com intensa expansão urbana, política e industrial, no Brasil. A partir da literatura sobre as especificidades da vida rural nas primeiras décadas, sabe-se que o trabalho rural era bastante diversificado e que o trabalho, no país, se organizava dentro da lógica do capitalismo: “período de muita contradição e transformação nas relações de trabalho, a cessação do tráfico negreiro impôs alterações no regime de propriedade, que constituíam, na verdade, mecanismos de subjugação do trabalho.” (MARTINS, 2010, p. 128). De um modo geral, o processo de modernização era difícil de se implementar, pela presença marcante da tradição e do conservadorismo construídos no cenário colonial.

A modernidade nos chega, pois, pelo seu contrário e estrangeira, como expressão do ver e não como expressão do ser, do viver e do acontecer. Chega-nos como uma modernidade epidérmica e desconfortável sob a forma do fardo nas costas do escravo negro, ele mesmo negação do capital e do capitalismo, embora agente humano e desumanizado do lucro, naquele momento histórico. Ou sob a forma da vigilância cotidiana no panóptico oculto numa vila inteira de operários da São Paulo Railway, construída no séc. XIX, no alto da serra, em São Paulo, a Vila Paranapiacaba. Mais de cem anos depois ainda passeia pelas ruas de São Paulo o olhar do fantasma da disciplina e do poder do capital sobre o trabalho, na ordem do arruamento, na posição e no formato das casas, devassadas por um olho real e fictício instalado na própria alma de trabalhadores e moradores, o olho do medo. (MARTINS, 2008, p. 24).

Nesse momento, o que imperava no meio rural ou na dinâmica da economia agrícola era a cultura do café, que se concretizava em toda uma infra-estrutura comercial de raízes urbanas, vinculada à exportação e à dependência financeira de bancos, principalmente em São Paulo. O regime de colonato, que se manteve com a vinda de espanhóis e italianos, tinha a nomeação de trabalho livre. Porém, na realidade, estava em condições de agregado sob uma organização da força de trabalho regulamentada de formas coercitivas. O trabalho se manteve em condições questionáveis e, por outro lado, surgiam pequenos espaços de cultura de roça para os que já estavam na dependência rural, daí surgindo os conflitos na posse de terras que, no futuro, gerou tantos assassinatos de trabalhadores rurais, em algumas regiões.

Com a implantação do trabalho livre, muitos negros libertos tornaram-se, junto com os caipiras e caboclos, mestiços e livres, formadores de fazenda de café. Para muitos, a liberdade adquiria pleno sentido na agricultura de roça, que já havia dado sentido à liberdade para índios e mestiços no séc. XVIII; que contribuía em contrapartida da expropriação que os grandes fazendeiros praticavam contra os pobres. (MARTINS, 2010, p. 128-129).

Teríamos aqui a imagem de um trabalhador rural com uma identidade em construção, marcada pela baixa perspectiva nas conquistas e na autonomia sobre o seu trabalho, dependente ainda de organizações políticas e econômicas inóspitas que levaram grande parte dos trabalhadores ao trabalho itinerante e à perda da agricultura local e de subsistência. Essas mudanças realçaram a violência e o desamparo estrutural na maneira como se organiza a vida social no Brasil e o trabalho no meio rural. A casa do colono tinha, de fato, a porta aberta na frente, demonstrando ser livre no seu ofício. Porém, o controle dos seus negócios ou da sua mão-de-obra não lhe pertencia.

Somos herdeiros, portanto, da cultura da violência, que segundo Birmam (2009) se presentifica tanto no viés urbano como rural.

Esse cenário se dissemina para as demais cidades brasileiras de maneira inequívoca, de forma que a violência se impõe hoje como a nossa questão social por excelência, no registro urbano. Isso sem falar da violência que se instalou nas regiões rurais, onde as invasões, as desapropriações e os assentamentos irregulares de terra se transformaram em traço da brasilidade desde a década de 1970. Tudo isso acompanhado, é claro, pelo assassinato em massa dos novos posseiros, realizado pelos latifundiários e pela força policial. (BIRMAM, 2009, p. 251-252).

Os conflitos sociais em espaços de fronteira levaram à morte de pessoas e fragilizaram suas culturas. “Entre 1968 e 1987, diferentes tribos indígenas da Amazônia sofreram pelo menos 92 ataques organizados, principalmente por grandes proprietários de terra, com a participação de seus pistoleiros, usando armas de fogo.” (MARTINS, 2008, p. 132). Para o autor, a Amazônia se constitui, nos últimos anos, como cenário de grandes conflitos sociais e lutas étnicas. Também de violência provocada por grandes proprietários, na disputa de terras indígenas e de camponeses.

A partir do golpe de Estado em 1964 e do estabelecimento da ditadura militar, a Amazônia brasileira transformou-se num imenso cenário de ocupação territorial massiva, violenta e rápida, processo que continuou, ainda que atenuado, com a reinstauração do regime político civil e democrático em 1985. [...] Quase seiscentos camponeses foram assassinados em conflitos na região amazônica, por ordem de proprietários que disputavam com eles o direito a terra. (MARTINS, 2009, p. 132-133).

Algo similar ao cenário de Colombo com os índios das Américas, demonstrando a história de destruição, revolta e massacres no meio rural brasileiro. Retomando a história da agricultura no campo e as diferenças sociais resultantes de todo processo de modernização, Stèdile (1997) afirma que o Brasil, até a década de 1960, era basicamente agrícola, e o processo de urbanização afetou os trabalhadores rurais que continuam a ser a maioria da mão-de-obra neste país: arrendatários, meeiros, posseiros e deserdados de suas terras.

Todos estes trabalhadores estão subjugados na atualidade pelo processo de urbanização, sendo 4,8 milhões de famílias de trabalhadores rurais sem trabalho. Ainda próximo ao século XXI, há registros de trabalho escravo e prática de trabalho subumano no campo. Como setor de atividade primária, a agricultura é ainda o que mais ocupa mão de obra no país. (STÈDILE, 1997, p. 28-29).

Conforme estudos e pesquisas recentes, essas práticas se sustentam também no emprego de mão-de-obra infante-juvenil, sobretudo nas colheitas de laranja e algodão, no corte da cana-de-açúcar e no trabalho de carvoaria. São atividades executadas em condições penosas e insalubres, prejudicando o seu desenvolvimento físico, psicológico e social. Eles

ficam vulneráveis a acidentes, inclusive há indícios de mortes e mutilações, entre essas crianças e jovens. (ALESSI; NAVARRO, 1997).

Em termos quantitativos, a produção da lavoura nos últimos 40 anos praticamente dobrou, e alguns fatos ocorridos foram decisivos para as mudanças de paradigma do funcionamento do trabalho. (PERES, 2004). A maior parte dos investimentos econômicos está atualmente direcionada para os grandes negócios, conhecida como agroindústrias ou agronegócio, baseados na monocultura latifundiária ou na grande lavoura. Basicamente, a produção de soja, cana de açúcar, milho e algodão compreende a maior parte da atividade rural, cujo índice é de 42% do PIB brasileiro e corresponde a 37% dos empregos no país.

Hoje, os principais determinantes do quadro das relações entre saúde, trabalho e ambiente parecem estar relacionados às grandes forças motrizes representadas pelas políticas governamentais de incentivo a determinadas cadeias produtivas. A busca pela garantia do superávit nas trocas comerciais acaba por determinar o estímulo à produção de grandes monoculturas exportadoras, como a soja, o milho e o algodão (PERES, 2009, p. 07).

O autor supracitado afirma que essas mudanças de paradigma apontam para as dificuldades dos pequenos produtores em acompanhar a demanda do mercado nacional e mundial. “Existem cerca de 16,4 milhões de pessoas ocupadas em estabelecimentos rurais, correspondendo a aproximadamente 50% da população residente em áreas rurais.” (PERES, 2009, p. 02).

Campolina e Silveira (2008) reportam-se às mudanças, dizendo que no mercado de trabalho rural o perfil do trabalhador rural agrícola, nos últimos 15 anos, está profundamente orientado pela tecnologia e por atividades não-agrícolas como, por exemplo, a agroindústria. A mudança no perfil significa também que muitos trabalhadores rurais atualmente moram no meio urbano. E os que moram no campo desenvolvem pouco a agricultura.

As novas tecnologias, a abertura comercial, a competição e o aumento dos processos de urbanização provocaram alterações significativas no campo brasileiro. Nessa direção, as ocupações do setor agrícola também sofreram alterações e se sofisticaram, com o trabalhador braçal perdendo espaço para o operador da máquina, isto é, observa-se um aumento na demanda da qualificação na mão-de-obra agropecuária. (CAMPOLINA E SILVEIRA, 2008, p. 40).

Reardon (1998), citado por Campolina e Silveira (2008), afirma que as famílias rurais pobres buscam a remuneração em cenário diferente da agricultura para superar a pobreza. Mas a carência de capital inicial e de educação para alcançar atividades produtivas e rentáveis

são motivos para o fracasso. As famílias ricas, por sua vez, demonstram ter recursos financeiros e mão-de-obra para desenvolver atividades rentáveis.

Não se pode negar que há a tentativa de se reduzir a pobreza no campo, nos últimos anos. As crianças e os jovens acreditam que foram libertos de trabalhos árduos e com acesso à educação. Mas a tentativa de solucionar o problema da pobreza das famílias rurais no Brasil continua a existir e os indícios são de desemprego no meio rural.

O aspecto negativo que se observa pela primeira vez é a ocorrência de algo que até então não se verificava no meio rural brasileiro: o desemprego é a novidade dos últimos anos. No início dos anos 1990, a taxa de pessoas desocupadas nas áreas rurais era de 1,6% e nos últimos anos, 2005 e 2006, essa taxa chegou a 3% da PEA, ou seja, praticamente dobrou. (CAMPOLINA E SILVEIRA, 2008, p. 43).

Objetivando o aumento produtivo, mudanças foram propostas para a agricultura na década de 1970. O conhecido fenômeno “Revolução Verde” incentivava o uso dos agrotóxicos como recurso para o desenvolvimento da agricultura.

A revolução verde refere-se à disseminação de novas sementes e práticas agrícolas que permitiram um vasto aumento na produção agrícola dos países menos desenvolvidos, durante as décadas de 60 e 70. O modelo se baseia na intensiva utilização de sementes melhoradas (particularmente semente híbridas), insumos industriais (fertilizantes e agrotóxicos), mecanização e diminuição do custo de manejo. Também é creditado à revolução verde o uso extensivo de tecnologia no plantio, na irrigação e na colheita, assim como no gerenciamento de produção (SANTOS, 2006, p. 01).

Dessa forma, os agrotóxicos foram introduzidos no Brasil. Este projeto foi implantado pelas políticas públicas, aliado ao capital internacional. Com o intuito de modernização, a utilização dos defensivos agrícolas, como eram chamados, trouxe conseqüências devastadoras para a vida e o cotidiano do trabalhador rural. Com o nome de defensivos agrícolas, os agrotóxicos foram introduzidos sem nenhum critério de proteção ao trabalhador e ao ambiente. Outros prejuízos associados à condição de vida do trabalhador no campo são ligados ao manejo da atividade e, em conseqüência, à ocorrência de danos à saúde e a transformações na identidade do trabalhador rural.

Segundo Agra e Santos (2001) este processo de modernização da agricultura nos anos 60 e 70 pode ser qualificado como “excludente e parcial”, gerando uma situação de dualidade nas relações produtivas do meio rural.

A utilização de adubos químicos também se intensificou no Brasil, na década de 70, atingindo um incremento de 1.380%, entre 1965 e 1980, o mesmo ocorrendo com

uso de defensivos, que aumentou 377% neste período, com destaque para a utilização de herbicidas, que cresceu mais de 8000% (AGRA; SANTOS, 2001, p. 03).

Os autores também compartilham da opinião de que, subordinada à lógica do capital, a “Revolução Verde”, junto com a modernização da agricultura, não trouxe benefícios aos trabalhadores rurais carentes. Os mesmos continuam em situação econômica precária. E os complexos agroindustriais foram cada vez mais fortalecidos: foram mais de 30 milhões de famílias de pequenos produtores expulsos de suas terras, sendo que muitos eram praticamente forçados a vender suas terras para os grandes estabelecimentos. O ponto mais frágil advindo da modernização está no campo social, além da degradação ambiental e das perdas do potencial da terra ou do solo.

Peres et al. (2004) consideram que, neste modo de produção, a agricultura deixa de ter uma conotação familiar para se tornar pouco compensatória, além de perigosa, principalmente quando se levam em conta os riscos oriundos do processo de trabalho, sobretudo o uso de agrotóxicos.

Eu prefiro que se ele (filho) arrumar uma outra profissão será melhor para ele. (Por que?). Lavoura está muito difícil aqui, né? (...) porque se não usar veneno... se for, por exemplo, fazer uma lavoura de tomate, pimentão, outra coisa, se não usar veneno, não colhe bem (Agricultor, 42 anos). (PERES et. al., 2004, p. 1063).

O que se expressa no meio rural, de 1960 a 1980, foi o aumento na produtividade em áreas de grande produção ou áreas extensas de terra. Um período de expansão mecânica de incentivos políticos que mantém o pequeno produtor sem alcance para atender o mercado.

O cenário observado no ambiente rural demonstra que, para o pequeno produtor, as novas tecnologias e os recursos da modernidade não acrescentam qualidade às condições e à organização do seu trabalho. Todavia, mantêm, ao longo do tempo, o trabalhador em situação de risco e vulnerabilidade. O trabalhador apresenta dependência do mercado econômico e, muitas vezes, associa-se em parceria ou vínculos com o grande produtor, como nas oligarquias rurais, com desejo de sobreviver. Em desespero, perde sua autonomia.

É evidente, no meio rural contemporâneo, a diversidade no modo de produção. Um contraste entre um ambiente rural de cultura que pode-se dizer familiar, e um sistema agrário associado à empresa privada.

Com ampla área física e grandes diferenças regionais em termos climáticos e edáficos, Minas Gerais, configurando-se como uma espécie de síntese de todo território nacional, apresenta uma estrutura diversificada e heterogênea em termos de

grau e velocidade de modernização agrária, ou seja, são marcantes os contrastes do *modus operandi* de sua base agrária, que se estende em um gradiente de exploração que vai desde a agricultura tradicional de subsistência até as modernas empresas capitalistas atreladas aos mercados internos e externo. (SALIM, 2002, p. 96-97).

Para Silva (2005), o setor rural é prioritário na atualidade. As chamadas empresas rurais ou agronegócio, que em muito se assemelham às oligarquias produtivas, levaram ao declínio da atividade rural de cunho familiar, realizada pelo pequeno produtor. O autor acrescenta que, apesar da diversidade nos processos de produção agrícola no Brasil, podem-se identificar cargas laborais comuns, além dos acidentes com os instrumentos de trabalho, das precárias condições dos meios de transportes, da exposição aos agrotóxicos e a consequente intoxicação, das mudanças de temperatura etc., que se traduzem em doenças, traumas ou acidentes a elas relacionados. Similares também são as cargas biopsíquicas que produzem padrões de desgaste expressos através de doenças ósteo-articulares (sobretudo hipertensão arterial), estresse, alcoolismo, úlcera gástrica, etc., resultando em envelhecimento precoce e morte prematura.

Silva (2005) conclui que o êxodo rural provém da utilização intensa de tecnologia, em substituição à mão-de-obra. As famílias rurais brasileiras que se beneficiaram com a modernização, incorporaram essa tecnologia e estão no mercado competitivo e profissional. A “modernização agrícola” trouxe o aumento da produtividade no país. Mas, por outro lado, provocou a exclusão social, a migração, o desemprego, o empobrecimento da população rural e sérios danos a saúde e ao meio ambiente.

Brito (2006), ao apresentar os resultados da pesquisa realizada em Serrinha do Mendanha, situada no bairro Campo Grande, no município do Rio de Janeiro, com famílias rurais de ascendência portuguesa, conclui que muitos moradores deixaram o trabalho rural para trabalhar em indústrias. A vulnerabilidade do trabalhador é uma realidade. A renda mensal dessas famílias, entre três a cinco moradores, é inferior a dois salários mínimos.

Este cenário, tão tristemente homogêneo, permite-nos concluir que é preciso dar um passo adiante para garantir a integralidade da saúde do homem do campo. É preciso que tenham acesso a um serviço de saúde e a uma base educacional que lhes permitam saber os riscos aos quais estão expostos e decidir qual o melhor caminho a seguir. (BRITO, 2006, p. 545).

De maneira panorâmica, pode-se dizer que o meio rural continua a traduzir a dependência de economias externas. As atividades se diversificaram nos últimos anos, demonstrando alta no agronegócio e na agropecuária, com pouco investimento para a

agricultura dos pequenos produtores. A produção, portanto, está vinculada hoje ao contexto urbano e sócio-econômico de intensa produtividade.

Todavia, o cenário conserva o modelo de trabalho penoso, configurando a baixa imunidade do trabalhador diante dos conflitos e desafios.

No Brasil, a sociedade sofre até hoje os efeitos sintomáticos de repetição da violência social, decorrentes de dois longos episódios de crueldade que nunca foram reparados nem elaborados coletivamente: três séculos de barbárie escravagista, entre os séculos XVII e XIX, e duas décadas de ditadura militar, entre 1964 e 1985. (KEHL, 2009, p. 28).

A característica servil no trabalho rural no período de “barbárie escravagista” era condição de sobrevivência. Hoje, pode ser interpretada como sintoma e repetição dos anos de escravidão ou tentativa de sobrevida, para renascer a cada colheita. Associada à demanda excessiva de produção, a utilização dos agrotóxicos atinge a saúde do trabalhador no nível de complexidade que a própria sociedade desconhece. O adoecimento do trabalhador rural está estreitamente vinculado à repetição de comportamentos controladores da força de trabalho e da distribuição das riquezas no Brasil.

3 UMA EXPERIÊNCIA DE ATENÇÃO AO TRABALHADOR RURAL NO CEREST

Neste capítulo, dedica-se especificamente às questões relativas ao sofrimento e adoecimento no trabalho, tendo como referências as chamadas “Clínicas do Trabalho”, ou seja, a Psicodinâmica do Trabalho, a Clínica da Atividade, a Ergologia e a Psicossociologia do Trabalho. As contribuições teóricas destas correntes clínicas serão ampliadas a partir da literatura psicanalítica, cujas contribuições nos parecem essenciais para discutirmos as questões teóricas e metodológicas, relativas à psicopatologia clínica, no campo do trabalho.

3.1 CEREST (MG) – sistema ambulatorial

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Minas Gerais (CEREST- MG) é um ambulatório que conta com uma residência médica, na especialidade de Medicina do Trabalho. Neste espaço, são promovidos atendimentos e ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador, por meio da prevenção e da vigilância.

Cabe aos CEREST's capacitar a rede de serviços de saúde, apoiar as investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, apoiar a estruturação de assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho e agravos contidos na lista de doenças relacionadas ao trabalho e aos agravos de notificação compulsória citados na portaria GMS/MS, nº104 de 25 de janeiro de 2011. Sua função é, dessa forma, desempenhar suporte técnico, além de coordenar projetos de educação em saúde para a rede do SUS, em sua área de abrangência, buscando as condições necessárias para que a saúde do trabalhador esteja aí inserida. Cabe-lhe ainda capacitar os profissionais da porta de entrada do SUS para diagnosticar, notificar e referenciar as doenças advindas do processo de trabalho.

O CEREST Estadual de Minas Gerais tem uma organização de serviços diferente dos demais, embora com a mesma missão, tendo sido criado em 2004, quando o Ambulatório de Doenças Ocupacionais (ADP) do Hospital das Clínicas da UFMG buscou adequar-se à legislação vigente. A lei nº. 8.080, conhecida como lei Orgânica da Saúde, insere a saúde do trabalhador no campo de atuação do Sistema Único de Saúde, regulamentada pela portaria 1.679 (18/09/2002). Esta portaria criou mecanismos para a organização e implantação da Rede Nacional de Assistência à saúde do trabalhador (RENAST). Já a portaria 656, de 20/09/2002, define as normas para o cadastramento e habilitação dos Centros de Referência

em Saúde do Trabalhador, estipulando os prazos legais para os Estados cadastrarem e habilitarem seus serviços.

Apesar de, legalmente, as equipes de profissionais dos CEREST's estaduais serem compostas por médicos do trabalho, auxiliares de enfermagem, profissionais de nível médio, enfermeiros e outros profissionais de nível superior (Portaria GM/MS nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005), os CEREST's têm se adequado às necessidades locais, contratando outros profissionais. Desse modo, busca-se um atendimento mais abrangente aos trabalhadores, através de uma equipe multiprofissional que cumpra seu papel dentro da atenção especializada. Assim, os usuários desses Centros podem ser, posteriormente, referenciados ou contra-referenciados para tratamento na sua unidade de referência, conforme os preceitos do SUS.

O CEREST Estadual de Minas Gerais, que funcionou no Ambulatório de doenças profissionais no Hospital das Clínicas da UFMG, até o ano de 2011, tinha uma equipe formada pelos seguintes profissionais: médicos do trabalho, pneumologista, clínico geral, médicos residentes em medicina do trabalho, terapeuta ocupacional e uma socióloga. Além desta equipe lotada diretamente neste setor, o CEREST contava com o suporte dos demais serviços do Hospital das Clínicas da UFMG. Esta equipe continua trabalhando no mesmo local, porém agora desvinculada do CEREST-MG, como Ambulatório de serviço especializado em Saúde do Trabalhador.

3.2 A população rural atendida no CEREST

A população atendida neste serviço é variável e os trabalhadores rurais são uma das categorias que dele se beneficiam. Muitos são atendidos com hipótese diagnóstica de intoxicação por agrotóxico. Eles apresentam queixas físicas e psíquicas, sendo acolhidos e assistidos pelos médicos residentes em medicina do trabalho e seu preceptor.

A presença da psicologia neste serviço se deu a convite da coordenação do ambulatório, uma vez que, nos atendimentos, foi constatado que esses pacientes apresentavam sintomas de transtornos mentais. A demanda colocada aos psicólogos referia-se, pois, ao diagnóstico e atendimento dos casos de adoecimento mental ou de uma enfermidade emocional, já no campo médico psiquiátrico ou psicológico.

Estes trabalhadores rurais eram, em grande parte, pequenos produtores rurais, cujos vínculos trabalhistas eram empregados ou meeiros, além dos trabalhadores autônomos e suas famílias, muitos deles associados em cooperativa. A maioria desses pacientes se dirigia ao

serviço após a ação construída entre o CEREST-MG e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais da cidade de Alfredo Vasconcelos (MG), adiante a alta incidência de adoecimento e intoxicação na região.

No acompanhamento, foram encontrados quadros de adoecimento que combinavam queixas orgânicas e psíquicas, em geral nomeadas como doenças “dos nervos”. Eram estes casos que os médicos encaminhavam à equipe de psicologia. Após os primeiros atendimentos médico e psicológico, os diagnósticos eram discutidos entre as equipes, a fim de se investigarem as possíveis relações entre as patologias e as condições de trabalho dos sujeitos.

Na maioria das consultas clínicas, a hipótese desta relação se evidenciou. Os fatores desencadeadores de sofrimento psíquico se mostravam associados às condições e à organização do trabalho, destacando-se, em vários casos, sintomas como ansiedade, depressão ou apatia. Uma das situações realçadas nos atendimentos era a angústia provocada pelo uso dos agrotóxicos e a ameaça de intoxicação que eles representavam. Neste sentido, as construções imaginárias, relativas às consequências nefastas da intoxicação, eram tecidas conforme elaborações do senso comum, aumentando ainda mais o sofrimento psíquico dos pacientes.

3.3 A complexidade e os desafios no atendimento e no diagnóstico

Os desafios encontrados pela equipe de psicólogos foram muitos. Cabe aqui uma menção especial relativa à metodologia de atendimento clínico, que deveria contemplar as especificidades da clientela e até mesmo de suas possibilidades de comparecer ao CEREST-MG, uma vez que moravam no interior e o seu deslocamento dependia do transporte organizado pelo sindicato e prefeitura locais. Sobre eles era também importante conhecermos não apenas a realidade imediata do seu ofício, mas também a sua importância na construção da identidade do trabalhador rural ou, mais especificamente, do pequeno produtor rural, no Brasil de hoje.

Os aspectos técnicos e metodológicos foram conduzidos em acordo com o que pudemos apreender dessa realidade, tanto através do contato com os sujeitos atendidos quanto por dados retirados da literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores rurais. A possibilidade de um diagnóstico exitoso deveu-se, sobretudo, às discussões conjuntas entre as equipes de médicos e de psicólogos, evidenciando a importância da prática interdisciplinar no atendimento desses trabalhadores. Era, pois, fundamental compartilhar os diferentes saberes,

de modo que o atendimento fosse conduzido numa ótica ampliada sobre o adoecimento, as condições de trabalho e de vida do trabalhador rural.

Para a equipe de psicologia, a questão metodológica relativa à escuta desses sujeitos era um desafio. Com efeito, era preciso associar a escuta às discussões com a equipe médica, além de recorrermos às pesquisas bibliográficas referentes ao adoecimento mental do trabalhador rural. É importante lembrar que o espaço oferecido nesta modalidade de atendimento direcionava-se para queixas e demandas associadas ao trabalho, em suas várias dimensões subjetivas, sociais e econômicas. Era também preciso considerar que a porta de entrada da assistência a esses sujeitos era o ambulatório do HC, que abrigava a residência em medicina do trabalho e o CEREST-MG. Assim, a dinâmica do atendimento psicológico deveria levar em conta estas estruturas, o que difere substancialmente do atendimento clássico de um consultório particular, o que inclui uma sequência regular (semanal ou outra) das sessões.

O diálogo entre os saberes foi essencial para o atendimento psicológico. Os casos eram discutidos em equipe, de modo a deixar evidentes as relações entre patologias orgânicas, psíquicas e alguns fatores ligados ao ambiente de trabalho. Mas o estudo de cada caso singular nos permitiu também evitar generalizações. Era, pois, importante ter clareza sobre os reais nexos entre os fatores laborais e o quadro global do sofrimento de cada paciente, articulados à sua estrutura psíquica.

A metodologia de atendimento psicológico era, pois, bastante distinta dos procedimentos de consultório particular, tendo em vista a própria estrutura do serviço público e de sua natureza interdisciplinar. Para tanto, conhecimentos da clínica do trabalho, da psicossociologia e da escuta psicanalítica embasaram todo o processo de desenvolvimento dos profissionais psicólogos, frente à demanda do CEREST.

A compreensão da realidade do trabalho rural era necessária para que a escuta pudesse ser ampliada ao contexto psicossocial da vida do trabalhador e, posteriormente, à necessidade de entendermos também as condições estruturais do serviço público na cidade desses trabalhadores, que não atendia à demanda de sua categoria em condição de adoecimento. Estes pontos foram de fato configurando para nós, psicólogos, a metodologia dessa prática clínica, bem como a necessidade do trabalho de equipe entre os profissionais envolvidos, para as discussões e a condução dos casos.

A cidade de Alfredo Vasconcelos, próxima ao município de Barbacena, é uma cidade pequena com área de 126,913 Km² e 6.078 habitantes, segundo o censo IBGE de 2010, sendo a maioria da população composta por famílias rurais que se beneficiavam da produção de

frutas, flores e hortaliças. Em visita a esta foram observados os poucos recursos tecnológicos, em desvantagens com o mercado produtor capitalista. Foi constatado também o uso inseguro de produtos agrotóxicos – vasilhame no chão, mistura desses produtos na caixa d'água aberta perto de casa com crianças, uma pessoa dedetizando, ao lado de outra descalça. Se tais condutas têm efeitos deletérios à saúde, somemos a elas as condições precárias de vida e de trabalho desses sujeitos, homens e mulheres, o que revela a vulnerabilidade social em que vivem, juntamente com suas famílias.

Essa precariedade aparecia até mesmo no trajeto empreendido para chegarem ao ambulatório do Hospital das Clínicas da UFMG. A viagem os colocava em trânsito por cinco horas, em média, acrescidas de três horas de espera para atendimento clínico e psicológico, sem queixa ou reclamação. Em contrapartida, eles consideravam o atendimento no CEREST de ótima qualidade (por se tratar de um hospital-escola, além do interesse da equipe médica, uma primeira consulta médica, por exemplo, compreendia uma detalhada anamnese que poderia durar até uma hora ou mais, dependendo do caso, o que, em geral, não ocorre no serviço público, além de todo o cuidado que se seguia, com os pedidos de exames clínicos detalhados e o posterior encaminhamento de cada caso), já que na sua cidade não havia recursos ou um serviço específico para tais enfermidades. Alguns passavam anteriormente pelo serviço público sem sucesso no tratamento.

As condições de atendimento do serviço público oferecido em Alfredo Vasconcelos seguem a modalidade do SUS, que é o PSF (Programa de Saúde da Família). Em visita ao posto médico local, entrevistamos o psiquiatra e realizamos reuniões com os agentes de saúde e demais profissionais da equipe. Estes se referiram à necessidade de ações coletivas, junto à população, não só relativamente ao uso indiscriminado dos agrotóxicos, mas aos demais problemas relativos à saúde, tendo em vista que a prevenção é um elemento essencial na produção da saúde, segundo o próprio projeto do SUS.

A literatura que retrata as queixas do trabalhador rural contempla um vasto leque de sintomas leves, moderados e graves. Estes compreendem desde queixas difusas de ansiedade, tristeza, desânimo, até formas agudas de depressão, algumas vezes associadas à ideia de autoextermínio.

As experiências de atendimento no CEREST-MG, assim como a literatura consultada, mostraram que, se a ocorrência de patologias graves é uma realidade entre trabalhadores rurais, a maioria deles apresenta queixas difusas ou inespecíficas, que alguns autores denominam “morbidade psiquiátrica menor.” (FARIA et. Al., 1999). A morbidade psiquiátrica difusa, entre trabalhadores, já fora constatada, em outro contexto, por Le Guillant

(2006), no conhecido caso da “neurose das telefonistas”. Interessa-nos ressaltar aqui as aproximações entre esses autores que, distantes no tempo e no espaço, têm achados comuns relativos aos nexos entre a doença mental e o trabalho. De um lado, trata-se de um adoecimento coletivo que Le Guillant (2006) também chamou de “síndrome geral da fadiga nervosa” ou “síndrome subjetiva comum”, associada, nos trabalhadores, à própria natureza de suas atividades profissionais.

Do ponto de vista metodológico, trabalhamos em duas vertentes interligadas, no que diz respeito ao sofrimento dos trabalhadores rurais atendidos no CEREST: de um lado, tomamos as queixas difusas como um fenômeno coletivo, na linha da “síndrome geral da fadiga nervosa”, acima citada, o que reafirma a relação entre as “doenças do nervo” e o contexto laboral. Por outro, lidamos com a necessidade de discutir cada caso, a fim de chegarmos a um diagnóstico capaz de precisar a natureza psíquica do sofrimento ou da patologia, que supõe uma trajetória singular. Assim, mesmo levando-se em conta o nexo entre o adoecimento e as condições de trabalho, era importante interrogar este nexo na ótica do que poderíamos chamar de uma “síndrome subjetiva individual”. Tratava-se de conjugar, na complexidade de cada caso, a articulação entre os contextos individual e coletivo, subjetivo e objetivo, psíquico e social, o que constitui um desafio para a construção de um diagnóstico e para os encaminhamentos de cada caso, num serviço público que tentava associar os saberes das clínicas médica e psicológica.

3.4 A vulnerabilidade social do Trabalhador Rural: o risco de vida, a expressão de dor e sofrimento.

A vulnerabilidade é um tema presente na leitura e interpretação das pesquisas epidemiológicas em Políticas Públicas e de Saúde Coletiva. Este conceito se aplica à condição do homem em situação de risco e fragilidade, frente aos desafios e impasses encontrados no seu cotidiano e nas várias dimensões da vida. No plano social, o cenário da vulnerabilidade também mostra os limites das ações que poderiam garantir ao cidadão a participação nas decisões políticas, com reivindicações relativas ao grau de instrução, aos recursos materiais, ao acesso a bens de consumo e aos serviços de saúde.

A vulnerabilidade relacionada a fatores estruturais da sociedade, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso a serviços; vulnerabilidade relacionada a aspectos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero na sociedade e a vulnerabilidade na esfera da significação, que integra o conceito de risco e a maneira

como se expressa, no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história. (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007, p. 320-321).

Na área ocupacional, no Brasil, a vulnerabilidade pode apontar para situações diversificadas na organização do trabalho e no modo como se constituiu a identidade dos trabalhadores, ao longo do processo sócio-histórico e político do país. Outra questão que no Brasil eleva a vulnerabilidade refere-se “a geração de oportunidades” que permanece reprimida pela estrutura econômica, gerando aspectos que contribuem para tornar insuficientes os ativos físicos, pessoais e sociais dos trabalhadores.

Para Castel (2000) a situação de vulnerabilidade em que se encontram muitos brasileiros está associada às mudanças no mundo do trabalho, na crise salarial e na condição de excluído no processo de transformação operadas no espaço de trabalho e de existência social. A vulnerabilidade se produz pela precariedade no trabalho, somada à fragilidade dos vínculos sociais. Dois vetores importantes que podem definir a situação de vulnerabilidade é a não-integração no mundo do trabalho e a inserção em sociabilidade familiar.

Existem diferentes zonas no espaço social que são importantes na vida do sujeito, configurando uma rede de sociabilidade. O que produz a situação de vulnerabilidade não é apenas o estado de falta de alimento, moradia, educação, saúde, mas também as condições em que se encontra o sujeito na relação com o trabalho. Ou melhor, sua integração de modo satisfatório e permanente com bases sólidas na atividade de trabalho que exerce, bem como sua inserção junto a sociabilidade sócio-familiar.

A inconstância ou a fragilização de alguns desses vetores pode levá-lo ao isolamento psicossocial. Estes vetores produzem recortes diferentes no espaço social. O autor acima aponta quatro modalidades de relação, que vão da autonomia à dependência. Assim, a zona de integração está relacionada ao trabalho e suas garantias; a zona de vulnerabilidade opera em situações de precariedade no trabalho e na vida social; a zona de desfiliação caracteriza a ausência da categoria trabalho e o isolamento social; a zona de assistência está relacionada à incapacidade para o trabalho e à inserção social.

O espaço que mais cresce no Brasil, na ótica de Castel (1994), seria o de desfiliação, sugerindo que o sujeito não está inscrito nas regras de filiação e de reprodução na sociedade, podendo ser a própria negação dos indivíduos e a falta de oportunidades de acesso à vida social. A desfiliação é a não-existência do trabalho e a quebra do que ele chama de sociabilidade primária, ambos resultam da precarização do trabalho e da carência do território

familiar e social, que garantem a rede de proximidade capaz de produzir a existência e garantir alguma proteção.

Considerando os aspectos acima, há fatores estruturais na organização da sociedade brasileira e na própria organização do trabalho rural que colocam os grupos ou as comunidades em situação de risco; fatores tais como más condições de vida, dificuldade de acesso à escola, habitação, saneamento básico, transporte, serviços de saúde e meios de comunicação, contrastam com direitos dos cidadãos, autonomia e participação política.

Além disso, os fatores de vulnerabilidade no trabalho rural apontam para um contexto de violência.

As situações de vulnerabilidade no mundo do trabalho são constitutivas da sociedade capitalista, que são movidas pela competição, e guiadas por uma lógica que reproduz a desigualdade social e, portanto, a repartição desigual da posse de ativos físicos, pessoais e sociais (MTE, 2007, p. 08).

As situações de vulnerabilidade no campo do trabalho se aplicam às seguintes características da população: jovens, indígenas, idosos, portadores de necessidades especiais, mulheres, negros ou pardos, migrantes, famílias monoparentais, ou seja, chefiadas por mulheres sem cônjuge e com filhos pequenos.

Pode-se dizer que muitos dos fatores de risco enfrentados pelos trabalhadores rurais são associados a aspectos tecnológicos, de precariedade na produção, da ausência de acesso a informações qualificadas sobre seu ofício e por questões de discriminação, preconceito e de competição.

O Ministério da Agricultura vem priorizando a chamada agricultura moderna, cujos produtos são destinados à exportação para geração de divisas, deixando em plano secundário a agricultura familiar e a pesca artesanal, voltadas para consumo local. Dessa forma, perde-se a oportunidade de fomentar o desenvolvimento local, fixar a população na região e garantir melhores condições de vida (DIAS, 2006, p. 19-20).

Nesse sentido, conforme afirma Peres (2009) nenhum outro grupo é mais vulnerável aos efeitos nocivos dos agrotóxicos, a modernização das ferramentas de trabalho e a competição no mercado do que os trabalhadores da chamada agricultura familiar. Assim, o investimento Estatal facilita o desenvolvimento da produção em larga escala, produção liderada por grandes empresas, o que fragiliza os laços com o pequeno produtor rural, ou seja, os laços com a agricultura familiar.

Segundo Martins (2008) há poucos estudos históricos sobre a realidade do trabalho urbano e rural no Brasil. No entanto,

Nos últimos anos, tivemos um número expressivo de estudos sociológicos sobre a situação dos trabalhadores rurais no período relativamente recente. Pouco interesse, porém, pela sina dos trabalhadores rurais e urbanos na história social do país. O pouco que se fez, de qualquer modo, esteve muito marcado pela motivação política de descobrir na história das classes trabalhadoras evidências de que elas tiveram algo a ver com a nossa história, de que tiveram lugar e papel significativo em tudo o que aconteceu nos últimos cem anos. (MARTINS, 2008, p. 113-114).

E podemos acrescentar ainda as poucas pesquisas e estudos na área da saúde pública, em relação à categoria trabalho rural e à saúde mental do trabalhador rural.

Todavia, o estudo sobre a realidade do trabalho rural e sobre o destino dos trabalhadores rurais são imprescindíveis, devido às transformações tecnológicas e organizacionais em curso no país, o que acarretou impacto direto na saúde física e mental do trabalhador.

Todo trabalhador no exercício de sua profissão está sujeito a um acidente do trabalho, e algumas profissões apresentam probabilidades maiores que outras. A teoria do risco de acidente do trabalho aponta os principais agentes de risco ocupacionais presentes no ambiente de trabalho, são eles: físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e mais recentemente, os riscos psicossociais, em razão da crescente exposição do trabalhador a situações de tensão e estresse no trabalho. (JESUS & BRITO, 2009, p. 143).

Silva (2005) nos fala de um cenário no trabalho rural, comprometido com todas as mudanças advindas do processo de modernização. Processo tecnológico, que tomou espaço da mão-de-obra no campo e levou ao uso intenso dos agrotóxicos, após a Segunda Guerra Mundial. A chamada “modernização agrícola” teve como objetivo principal a alta produtividade de forma inconsequente, no que tange a saúde dos envolvidos no processo, ao meio ambiente e ao alto risco de acidentes e adoecimento.

A estas situações de risco para a saúde do trabalhador se somam condições que afetam o conjunto dos trabalhadores brasileiros, como baixos salários, condições sanitárias inadequadas, carências alimentar, deficiência dos serviços de saúde, entre outras (SILVA, 2005, p. 894).

O aumento da utilização de agrotóxico é questionado, há já algumas décadas, com relação ao seu uso excessivo e inconsequente. De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, o uso de agrotóxico no mundo era da ordem de 3 milhões de toneladas/ano, expondo ao risco de intoxicação, através do trabalho agrícola, mais de 500 milhões de pessoas. Também estimava que os casos anuais de intoxicação aguda não-intencionais fossem de um milhão, com 20 mil mortes, sendo a exposição ocupacional

responsável por 70% desses casos de intoxicação. Embora reconhecendo que os efeitos crônicos são mais difíceis de serem avaliados, estes foram estimados pela OMS em 700 mil casos/ano de dermatoses, 37 mil casos/ano de câncer, em países em desenvolvimento e 25 mil casos/ano de sequelas neuro-comportamentais persistentes, ocasionadas por intoxicações ocupacionais por compostos com organofosforados. Quinze anos depois, em 2005, a OMS, em conjunto com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), passou a estimar em sete milhões os casos de intoxicação agudas e de longo termo, com 70 mil óbitos provocados por agrotóxicos anualmente no mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento (GARCIA, 2005).

Em 2005, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) registrou 84.456 casos de intoxicações em 28 dos 34 Centros de Informação e Assistência Toxicológica em atividade no país. Desses casos, 15.804 foram intoxicações por tentativas de suicídio, dentre os quais 14% com ingestão de agrotóxicos de uso agrícola e 11% com ingestão de raticidas, superados apenas pelos casos provocados por medicamentos (59%). (GARCIA & FILHO, 2007, p. 07).

Em outra pesquisa na cidade de Luz-MG, Abreu, Meyer e Resende (2007) apontam que, entre 2000 e 2004, aconteceram 19 suicídios. Desses, 18 eram de trabalhadores rurais. Participaram da entrevista 50 moradores e 98% dos entrevistados usavam agrotóxicos na lavoura, sendo que 40% já haviam se intoxicado. Porém, 72% não usavam equipamentos de proteção e 56% nunca leram a bula dos produtos. Já Pires (2005) discorre sobre suicídios devidos ao contato com agrotóxico no Estado do Mato Grosso do Sul, no período de 1992 a 2002. Neste contexto, foram notificados 1.335 casos de adoecimento, sendo que desses, 506 trabalhadores cometeram tentativa de suicídio por ingestão voluntária, o que levou a 139 mortes.

Atualmente, os agrotóxicos são considerados como os principais fatores de risco para a saúde humana no plantio. Os estudos apontam para o processo de trabalho que devem ser investigados e o modo como o trabalhador lida com o manuseio dos agrotóxicos. Além dos efeitos relatados acima, Fehlberg (2003), em pesquisa realizada com 15 mulheres, na zona rural do Valão de São Lourenço no Estado do Espírito Santo, relata que a pulverização é tarefa delas, sendo que 20% apresentaram aborto espontâneo e 13% tiveram aborto pelo menos uma vez. Em suas famílias, 70% apresentavam situação de óbito de crianças com menos de 10 anos.

Os efeitos agudos à saúde podem apresentar sintomas do tipo: náusea, vômito, cefaléia, tontura, parestesia, hemorragias, convulsões e morte. Exposições de longo período

demonstram efeitos crônicos como alterações imunológicas, genéticas, malformação congênita, câncer, efeitos sobre o sistema nervoso, reações alérgicas comportamentais, dentre outros.

Ao longo dos anos, correlacionar essas exposições em alguns efeitos crônicos se torna tarefa extremamente minuciosa, já que os sintomas aparecem anos após a exposição, como o câncer. Essas doenças têm um processo de evolução muito intenso e são de certa forma multideterminados. Isso torna o estabelecimento do nexos causal extremamente difícil, do ponto de vista científico, uma vez que os efeitos não são específicos. (SILVA, 2005, p. 898).

No que se refere à intoxicação por agrotóxicos no Brasil, Faria (2007) nos fala que os desafios são muitos para realização dos estudos epidemiológicos. As dificuldades perpassam a classificação toxicológica dos agrotóxicos e a confirmação da intoxicação. Em pesquisa realizada na Serra Gaúcha, em 30% das famílias, 88% estavam em uso de medicação psiquiátrica.

Peres et. al. (2004), em pesquisa na região de Nova Friburgo, realizaram entrevistas com seis médicos que atendem as 16 comunidades vizinhas. Eles relataram a associação de queixas de “nervosismo” e a intoxicação por agrotóxico. Apontam também dificuldade de evitar a dependência medicamentosa para o “nervoso”. Os autores reconhecem e destacam:

Comprando remédios, as pessoas acreditam estar comprando saúde, ou melhor, comprando paliativos para sua fraqueza, a sua fadiga, a sua dor, o seu inconformismo, os incômodos da vida. Mas, os remédios podem trazer efeitos opostos aos desejados, ou seja, podem traduzir-se em maior fraqueza, fadiga e incômodo, sobretudo naquelas pessoas que estão debilitadas pelos efeitos tóxicos dos produtos usados nas lavouras, como descrito por três médicos por nós entrevistados. (PERES et. al., 2004, p. 1521).

As representações do “nervoso” constituem-se como enredo particularmente poderoso para expressar a vivência do mundo do trabalho e suas repercussões sobre a identidade e a perturbação dos grupos sociais (DUARTE, 1988). A compreensão do modo como as vivências de “nervosismo” são referidas no cotidiano possibilita estabelecer um elo entre as queixas individuais e as tensões sociais, assim como outros determinantes presentes na organização do trabalho, da saúde e do ambiente dos grupos que estão vivendo o problema (COSTA, 1989).

O “nervoso” é uma categoria semântica plástica, que transcende os enquadres biomédicos ou psicopatológicos, abrangendo as relações entre a corporalidade e as dimensões

da vida social, enlaçando manifestações pessoais e coletivas, ideológicas, religiosas e emocionais (LEVIGARD, 2004).

O perfil de adoecimento do trabalhador rural configura um desafio clínico nos casos de transtornos mentais geralmente associados a patologias de origem laboral. Estas são em muitos casos decorrentes de intoxicação por produtos agrotóxicos e organofosforados. No entanto, na caracterização de tais sintomas, levantam-se fatores associados a acidentes de trabalho leves ou graves, bem como à organização e as condições precárias do trabalho no campo. A estas podemos ainda ajuntar os problemas psicológicos que remetem à singularidade de cada trabalhador, a estruturas neuróticas ou psicóticas que costumam emergir ou agravar-se em função das condições adversas do trabalho rural. (ARAÚJO e GREGGIO, 2008, p. 66-67).

É importante destacar o nível de complexidade que advém das atuais relações que se estabelecem na realidade da organização do trabalho e as consequências na vida psicossocial do trabalhador. Os fatores do adoecimento são multideterminados, exigindo dos profissionais um trabalho multidisciplinar para facilitar o processo diagnóstico e de tratamento. Quando o processo de adoecimento se estende à saúde mental do trabalhador rural, a presença do profissional de psicologia é imprescindível.

O conhecimento da realidade do nexo entre adoecimento mental e trabalho rural configura um desafio específico aos profissionais de saúde. É importante ressaltar que não há inclusão de psicólogos especialistas em saúde do trabalhador rural, na rede SUS, em atendimento ambulatorial e em Saúde da Família, o que constitui um desafio a todos os profissionais, inclusive os da área médica, que lidam com os sintomas de adoecimento mental sem apoio da área da psicologia.

A partir da experiência no CEREST, há fortes indícios de que os casos de transtornos mentais se associam às patologias de origem laboral. Muitos apresentam perfil semelhante aos encontrados na bibliografia sobre o tema e quase sempre em decorrência da intoxicação por produtos agrotóxicos. No entanto, é importante estudar outros aspectos relacionados a outras etiologias provenientes do contexto rural, como, por exemplo, a vulnerabilidade das famílias rurais e sua estrutura de microprodução, bastante diferente do agronegócio e da concentração fundiária.

O encontro com os trabalhadores rurais nos faz acreditar que a depressão está em cena como sintoma principal e desencadeador de outras formas de adoecimento.

4 SOBRE A PRÁTICA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO TRABALHADOR RURAL

No momento de chegada ao CEREST, nós, profissionais psicólogos, tínhamos experiência em Psicologia do Trabalho, através de atendimento a trabalhadores metalúrgicos com uma abordagem que associava as clínicas do trabalho e a psicanalítica. Esta experiência e os saberes compartilhados em equipe, no CEREST-MG, de alguma maneira contribuíram para as construções e elaborações do atendimento ao trabalhador rural. Nesta prática, como nas demais “clínicas do trabalho”, era importante o conhecimento do ambiente, das condições e da organização do trabalho rural. Classicamente, essa perspectiva não se inscrevia na prática clínica dos psicólogos. Para nós, era, pois, importante buscar uma bibliografia específica sobre a realidade do trabalho rural no Brasil. O que constatamos foi que, no campo da clínica psicológica, era muito escasso o investimento no cuidado e na saúde do trabalhador rural.

4.1 A Clínica do trabalho e sua interface com a psicanálise.

A prática clínica de atendimento ao trabalhador rural deve ser considerada em sua complexidade, no sentido de uma rede de associações tecidas entre o sofrimento, a demanda e o conhecimento da realidade da organização do trabalho exercido pelo sujeito. Lembremos que a subjetividade, no caso desses trabalhadores, não está dissociada das condições políticas e psicossociais que circunscrevem o seu cotidiano. E isso tem importância particular para os avanços da clínica psicológica. O trabalhador adoecido, quando procura o atendimento público, demanda do serviço respostas que extrapolam o campo médico, pois está também psiquicamente fragilizado. Sua demanda inicial, no entanto, não é específica para a clínica médica generalista. A demanda por uma assistência psiquiátrica ou psicológica é, nesse caso, apenas implícita. Considerando-se um atendimento público de saúde, as respostas a essa demanda subjetiva implícita devem ser construídas e contextualizadas. Mas nem sempre os recursos encontrados na rede de saúde estão em condições de responder a essa demanda subjetiva individual do trabalhador rural. Os campos teóricos, em torno da clínica do trabalho, que podem subsidiar o profissional de psicologia, nesta trajetória de atendimento ao trabalhador, são diversos, embora pouco presentes na especificidade do trabalhador rural.

Considerando as configurações do mundo do trabalho e dos avanços teóricos nas diversas áreas de conhecimento, a psicologia voltada ao estudo do trabalho reflete grande diversidade de posicionamentos, abordagens e filiações epistemológicas.

Numa rápida avaliação, é possível perceber diversas vertentes de análise psicológica das questões engrenadas pelo trabalho. (BENDASSOLI; SOBOL, 2011, p. 04).

Entre as atuais abordagens da chamada “Psicologia do Trabalho” ou das “Clínicas do Trabalho”, podemos citar a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS et al., 1994); a Ergologia (SCHWARTZ, 2000), a Clínica da Atividade (CLOT, 2006), a Psicossociologia do Trabalho (LHUILIER, 2006). Nas clínicas do trabalho, o saber construído sobre o trabalho é intrínseco à experiência de onde ele surge, ou seja, é um saber prático que deve ser elaborado pelo próprio trabalhador, em conjunto com o clínico do trabalho. Os sujeitos adoecem por estarem expostos a situações que enfraquecem seu poder de agir, impedem sua capacidade de enfrentamento e de atribuir significações à sua própria experiência.

A emergência do sofrimento no trabalho é um forte motivo de convocação das clínicas do trabalho (LHUILIER, 2006c). Busca-se questionar o sofrimento numa dupla perspectiva: de suas inscrições ou produções sociais, como nos modos de organização e divisão do trabalho, e também na perspectiva dos processos psíquicos que operam nos indivíduos como resposta ao sofrimento, seja em termos da falência ou falhas nas defesas psíquicas (DEJOURS, 1990), como de bloqueios ou impedimentos do poder agir (CLOT, 2008). Como vê, há uma tentativa de não reduzir o sofrimento à dimensão exclusivamente individual. Em vez disso, o olhar do investigador se volta, simultaneamente, para o sofrimento socialmente produzido e para sua ressonância com questões envolvendo a subjetividade ou a vida psíquica. (BENDASSOLI; SOBOL, 2011, p. 15).

A interface com a psicanálise oferece recurso para investigar e intervir no fenômeno do adoecimento psíquico do trabalhador rural, no campo clínico e social. Alguns aspectos da conduta técnica e metodológica do profissional, embasada na experiência psicanalítica, foram fundamentais para possibilitar a abordagem do sujeito, nas intervenções realizadas, como, por exemplo, saber escutar, entender a transferência e a importância da associação livre do trabalhador, quando este se referia ao seu sofrimento e angústias, na vida laboral e às relações desta com sua existência, como um todo. Também eram levados em conta os aspectos intrasubjetivos e intrapsíquicos possíveis de acontecer neste espaço entre o psicólogo e o trabalhador rural. Então pode-se afirmar que “a prática clínica psicológica passa a vincular-se a uma demanda do sujeito, e não necessariamente a uma patologia, como no modelo médico.” (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007, p. 613).

De início, no ambulatório, passamos por um momento de conhecimento e participação junto à clínica médica, cujo intuito era conhecer o trabalhador e suas queixas, em relação a sua saúde. Posteriormente, conforme a demanda observada no atendimento médico, a psicologia era convocada a escutar o sujeito. O conhecimento da prática médica fez realçar o

quanto os dados da medicina do trabalho, através de uma anamnese específica e minuciosa, compõem a história do sujeito e da atividade que ele executa. Em muitos casos, o adoecimento estava relacionado, de fato, à organização do trabalho, sendo fundamental a discussão interdisciplinar para a condução dos casos, o que incluía o estudo e o conhecimento do trabalho rural.

Alguns encaminhamentos foram, pois, construídos em equipe, respeitando-se as diretrizes do serviço. A permanência da equipe de psicólogos era restrita ao ambulatório, por tratar-se de uma atividade voluntária. Em geral, dadas as modalidades de comparecimento quinzenal, mensal ou em espaços mais longos, dos sujeitos ao CEREST-MG, o tempo de atendimento clínico oferecido ao trabalhador era insuficiente para lidar com o fenômeno do adoecimento psíquico, especialmente nos casos graves de neurose e psicose desencadeadas no cotidiano do trabalho rural. Assim, em alguns acompanhamentos, foi necessário encaminhar os sujeitos à rede SUS de sua cidade. Outros ficaram em atendimento por um tempo maior. Estes, de fato, compõem toda a riqueza deste trabalho.

De início, a cada encontro da equipe de psicólogos com a equipe médica e o trabalhador rural, percebia-se a complexidade da vida no meio rural, o que reforçava a necessidade de conhecermos melhor as condições e a organização do trabalho rural. Isto facilitou a dinâmica da prática clínica, principalmente a escuta do sofrimento, nos sentidos individual e coletivo da categoria, cujos conteúdos poderiam ter relação com o sintoma trazido pelo trabalhador. Alguns sintomas, como a depressão, sinais de tristeza, apatia afetiva, desânimo, destacavam-se como características emergentes no discurso do trabalhador e podem ser interpretados como sintomas sociais, associados à condição de violência estrutural no meio rural.

Nenhuma reflexão crítica sobre a ordem social pode prescindir da análise dos dispositivos de engajamento libidinal dos sujeitos nas estruturas simbólicas que a determinam. O real inatingível pelas formações da linguagem, só pode ser inconsciente; é desse campo não organizado pelo significante que advém o trauma, em sua dupla inscrição: tanto de gozo quanto de invasão violenta, capaz de destruir e rede de representações que protege a vida psíquica e também a vida em sociedade. (KEHL, 2009, p. 27).

A cada passo da construção desta clínica, percebia-se a importância do conhecimento referente à construção sócio-histórica do trabalho rural. Estes referenciais revelam grande parte da segregação e vulnerabilidade trazidas pelo trabalhador e estão alicerçados nas situações de violência e exclusão. Os discursos aos quais os trabalhadores rurais foram submetidos de forma imperativa e inconsciente, dizem dos traumas sociais da categoria e

aparecem na clínica, na forma de silêncio, sintomas e desamparo social. Quando essa demanda chega ao consultório, ela deixa clara a fragilidade do trabalhador, com baixa escolaridade e poucos recursos simbólicos, frente ao outro da rede de saúde e dos serviços públicos.

Os sintomas, uma vez interpretados como fenômeno social, sugerem a necessidade de o psicólogo conhecer como as relações de poder se construíram no meio rural brasileiro. Isso leva a entender também os atuais esforços que o trabalhador precisa empreender para permanecer no mercado, evidenciando que “a complexidade das estruturas simbólicas, a partir dos primórdios do capitalismo, tornou o campo do outro inacessível ao saber (consciente) dos sujeitos sociais.” (KEHL, 2009, p. 45). Assim, a precariedade na organização do trabalho rural é um elemento presente ao longo dos séculos. “É possível pensar em violência quando os trabalhadores são obrigados a aceitar condições, organização e relações socioprofissionais críticas que comprometem o bem-estar e colocam em risco a saúde e segurança.” (FERREIRA; GUIMARÃES; ALMEIDA, 2010, p. 84).

No atendimento clínico psicológico do trabalhador rural escuta-se a realidade de seu cotidiano laboral, cujas cenas revelam acontecimentos traumáticos e fragmentadores da sua integridade, entre os quais podemos listar: o uso abusivo de agrotóxicos; a falta de políticas agrícolas que os protejam (principalmente o médio e o pequeno produtor rural); os limites de equipamentos de proteção individual; a falta de informações consistentes relacionadas aos malefícios da contaminação individual e ambiental. Isso nos faz reportar à nossa tradição de civilização rural e não de civilização agrícola de raízes camponesas. A agricultura familiar ainda se desenvolve com poucos recursos e poucos investimentos, uma vez que os projetos nacionais priorizam as oligarquias, os monopólios e o agronegócio.

O adoecimento pode ser fruto de tudo isso e de questões mais amplas como o pouco recurso tecnológico que tira o trabalhador do mercado, pois ele se vê sem condições de competir com a produtividade das grandes empresas rurais que abastecem o mercado em dia. Tudo isso aparece na clínica, no discurso do trabalhador, evidenciando os efeitos negativos na sua capacidade produtiva.

Os ambientes modificam-se e tornam-se muitas vezes bastante hostis pela competitividade que promovem. O efeito da intensa quantidade de informação sobre a cognição da população trabalhadora não é em absoluto conhecida. Porém, tais demandas parecem ter grande potencial para gerar sofrimento psíquico, pois exigem um rápido aprendizado para o seu uso, grande pressão por economia de tempo, longos períodos de trabalho, mudanças constantes de procedimentos, acúmulo de informação e exigências do aumento de produtividade (WÜNSCH FILHO, 2004, p. 114).

Os fragmentos dos casos apresentados retratam várias situações no trabalho rural que colocam o sujeito em situação de violência e vulnerabilidade, com perdas na sua integridade física e mental, a começar, por exemplo, pelo fato de que ele começa a trabalhar desde a infância. Na idade adulta, o uso de medicação ansiolítica e antidepressiva aparece como o único recurso que lhe é oferecido na rede pública, diante de sintomas como insônia, irritabilidade e ansiedade. Outro ponto seria a falta de orientação sobre o manejo dos agrotóxicos e mesmo de técnicas agrícolas que não utilizassem estes produtos. Além disso, existem dificuldades na rede pública de saúde para diagnóstico de adoecimento psíquico, relacionado ao trabalho rural e o tratamento desses casos. Ao psicólogo cabe escutar o sujeito que se apresenta no atendimento, pois “há mais no trabalho do que simplesmente sofrimento, da mesma forma que o sujeito não se define pelo pathos, mas também por sua capacidade de criação, reinvenção, emancipação e superação das dificuldades colocadas no real.” (BENDASSOLLI; SOBOL, 2011, p. 14). Cabe ainda entender que essas condições afetam a identidade do trabalhador, principalmente do pequeno produtor rural, cujo trabalho deveria dar-lhe o sentido da vida e de todas as suas relações sociais. Neste sentido, sabemos que o trabalho adocece, mas também recupera, na medida em que propõe ao homem o ressurgimento de si mesmo, de sua autoestima e da sua saúde.

No campo das dificuldades colocadas pelo real do trabalho, um dos desafios para o trabalhador adoecido é lidar com a soberania do outro ou o poder proveniente dos padrões arcaicos de relações entre os homens, o que mantém a violência e, conseqüentemente, o adoecimento. De qual violência estamos falando? Da violência anterior vivida durante o processo de construção da identidade do trabalhador rural, na sociedade brasileira, em meio à escravidão e à condição de subjulgado, destituído de sua autonomia. E das violências atuais que repetem o mesmo padrão, deixando o trabalhador rural impotente frente ao seu cotidiano de trabalho. “O poder é necessário para definir as regras da vida em comum, a posição de cada indivíduo no sistema de trabalho e de trocas, seus direitos e suas obrigações.” (ENRIQUEZ, 2007, p. 58).

Para este autor, os níveis de poder são variados e o exercício do poder está nas figuras de autoridade, nas tomadas de decisões políticas e nas formas soberanas de atuar. Então, há que se refletir sobre a soberania do outro, encarnada em aspectos de dominação, ao institucionalizar unilateralmente o destino dessa categoria. Estamos apontando uma violência que se constituiu na negação do saber que o trabalhador teria do seu ofício. A violência é

posta pela ausência de palavra, na relação de trabalho, na vida social, na rede pública de saúde, levando o trabalhador ao sofrimento e à perda da sua integridade.

Para Moreira (2011), o realce da violência na vida humana estaria mais no sentido subjetivo e das percepções do que na linguagem. Esta autora localiza, em Arendt, a violência como algo que se opõe ao *logos*, revelando uma face primitiva e instrumental do humano, ao marcar uma posição de recusa ao diálogo e ao reconhecimento. Ela está presente no exercício de dominação, opressão e humilhação. Ela nos fala também da violência especular cujas respostas quando ocorrem são automáticas “alimentando o ciclo de violência. Acreditamos que essa violência é comum em situações de crise em que os sujeitos não se veem reconhecidos.” (MOREIRA, 2011, p. 41).

Drawin (2011) considera a violência um fenômeno de múltiplas interpretações. É coerente compartilhar com este autor o fato de que a violência não está na natureza e sim somente no mundo humano. Para ele a modernização social, econômica e política, cujo ideal progressista não se discute, têm seus efeitos traumatizantes na nossa sociedade, promovendo nos últimos anos uma violência silenciosa, de difícil interpretação, como se ela pudesse ser considerada natural e não historicamente construída.

A violência sistêmica, que neutraliza silenciosamente a vida política, ao subjugar os indivíduos à lógica do trabalho (labor) em detrimento da ação (ARENDT, 2010a, 2010b); a violência sociossimbólica que bloqueia a possibilidade da autorreflexão e da busca comum pelo sentido da vida; a violência ontológica como resultado imprevisível e incontrolável da autorreprodução dos sistemas tecnocientífico e econômico ocasionando a destruição da natureza em sua riqueza fenomênica e em sua integridade em si (physis) e a destruição da cultura em sua expressão moral e em seu valor para nós (ethos), que são as duas experiências equioriginárias do ser humano. (DRAWIN, 2011, p. 27-28).

O psicólogo, no atendimento clínico ao trabalhador rural adoecido, poderia, pois, ocupar o lugar de agente do reconhecimento, objetivando a reconstrução da saúde psíquica, frente à violência, às perdas ocorridas na relação com o trabalho, e na elaboração de novas construções, através da palavra. O trabalho clínico tentaria recompor as perdas e os traumatismos resultantes da vulnerabilidade no trabalho e na relação com o outro.

Nesse sentido, concordamos com Figueiredo (1996) quando ele afirma que a clínica psicológica se caracteriza não pelo local em que se realiza – o consultório –, mas pela qualidade da escuta e da acolhida que se oferece ao sujeito: a escuta e a acolhida do excluído do discurso. Portanto, ser psicólogo clínico implica determinada postura diante do outro. Nesse sentido, podemos fazer a seguinte observação: assim, não importa em que lugar ou espaço o ato clínico aconteça, seja no âmbito privado ou público, numa relação diádica, grupal ou coletiva. Este será sempre um fazer psicológico que se pautará em concepções teóricas e metodológicas

que refletirão essa postura diante do sofrimento ou fenômeno psicológico que se coloca diante dele. Melhor dizendo, o ato clínico se pautará muito mais por uma ética do que por referenciais teóricos fechados. (DUTRA, 2004, s/p)”. (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2011, p. 617).

Considerando a importância dada ao referencial aberto para a construção das clínicas do trabalho e o atendimento psicológico ao trabalhador rural em interface com outros saberes, passemos a seguir para a contribuição da teoria psicanalítica a alguns fragmentos de casos, na tentativa de esclarecer o que se passa na vida psíquica de um trabalhador, no desencadear do fenômeno do adoecimento, na relação com o trabalho.

4.2 Contribuições psicanalíticas ao atendimento psicológico do trabalhador rural.

Neste item, ressalta-se, primeiramente, que não temos a pretensão de propor uma clínica psicanalítica a partir dos atendimentos realizados junto aos trabalhadores rurais, mas de buscar subsídios nesta área de conhecimento que facilitem compreender o comportamento e conflitos apresentados pelos trabalhadores, no que se refere ao adoecimento psíquico. Na maioria dos casos atendidos, percebe-se um processo de fragilização emocional, apatia em relação ao trabalho e à vida social, associadas à condição de vulnerabilidade, culminando em sintomatologias específicas, tais como depressão e ansiedade.

Em outros casos, no entanto, observa-se o desencadeamento de sintomas que configuram uma doença específica do campo psíquico ou da psicopatologia, tal como a neurose traumática, de acordo com a leitura psicanalítica, ou o stress pós-traumático (conforme CID10), que serão descritos no decorrer do texto. Estes eram casos em que o sofrimento desencadeado no trabalho envolvia fenômenos da vida psíquica que “embora façam parte de nossa atividade mental normal, se relacionam com o sofrimento emocional dos indivíduos.” (CARVALHO, 2006, p. 17).

A contribuição psicanalítica à clínica do trabalho se deu neste contexto de adoecimento que atinge a identidade do trabalhador, sua vida emocional e psíquica. Esta teoria favoreceu a construção de alguns diagnósticos, na medida em que propõe a clínica das estruturas psíquicas e da transferência. Estes termos são importantes porque permitem ao profissional o acesso à vida psíquica do trabalhador, na medida em que revelam a dinâmica do sujeito na relação consigo mesmo, com o outro e com o ambiente. Nesse sentido, o profissional “tenta compeli-lo a ajustar seus impulsos emocionais ao nexos do tratamento e da

história de sua vida, a submetê-los à consideração intelectual e compreendê-los à luz de seu valor psíquico.” (FREUD, 1913/1996, p.119).

Os fragmentos de casos que serão apresentados em seguida retratam o atendimento clínico psicológico oferecido aos trabalhadores rurais, enfatizando a temática da presença dos agrotóxicos, relevante na clínica do trabalho rural e na formação dos sintomas trazidos pelo trabalhador.

A atividade de trabalho e seus impasses levariam o trabalhador ao adoecimento psíquico, à medida que os sintomas estariam associados à série de fatores como o desequilíbrio emocional, a história laboral em conflito com a subjetividade e a identidade do trabalhador. Nestes casos, a psicanálise proporia ao profissional da psicologia o suporte interpretativo dos sintomas destes sujeitos, cujos desdobramentos recaem sobre questões psicossociais.

Nesse sentido, alguns questionamentos podem ser tecidos: como a psicanálise poderia contribuir na reflexão destes casos, em que o trabalhador rural se manifesta adoecido no campo psíquico, em função do diagnóstico de “envenenamento”, impedindo-o de ter clareza do que se passa com ele, perdendo o seu equilíbrio emocional e sua saúde psíquica? Quais as reflexões, à luz desta teoria, poderiam contribuir para o entendimento desses casos?

Dentre os casos assistidos, os relatos demonstram que o sofrimento é desencadeado por um acontecimento que trataremos aqui como traumático: o “envenenamento”. E este acontecimento modificaria a dinâmica psíquica do trabalhador, bem como suas representações mentais. O sofrimento, em consequência do acontecimento traumático, ou após o diagnóstico dado pelos médicos, envolve um misto de angústia, ansiedade e representações de destruição.

Antes de ingressar no campo interpretativo dos sintomas, discutiremos um pouco o que de fato podemos entender sobre o adoecimento psíquico associado a saúde do trabalhador. De modo geral, para os profissionais cautelosos com a leitura diagnóstica do paciente na área da saúde, a expressão do sujeito durante o atendimento ou no relato sobre sua doença, apresentam em si sinais reveladores, exatamente porque esses sinais contribuem para o entendimento das doenças, confirmando ou não as hipóteses do profissional. No atendimento psicológico, este aspecto também é importante, pois evidencia que a realidade apresentada no contexto clínico através do comportamento do paciente é um dado que contribui para o diagnóstico e o tratamento. Quando o adoecimento atinge a esfera psíquica há uma outra realidade em questão no campo da saúde do paciente, que extrapola o campo fenomênico da doença, da experiência imediata ou da constatação empírica dos acontecimentos, como aparece na clínica médica e em algumas clínicas psicológicas fundamentadas nas ciências

comportamentais. Observe-se que as denominadas “clínicas do trabalho”, especialmente a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS) e a Psicossociologia do Trabalho (LHUILIER) têm uma íntima vinculação com a Psicanálise, embora se inspirem também em outras abordagens, tais como a Ergonomia de inspiração francesa, a Antropologia, a História, a Sociologia, etc.

Em consequência, podemos dizer que pensar sobre psicanálise e promoção de saúde na formação do psicólogo é potencializar a sua clínica visando a ampliá-la. As noções psicanalíticas proporcionam ao estudante uma capacidade de reflexão crítica sobre os modos de sofrimento contemporâneo, resignificando-os e produzindo o deslocamento de um olhar predominantemente organicista para abarcar uma clínica do sujeito. Podemos, dessa forma, dizer que a psicanálise e seus pressupostos teóricos ajudam a produzir, na formação do psicólogo, um ponto de vista diferenciado na promoção de saúde, na medida em que subvertem a ordem, nos cuidados à saúde, ao alocarem no centro de sua escuta um sujeito inscrito e constituído por linguagem, não mais o entendendo como dualidade clássica sujeito e corpo, mas sim, como sujeito-corpo. (SILVA e GARCIA, 2011, p. 01).

A teoria psicanalítica favorece a escuta dos processos psíquicos envolvidos na dinâmica do adoecimento. Dentre eles, os processos inconscientes, situados em um campo da vida do paciente que extrapola o campo da realidade concreta, da apreensão sensorial e cognitiva. Ou seja, esta forma de processar dados leva do “registro fenomenológico, o das manifestações sintomáticas, ao registro estrutural, o do jogo de forças e de significações nos diferentes *topoi* da vida psíquica.” (DRAWIN, 2006, p. 81).

A clínica psicanalítica a que nos referimos se inicia com Freud, médico e neurologista inconformado com a existência de doenças em seus pacientes que não apresentavam lesões orgânicas. Ele modifica a sua clínica médica, inserindo nela o universo da representação, ao escutar o que o paciente dizia sobre sua vida. Em consequência, Freud descobre que as razões do adoecimento estariam no plano representacional da mente, e não restrito ao campo biológico. Nesse sentido, ele propôs o entendimento e a cura das doenças que não apresentavam lesões orgânicas.

A história que se seguiu é extensa e a retomamos apenas em linhas gerais. Os sintomas mais histéricos passaram a ser tomados como resultado de uma dinâmica psíquica composta por: conflito, repressão e retorno do reprimido. Determinados conflitos entre tendências contraditórias geram um tal sofrimento que se torna impossível suportá-los; como defesa contra esse sofrimento, há então a inibição de uma das tendências, a repressão da representação (ou de um conjunto delas) cuja consciência gera dor. Essa exclusão do campo da consciência de fato evita a dor imediata, mas a representação excluída persiste inconscientemente no psiquismo, agora fora do controle do eu. Como resultado de um embate entre representação inconsciente e defesa, e por uma série de compromissos, dá-se o retorno simbólico do reprimido como sintoma, sonho, ato falho, etc.. (FIGUEIREDO; SANTI, 2010, p. 83-84).

A abordagem psicanalítica apresenta fundamentos para compreender aquilo que se mantém de forma oculta, inconsciente, e que escapa ao discurso lógico do paciente, sendo algo que precisa ser abordado para além da objetividade das coisas, exatamente por ter raízes psíquicas inconscientes.

Ao abordar o acolhimento oferecido ao trabalhador rural, os sinais de comportamento expressos por estes de forma inadequada, agitada, ansiosa, agressiva, podem configurar esse universo psíquico. E o sintoma pode estar como condição de sobrevivência psíquica, em situação de crise subjetiva ou desequilíbrio emocional. O sintoma pode ser um dos recursos de defesa do paciente, funcionando como dispositivo de descarga, alívio daquilo que dói, de algo que inconscientemente ameaça a integridade do trabalhador, provindo da angústia, do medo, da culpa e de uma representação ameaçadora, como a existência de veneno no próprio corpo.

No âmbito de uma patologia, faz-se necessário reconhecer a complexidade do adoecimento que se associa às várias dimensões da vida do trabalhador. Além de ter relação com as condições do trabalho exercido, na forma de organização deste e dos relacionamentos interpessoais no ambiente, é fundamental associar o contexto histórico, a cultura. O adoecimento psíquico envolve também os laços emocionais em que o sujeito demonstra ter para com o mundo, o trabalho, com a sua realidade interna ou consigo próprio.

A experiência de trabalho que incide sobre a saúde do trabalhador, levando-o a um quadro de adoecimento psíquico patológico, geralmente responde a um processo conflituoso entre o sujeito e o mundo do trabalho. O trabalho entraria na série dos objetos de investimentos, pelos quais o sujeito é reconhecido pelo outro ou pelo grupo. O conflito levaria a vários questionamentos e instabilidades, podendo apresentar ausência de sentido, perda na identidade, perda na relação familiar e social ou nas relações em comunidade. Nestes casos, pode-se acrescentar que o adoecimento atinge o narcisismo, ou seja, o laço emocional para consigo e para com os outros homens, comprometendo a idealização das suas relações e a vinculação com o grupo, assim como a imagem que o homem tem de si mesmo, que pode ser também um objeto de seu investimento. O narcisismo

Penetra nos problemas mais profundos da relação entre o eu e os objetos externos, traçando a nova distinção entre “libido do eu” e libido objetal. Outrossim – e talvez seja este o ponto mais importante – introduz os conceitos de “ideal do eu” e de agente auto-observador, com ele relacionado. (FREUD, 1915/1996, p. 96).

No texto sobre o narcisismo, de 1915, Freud propõe o estudo referente à formação do eu e aos investimentos libidinais entre sujeito e objeto. Ele apresenta a instância psíquica “ideal do eu”, que contempla parte do eu e está em relação com o inconsciente e com o supereu – instância crítica e consciência moral das ações. O ideal do eu serve de subsídio ao entendimento do sentimento de gratificação e reconhecimento perante o grupo. Por exemplo, na vida psíquica do trabalhador o “ideal do eu” é capaz de identificar para o eu o reconhecimento de ser um bom trabalhador e apreciador das suas realizações. Além disso, é fundamental a importância nos investimentos objetais, referência nas suas identificações, garantindo também o reconhecimento no amor do outro, desde a infância. As alterações na esfera do eu ou nestas instâncias formadoras do eu, acontecem no processo de adoecimento e acabam por modificar a saúde psíquica, cedendo lugar às injúrias, ao desamparo e à culpa. E, em alguma medida, o adoecer modifica o padrão de distribuição da libido e dos investimentos no mundo.

Todos sabemos e consideramos natural que o sujeito atormentado por uma dor orgânica e por incômodos diversos, deixe de se interessar pelas coisas do mundo exterior que não digam respeito a seu sofrimento. O doente recolhe seus investimentos libidinais no eu e torna a enviá-los depois da cura. O adoecimento diria dos efeitos da libido antes direcionada aos objetos externos e agora direcionada ao eu, promovendo fenômenos psíquicos de desprazer e tensão. Estas excitações tem efeito patogênico. É preciso processar o excesso em objetos reais ou imaginários. (FREUD, 1915/1996, p. 103).

Segundo Freud os vínculos libidinais e afetuosos são fruto do amor dos pais, mais tarde educadores, professores, opinião pública e o trabalho. E ambos participam da formação do eu. Um termo interessante, e ousemos dizer que funcionaria na base diagnóstica do psicólogo, seria o autoconceito que o trabalhador apresenta. O autoconceito fundamenta-se nas experiências eróticas com as coisas, os objetos (pais e outros), sendo o ideal do eu referência para o sujeito se sentir amado e reconhecido. O trabalho representa, então, algo associado ao narcisismo e à sua saúde psíquica. Naquilo que constitui a palavra labor, em muitos aspectos, temos um sentido altamente positivo, que nos liga à palavra labor, lavra, elaboração, laborar, laborioso. É uma palavra extremamente sugestiva e que nos convida a imagens de crescimento e não às imagens de degeneração ou exaustão. (VIEGAS, 2010).

No sentido contrário em que prevalecem sentimentos de culpa, de desequilíbrio, de desamparo, observam-se mudanças nos investimentos objetais, em detrimento do seu eu, como na neurose. A fantasia seria um recurso de elaboração na neurose para aliviar o que na realidade torna-se insuportável para a vida psíquica do trabalhador.

O neurótico suspendeu seu vínculo com as pessoas e as coisas. Ele ainda conserva as pessoas e as coisas na fantasia. Isso significa que substituiu os objetos reais por objetos imaginários de sua lembrança – ou mesclou ambos –, por outro lado, que desistiu de encaminhar as ações motoras necessárias para atingir suas metas em relação a esses objetos. (FREUD, 1915/1996, p. 98).

Já em uma expressão maior de grandeza do eu, haverá a onipotência narcísica e o rompimento com os objetos na realidade. Neste sentido, o sofrimento intenso desencadearia, na esfera psíquica, dificuldades no reconhecimento da imagem que o sujeito tem de si mesmo, do mundo, dos objetos e do próprio trabalho, podendo chegar a ponto de fragmentar a sua relação com o outro, com o próprio corpo e com o trabalho, como no caso das psicoses.

Retomemos a noção de ideal de eu, introduzida em 1915, pela importância que tem para o nosso tema. O sujeito, na tentativa de recuperar a perfeição narcísica, outrora obtida na infância na relação com o outro, elege diante de si um ideal ao qual tenta vigorosamente corresponder. A origem deste ideal é localizada na influência crítica dos pais (que seria transmitida ao indivíduo por intermédio da voz). Com o passar do tempo, figuras substitutivas que irão formar a rede social do indivíduo também terão um papel na composição desse ideal. Freud sugere a existência de uma “instância psíquica particular” que teria a função de “assegurar a satisfação narcisista proveniente do ideal do eu, e com este propósito, observar constantemente o eu atual, medindo-o com o ideal.” (FREUD, 1915/1996).

Ele nos fala dos vínculos libidinais que são como fonte de energia presente na vida psíquica, podendo ser associado à palavra amor, indicando um sentimento que unifica os homens não só no plano da relação sexual, mas também na vida em comunidade entre vários outros homens: “a formação de um grupo consiste em novos tipos de laços libidinais entre os membros do grupo.” (FREUD, 1915/1996, p.114). Na análise de Freud, a libido é energia presente no psiquismo em direção à vida amorosa e social, passando pelas identificações e o grupo. “A linguagem efetuou uma unificação inteiramente justificável ao criar a palavra amor com seus numerosos usos, e que não podemos fazer nada melhor senão tomá-la também como base para nossas discussões e exposição científica.” (FREUD, 1915/1996, p.101-102).

Ao sublinhar os estados de amor, de hipnose e de multidão, seu foco recai sobre o sintoma da alienação subjetiva frente ao outro. O social está para o homem na medida em que o lugar de filho o coloca na condição de irmão, no campo coletivo. O amor só é possível pela abstinência do desfrute ilimitado dos objetos de prazer. É fundamental, portanto, que os sujeitos se reconheçam entre si como irmãos, que os sujeitos deixem de se enclausurar na posição de filhos de um Pai todo-poderoso, assumindo-se como irmãos. Outro ponto

importante é a questão da ambivalência presente em toda relação de afeto. As antipatias e aversões que aparecem em uma predisposição ao ódio e agressividade estão intimamente relacionadas ao convívio social e de trabalho, uma vez que é neste ambiente que o sujeito faz suas escolhas.

Libido é a expressão extraída da teoria das emoções. Damos o nome à energia, considerada como uma magnitude quantitativa (embora na realidade não seja presentemente mensurável), daqueles instintos que tem a ver com tudo o que pode ser abrangido sob a palavra “amor”. O núcleo de que queremos significar por amor consiste naturalmente (e é isso que comumente é chamado de amor e que os poetas cantam) no amor sexual, com a união sexual, como objetivo. Mas não isolamos disso – que, em qualquer caso, tem sua parte no nome ‘amor’ –, por um lado, o amor próprio, e por outro, o amor pelos pais e pelos filhos, a amizade e o amor pela humanidade em geral, bem como a devoção a objetos concretos e a ideias abstratas. (FREUD, 1915/1996, p.101).

A Identificação constitui a forma mais primitiva e original do laço emocional. A sua origem estaria na relação com os pais, no amor e na idealização vivenciado por eles na infância. “A identificação é ambivalente desde o início; pode tornar-se ternura com tanta facilidade quanto um desejo de afastamento de alguém” (FREUD, 1915/1996, p. 115), podendo estar na base da melancolia, quando a identificação com o objeto é renunciado e é introjetado no próprio ego. “Uma criança que se achava pesarosa pela perda de um gatinho declarou francamente que ela agora era o gatinho e, por conseguinte, andava de quatro, não comia à mesa, etc..” (FREUD, 1915/1996, p. 118). Há casos de um ego dividido e uma parte é modificada em função da introjeção do objeto. No ego, o ideal do ego reúne influências do outro, do ambiente e das exigências que este coloca ao ego, de maneira que “um homem, quando não pode estar satisfeito com seu próprio ego, tem, no entanto, possibilidade de encontrar satisfação no ideal do ego que se diferenciou do ego.” (FREUD, 1915/1996, p.119).

Toda esta problemática vem reforçar que os acontecimentos ocorridos no trabalho podem interferir na dinâmica psíquica do trabalhador, fazendo surgir conflitos que vão interferir nos seus laços com o grupo e na esfera da identidade. E comportamentos de agressão, violência, raiva e até mesmo o sintoma da depressão se relacionam com as representações psíquicas conflituosas provenientes de situações traumáticas no trabalho.

A análise acima trata da formação do eu, os investimentos libidinais entre sujeito e objeto. Como transpor tudo isso para a compreensão da dinâmica psíquica e seus desdobramentos na saúde do trabalhador em sofrimento? Lembremos que o trabalho está em relação com a história libidinal do sujeito que, uma vez intoxicado, é afetado na sua integridade ou no seu eu, modificando suas representações, os seus vínculos libidinais para

com os homens e o próprio trabalho. A história clínica revela para o trabalhador a gravidade da intoxicação por agrotóxicos e, deste modo, marca-o de uma maneira tal que a própria ameaça de intoxicação provoca medo, ansiedades e, em casos mais extremos, a esquivas do trabalho no campo.

O fenômeno do adoecimento psíquico pode ser desencadeado na experiência do trabalhador rural em contato com os agrotóxicos. O sujeito, ao se intoxicar, se vê portador de “veneno”, como demonstram os casos atendidos. Um dos diagnósticos plausíveis para estes casos é o “estresse pós-traumático” ou a “neurose traumática”, conforme a leitura psicanalítica.

No sentido de identificarmos o que acontece com o trabalhador adoecido, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), encontramos a referência “F.43.1” - Transtorno ou estado de “stress” pós-traumático, que se constitui como:

Uma resposta retardada ou retraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes tais como certos traços de personalidade (compulsiva, astenica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivência repetida do evento traumático sob forma de flashbacks de sonhos, pesadelos, ocorrem num contexto durável de anestesia psíquica e de embotamento emocional, de retraimento em relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sinais e sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associados frequentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007, p. 336-337).

A notícia da intoxicação entraria na série “evento estressante”, causa de perturbações na vida mental, e levaria a sintomas diversos, como a própria citação anterior evidencia. A dificuldade de resposta ao evento traumático aponta para a própria gravidade da situação, que exige do sujeito um esforço além das condições psíquicas naquele momento.

Em relação ao apresentado acima, encontramos contribuições importantes para a compreensão do fenômeno, na teoria psicanalítica. A “neurose traumática”, enquanto categoria clínica, foi descrita pelo médico neurologista alemão Hermann Openheim em 1889, em um contexto em que o traumatismo era associado a quadros clínicos, tais como a histeria. Segundo este autor, os neurologistas dessa época acreditavam que os sintomas apresentados provinham de alterações nos centros nervosos, provenientes de alterações centrais de origem

mecânica, em função de um trauma real. (FERENCZI, 1916/2012). A neurose traumática pode se dar a partir de situações como, por exemplo, acidentes, situações de guerra, morte de pessoas próximas ou significativas.

No contexto de atendimento ao trabalhador rural, a escuta vem confirmar a hipótese acima, ou seja, a intoxicação por agrotóxicos é um evento traumático que fragiliza o sujeito e está ligada ao real do trabalho, a uma situação social e econômica. Assim, surge a insegurança do trabalhador em relação ao próprio trabalho, à família, a sua sobrevivência, a sua integridade, exigindo um esforço psíquico de elaboração além da sua condição atual, o que, consequentemente, ameaça o seu equilíbrio narcísico.

É fundamental admitir que o fator psíquico ocupa lugar importante na neurose traumática desencadeada mediante a intoxicação, porque incide sobre os processos inconscientes dos sujeitos. Podemos citar como exemplo dos seus desdobramentos os relatos de inibição na esfera afetiva e sexual, o relato de cenas de violência na vida em família e a dependência dos ansiolíticos.

Carvalho (2012) encontra em leituras de Ferenczi algo que contribui para o entendimento do que de fato seria este desdobramento:

Segundo sua hipótese, o sujeito traumatizado teria perdido sua autoconfiança e por isso retira seu investimento libidinal e seu interesse dos objetos para reinvestir o Eu. Vários dos sintomas comuns a este quadro clínico viriam indicar uma hipersensibilidade do eu, tais como os sintomas motores e sensoriais (astasia, tremores, paralisias, a heperestesia de todos o órgão do sentido) e também os sonhos de angústia e os transtornos de caráter como a irritabilidade, os acessos de cólera e ainda transtornos como a hipocondria (FERENCZI, 1916/2011, p. 23-30 apud CARVALHO, 2012, p. 12).

Freud não avançou nos seus estudos sobre neurose traumática. Mas existem passagens importantes na sua obra que merecem ser colocadas, para facilitar a interpretação de alguns sintomas. No texto “Além do princípio do prazer”, de 1920, ele nos fala sobre o fenômeno da compulsão à repetição, proveniente dos quadros de neurose traumática. O trauma desencadearia uma excitação que invade o psiquismo, daí a repetição como tentativa do próprio psiquismo de reestruturar o equilíbrio perturbado. Os sonhos de angústia são recorrentes nas pessoas traumatizadas e apresentam-se como uma fixação ao trauma, cuja função seria o aparecimento da angústia como uma tentativa de lidar com a excitação excessiva, visando assim a representação. Em seu texto “A Psicanálise e as Neuroses de Guerra”, Freud (1920/1996) nos diz que o ego humano defende-se de um perigo que o ameaça de fora ou que está incorporado a uma forma assumida pelo próprio ego.

Nos casos apresentados, a intoxicação por agrotóxico mobiliza a “ruptura do tecido de representações que até então sustentavam o eu”. (CARVALHO, 2012, p. 16). O trauma desencadeia a angústia de modo a se desdobrar em vários sintomas, entendendo que alguns podem significar uma fixação ao trauma naquilo que repete para o sujeito: sua destruição. Na prática clínica, é necessário que o profissional escute o sujeito, a fim de localizar o excesso de excitação, favorecendo uma nova elaboração psíquica que devolva ao sujeito a saúde psíquica. O profissional atua objetivando a possibilidade de traduzir as situações traumáticas, o choque e as impressões provenientes do trauma.

Por nossa parte, pensamos que o acontecimento traumático expõe de forma ultra clara o desamparo do sujeito, ameaçando, de fato, sua integridade vital e, conseqüentemente, a integridade do eu. Mas porque essa ameaça à vida, uma vez passada, não se torna passado, isto é, não pode ser acolhida nas redes de representações que constituem a história do sujeito? Podemos esboçar duas vias de respostas que se complementam, ou melhor, que indicam os dois lados de um mesmo processo. A primeira delas focaliza o Eu como instância tradutora e a outra se dirige pelas mensagens veiculadas pela situação traumática, ou atualizadas por ela. Do outro da instância tradutora, podemos conceber que, num primeiro momento, ela é completamente posta fora de ação, pelo próprio choque, com o excesso de excitação que ele introduz. Num segundo momento, isto é, o momento da repetição das impressões traumáticas que não leva, todavia, a sua transcrição, faltam os assistentes de tradução. (CARVALHO, 2012, p. 22).

A seguir, abordamos três fragmentos de casos que podem ser articulados com a apresentação acima acerca do adoecimento psíquico, na relação com a intoxicação. No caso de Maria, uma das pacientes atendidas no CEREST-MG, a notícia da intoxicação funciona como um trauma de difícil representação, desencadeando a neurose traumática ou Transtorno ou estado de “stress” pós-traumático, a angústia e a repetição de cenas de destruição e o desejo de morte.

No caso de João, outro paciente atendido por nós, a intoxicação também sugere um trauma que mobiliza o desamparo, a angústia e, em consequência, crises semanais de ansiedade como sinal de fixação à cena traumática.

Por último, no caso de José, o terceiro caso que discutiremos adiante, o agrotóxico entra como viés de construção do imaginário delirante. O caso levanta, ao mesmo tempo, a dúvida dos profissionais frente a uma possível intoxicação aguda, há mais de 10 anos, contada também pelos familiares, o que poderia ter desencadeado o surto psicótico ou a esquizofrenia apresentada na atualidade.

4.3 João e as sequelas real ou imaginária da intoxicação por agrotóxico

No presente caso, o sujeito chega ao ambulatório dizendo residir e trabalhar no meio rural desde os sete anos de idade. Neste momento, aos trinta e oito anos, estava afastado do trabalho por escolha própria, devido ao episódio de intoxicação ocorrido há dois meses, ao aplicar Roundup e DMA em lavoura de café. Comenta o fato de ser analfabeto, executando seu ofício nestes anos como diarista, sem pagar a contribuição ao INSS. Sobre a aplicação de agrotóxico no mato, no processo de capina, trabalha sem o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), com pulverizador, por três dias diretos. Ao mesmo tempo, queixa-se de ter realizado até o momento varias consultas com os médicos de sua cidade, a fim de buscar a solução para seus problemas de saúde. Mas não obteve resultado positivo. Assim ele dizia: “meu caso continua inconcluso.” (sic).

Seu encaminhamento ao ambulatório foi realizado pelo médico de uma Unidade Básica de Saúde da região onde morava. O mesmo constava: “lesões na pele e mal-estar geral consequente de intoxicação”. Além do relatório médico, as suas queixas eram de diarreia, vômito, secura nos olhos, na boca, sudorese, cabeça “oca” (sic), formigamento nas mãos, nos pés indo até aos joelhos, palpitação e taquicardia. As lesões na pele, que se estendiam à região do tronco, couro cabeludo, região occipital, foi descrita como “lesão ulcerada”, forma considerada de dermatose inespecífica, com componente psicológico, de acordo com dermatologista do próprio Hospital das Clínicas (HC). Em consulta, também com cardiologista no HC, o resultado dizia: “sem sopros, pulsos radiais cheios e rítmicos”. Assim, todos os exames estavam dentro do padrão de normalidade, inclusive a dosagem de colinesterase (8,79), o que não confirmava a intoxicação.

Seis meses depois, João retorna para o acompanhamento no ambulatório com queixas intensificadas e semelhantes às apresentadas na primeira consulta, além de aumento de peso, sem melhora nas lesões, e dizendo que estava sentindo “queimando o corpo” e com dificuldade de engolir, algo que associava à aplicação de agrotóxico Roundup e DMA em lavoura de milho e feijão, recentemente, em propriedade familiar. Com dificuldade para dormir e fazendo uso da medicação lorazepam, que é “um benzodiazepínico que possui efeito sedativo potente, efeito que tente a diminuir, na maioria dos pacientes com o uso contínuo”. (CORDIOLI, 2005, p. 172). Ele se mostra, neste momento, confuso, irritado e dizendo ter sido internado há mais de 25 anos, na sua cidade, devido a vermes. Novos exames foram feitos e a colinesterase resulta em 9,04, não configurando quadro clínico de intoxicação por agrotóxico. Mediante demanda, ele foi encaminhado ao neurologista e ao oftalmologista.

Em retorno, três meses depois, os laudos médicos diziam de normalidade em todos os exames. No entanto, João insiste no agravamento a saúde: “meu sangue está queimando, meu fígado está derretendo” e as suas lesões agora queimam e causam-lhe dor.

Neste contexto de incoerência entre os resultados dos seus exames e os sintomas trazidos por João, foi solicitada a presença da psicologia, por volta de 07 meses após a sua primeira consulta no ambulatório. O atendimento psicológico, neste caso, veio a cargo de uma situação de emergência devido à gravidade de suas queixas no ambulatório, mediante pedido da residente, que não sabia mais como acolher João. E durante o primeiro atendimento da psicologia, não havia dúvidas de que se tratava de um sujeito em estado delirante, que trazia um saber ou uma versão pessoal de seu adoecimento, o que sugeria estado psicótico com regressão da libido ao estado de narcisismo. A primeira hipótese seria de um corpo que, no imaginário de João ou no campo das suas representações, significaria em decomposição, mediante a concretude e a realidade da própria intoxicação vivida.

Ele se dizia também “envenenado” por agrotóxicos, no trabalho rural que executava desde jovem. Naquele momento, dizia, o seu sangue estava envenenado e o agrotóxico exalava pela sua pele, produzindo as suas feridas. “Sempre que o sol esquentar, o cheiro do produto que está no meu corpo exala através da minha pele, saindo também pelas fezes. Eu sinto queimação por todo o corpo, meu corpo arde sem parar” (sic). O que observávamos era um saber de defesa “delirante”.

De acordo com o paciente, suas feridas apareceram em seu corpo de maneira repentina, sentindo também calor pelo corpo e inchaço na barriga, na hora de se alimentar. Ele acrescenta que não se alimenta bem, come pouco porque a boca engrossa. Relata sintomas como empanzinamento e barriga que fica “pinicando”, constantes e provenientes da intoxicação com os agrotóxicos.

Para nós psicólogos, com experiência também em Saúde Mental nos moldes do SUS, estávamos diante de um sofrimento maior, com desorganização senso-perceptivo. A entrada da psiquiatria no caso era fundamental para o apaziguamento dos sintomas, através de uma medicação específica. Com o tempo, percebemos que a sua demanda era feita no sentido de sermos mais um, no percurso de suas andanças, a quem falar sobre seu adoecimento, ou seja, “o analista sendo interpelado pela fala do paciente como um pedaço do percurso da errância, não como um sujeito do suposto saber.” (CALLIGARIS, 1989, p. 33). Em equipe, a situação do João mobilizou a busca da melhor estratégia para o caso. Uma delas foi entrar em contato com a família e a equipe de saúde mental de sua cidade, além de discutirmos o caso em conjunto com a psiquiatria do HC.

Para os médicos do trabalho, a suspeita era de que as feridas seriam arranhões provocados por ele mesmo. Para nos psicólogos estava associado a uma ansiedade generalizada, aos delírios e alucinações. Durante reunião em equipe, o psiquiatra não compartilhou com os outros profissionais no sentido do diagnóstico, indicando que o mesmo deveria passar novamente pela dermatologia e uma nova avaliação gastroenterológica. A sua hipótese diagnóstica era depressão deliróide, com prescrição de neuroléptico e antidepressivo. As hipóteses da psicologia, em conjunto com a equipe médica do ambulatório giravam em torno de um quadro esquizofrênico que posteriormente foi confirmado pela equipe de Saúde mental de sua cidade e pela família de João. A família relata que, por volta dos vinte anos, iniciaram-se suas crises. Neste período, ele executava o trabalho na lavoura com a utilização dos agrotóxicos, sem noção dos riscos que lhes eram oferecidos. Conforme os médicos, ele também esteve intoxicado, 10 anos atrás, ao aplicar no campo Roundup com DMA para matar rato. No entanto, não descartamos a hipótese de um adoecimento proveniente de uma intoxicação aguda anterior, cujas lesões afetaram sua vida psíquica. Uma das nossas preocupações estava relacionada ao prognóstico. Pois ele demonstrava resistência a tomar as medicações prescritas pelo psiquiatra, relacionando-as com a impotência sexual.

A família foi convidada a participar das consultas no ambulatório. Assim, sua mulher relatou que, quando jovem, ele era normal e “de repente começou com uma falação, fala sem parar, fala o tempo todo o que tá sentindo, ninguém aguenta escutar”. No sentido social, era de um sujeito em completa situação de vulnerabilidade com rompimento do vínculo de trabalho e da relação com a família, que demonstrava pouca condição de acompanhar o tratamento oferecido a João, até mesmo porque ele fica pouco em casa, tendo costume de sair sem rumo.

Durante um tempo, a equipe de psicologia acompanhou João com a preocupação de inseri-lo no atendimento da rede de saúde mental próxima à sua moradia. Nas últimas consultas, permanecem suas queixas delirantes, ele diz que está perdendo sangue “toda vez que sento no vaso, o encho de sangue, não é bosta que sai, parece que tem uma espada enfiada dentro de mim, cortando tudo, os pedaços estão saindo” (sic). Mas os exames referentes à intoxicação permanecem sem alteração clínica.

No caso de João, saber o que o levou a desencadear seu adoecimento, era algo muito distante das possibilidades do serviço. Teríamos que percorrer sua história pregressa de adoecimento e não tínhamos dados concretos sobre sua intoxicação, na época da crise. O que sabíamos é que suas condições de trabalho eram precárias, desde a aplicação até o armazenamento dos produtos, oferecendo perigo à saúde e ao ambiente. Ele relata em

consulta que faz todo o procedimento, desde o preparo do produto para a aplicação e o seu transporte, sem cuidados, sem luvas e roupa adequada. As embalagens são queimadas e enterradas. Não conhece o que vem a ser o período de carência, ou seja, reentrada na lavoura após aplicação. Relata usar vários tipos: Roundup, DMA e Folidol, que são os mais perigosos.

Assim, o atendimento a esse trabalhador fez realçar a complexidade do adoecimento no trabalho rural e a importância do diálogo entre os saberes e a rede pública de saúde para o diagnóstico do caso. Seria impossível, sem a interface destes campos, uma condução satisfatória mínima para o estudo do caso, mesmo que a continuidade do tratamento desse paciente tenha se interrompido.

4.4 Maria, o trauma e o desejo de morte frente à intoxicação.

O seguinte caso refere-se a Maria, 31 anos, que procura o serviço com suspeita de intoxicação por agrotóxico no ambiente de trabalho. Sua chegada ao ambulatório, no ano de 2005, se deu com o apoio do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de sua cidade. A intoxicação, então confirmada em exames laboratoriais, foi diagnosticada por T-60 (efeito tóxico de pesticida), conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Ela morava com marido e filhos em uma pequena cidade de 5.890 habitantes, com 1/3 da população habitando o meio rural. Em uma perspectiva um pouco mais ampla, esse atendimento apresenta a realidade das condições psicossociais do trabalhador rural no Brasil, na categoria do pequeno produtor, de modo a podermos explorar o adoecimento “nas reciprocidades entre o individual e o coletivo, o psíquico e o social.” (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p. 11).

Casada há 10 anos com um trabalhador rural, na categoria de agricultor hortifrutigranjeiro, durante anos plantaram tomate, morango e outras hortaliças. Ela trabalhava na lavoura em conjunto com marido e sua filha mais velha de 07 anos, o que aliás caracteriza um caso de trabalho infantil. Além deste ofício, também fazia todo o serviço da casa e cuidava de mais três filhos. De alguma maneira, este caso elucidada em grande parte os efeitos da introdução ou da presença do agrotóxico na família rural, modificando as condições de trabalho, aumentando o risco de adoecimento dos envolvidos e expondo-os a condições de vulnerabilidade. A família de Maria se enquadra na categoria de pequenos produtores rurais. A introdução do agrotóxico na lavoura modifica as relações familiares, iniciando um processo de conflito entre seus membros. A terra onde morava e plantava foi herdada pelos familiares de seu marido. “Quando casei, fui pra lavoura com ele e a família dele” (sic).

Suas queixas envolviam os sintomas: tonteira frequente, dor abdominal, insônia, zumbido, irritação mental e constante falta de apetite, com presença de hematomas ocasionais pelo corpo, borramento visual, dor de cabeça e dores nos joelhos. Suas queixas iniciais eram sintomas bem específicos, com características de intoxicação. Além disso, Maria fazia uso de medicamentos antidepressivo e ansiolítico com uma história clínica de depressão pós-parto, que a acometeu após o nascimento do seu último filho. O uso de medicações psiquiátricas era um dos fatores preocupantes dos profissionais de saúde nesta região. Como na comunidade não havia psicólogo para atendimento dos trabalhadores, o único recurso eram tais medicações.

Alguns dados foram esclarecidos e comprovados em entrevista com uma psicóloga, da área de educação, que realizava o atendimento à população rural na Unidade de Saúde do município. Sobre a medicação benzodiazepínica, a psicóloga comenta ser o único recurso encontrado pelos profissionais para lidar com problemas emocionais dos moradores, geralmente associados ao contexto do trabalho. Uma das queixas dos profissionais do PSF e agentes de saúde era a ausência de formação específica na área da saúde do trabalhador para lidar com estes casos. Na verdade, eles não tinham conhecimento sobre os riscos da utilização dos agrotóxicos, ou seja, não associavam as condições de trabalho ao adoecimento da família.

Maria e seu marido foram encaminhados ao ambulatório do CEREST-MG pelo sindicato dos trabalhadores rurais do seu município. Eles foram atendidos pela equipe de medicina do trabalho e encaminhados à nossa equipe de psicologia, após dois anos de tratamento médico. Cada qual era atendido por profissionais distintos da psicologia. Nas reuniões da equipe de medicina e psicologia, este caso foi discutido mais de uma vez. Parece que o adoecimento no trabalho teve efeitos nocivos na dinâmica familiar, tendo o mal-estar físico e psíquico, acrescido às condições precárias de vida, provocando um desgaste na relação do casal, o que resultava, por exemplo, em agressões recíprocas (físicas e psicológicas). Ambos estavam adoecidos, regredidos narcisicamente, desinvestidos na relação, com comportamentos repetitivos de violência, associados a sintomas de auto e heterodestruição.

Maria manifestava crises de agitação e ansiedade, desequilíbrio e agressividade, antes e durante as consultas. Isso mobilizou a equipe médica, daí a demanda da presença de um profissional da psicologia no serviço para, assim, ajudar na condução do caso.

O caso de Maria foi importante para nos aproximar da realidade do trabalhador rural, especialmente dos pequenos produtores, para articular as possibilidades de apoio a eles na

rede de saúde do município onde moravam. Para tanto, foram realizadas visitas ao ambiente de trabalho e ao serviço de saúde.

A entrada de Maria no serviço do ambulatório evidenciou, inicialmente, a sua intoxicação por agrotóxicos e, durante praticamente dois anos, a dosagem de colinesterase plasmática confirmava o seu “envenenamento”, segundo suas palavras. Mesmo afastada do serviço e orientada quanto aos riscos de continuar a trabalhar sem cuidados necessários, ela manifestava forte resistência a acreditar que ficaria curada. Seus pensamentos eram de ruína e morte.

Os agrotóxicos foram utilizados pela família durante anos, sem os cuidados necessários, expondo-os no preparo, na aplicação e no transporte do “veneno”. A classe toxicológica dos produtos utilizados pela família na lavoura estava entre os níveis I e IV, sendo usados sem receituário e sem os cuidados relativos à entrada e reentrada na lavoura, durante e após pulverização. Além disso, eles não usavam EPI (Equipamento de Proteção Individual) durante a aplicação. Várias vezes, as roupas foram lavadas por Maria, estando ela em contato direto com produto. O fato de tomar consciência da gravidade da intoxicação, após trabalhar na lavoura durante tanto tempo sem proteção é mais um fator que agravou o sofrimento psíquico de Maria. Ela perde o desejo de viver. Passa a ver dificuldade em tudo. Tem ideia de acabar com a própria vida.

No atendimento psicológico, ficou evidente que, para esta paciente, as associações de adoecimento estavam diretamente vinculadas à temática do “envenenamento” por agrotóxico, o que desencadeou uma neurose grave, cuja origem ela situou nas condições de trabalho vinculadas ao uso dos agrotóxicos. Paralelamente à ideia de “envenenamento” surge em Maria outra forte angústia, ligada à fixação na ideia de que a intoxicação se transformaria em um câncer, o que é uma possibilidade real. Isso gerava nela um misto de ansiedade ao mesmo tempo a vontade de dizer sobre seu sofrimento. No atendimento ela se mostrava em alguns momentos expressiva, e dizia encontrar no artesanato de flores alívio para as agitações do pensamento e, ao mesmo tempo, uma melhoria da renda familiar. A imagem era de alguém na escuridão que tentava de alguma forma buscar, no artesanato, fugir das ameaças reais da intoxicação. Porém, suas construções negativas, relativas à intoxicação bloqueavam os pontos de luz, daí a necessidade de ajuda de um profissional do campo psíquico. “Um viajante surpreendido pela noite pode cantar alto no escuro para negar seus próprios tremores; mas, apesar de tudo isto, não enxergará mais que um palmo adiante do nariz.” (FREUD, 1926/1996, p. 99).

A ansiedade a bloqueava e a impedia de superar a neurose desencadeada após o trauma do “envenenamento”. O encontro em espaço clínico tinha como significante a palavra “envenenada”, cujos sentidos revelam o desespero diante do perigo de morte, e a perda dos projetos de vida anteriores à sua intoxicação. A sua construção discursiva inicial tinha como conteúdo o desespero de poder contrair um câncer, como acontecera com alguém que faleceu na comunidade, após intoxicação. Esse sofrimento apontava para a morte subjetiva de uma mulher que, anteriormente, ao trabalhar, se edificava como sujeito, investindo na família, nos filhos, como fazia na infância, ao cuidar dos irmãos. Agora, restavam-lhe sentimentos hostis e impulsos conflitantes com características de fragilidade evidente do ego, além da ambivalência afetiva para com o marido, proveniente da vontade de matá-lo, por levá-la a morar, segundo ela, em um antigo depósito de agrotóxico. De fato, no início do casamento, eles moraram em um antigo depósito de agrotóxico, sem o conhecimento dos riscos. Maria associava o fato de morar e criar os filhos num ambiente envenenado, sem o saber, com sua dor de cabeça persistente, na primeira gravidez. Saber da intoxicação foi um acontecimento traumático. Surgiram, posteriormente, os delírios de ruína e o desejo de morte. “Ficar sabendo da intoxicação me fez desejar a morte e a vontade de entrar debaixo de um caminhão.” (sic).

Em algumas sessões, o choro compulsivo de Maria se associava ao seu sentimento de ódio ao marido, pois este teria lhe dito “você está com doença ruim”. Ela relata também que o marido passa a evitá-la sexualmente. A insatisfação no plano dos afetos tornava insuportável a vida do casal, daí resultando as situações de agressão física. De fato, Maria tentou esfaquear o marido, na presença dos filhos. A separação parecia ser a única saída para a família. O marido, também adoecido, se mostrava persecutório e com características delirantes, conforme relato da psicóloga que o atendia.

As turbulências entre o casal chegaram a diminuir, com o acompanhamento psicológico. No entanto, Maria desenvolveu, ao longo do seu adoecimento, um traço forte de desconfiança, quanto ao amor do outro. No relacionamento conflituoso com o marido, ela diz que ele a vigia e persegue, desconfiando da sua fidelidade e “levantando falso” contra ela. A hipótese que levantamos é de uma neurose traumática desencadeada após o diagnóstico da intoxicação, desdobrando-se numa fixação ao trauma, na medida em que se repetem as cenas de violência de Maria contra marido e contra ela mesma. Em síntese, o traumatismo proveniente da intoxicação invade no psiquismo de forma avassaladora, à medida que desestabiliza o narcisismo, provocando em Maria a perda de confiança em si mesma.

Naquela situação familiar e em consequência de seu adoecimento, Maria dizia: “tenho pavor só de pensar nos agrotóxicos”, o que a levava a não querer trabalhar e a impedir que

também o marido trabalhasse. Isso inviabilizava até o sustento da família, pois plantar era o único trabalho que o marido sabia fazer.

De qualquer maneira, a crise do casal gerou uma demanda de acompanhamento psicológico, o que ocorreu durante um tempo considerável. Vários encaminhamentos posteriores foram realizados, inclusive para que o atendimento psicológico do casal fosse realizado na cidade em que os dois moravam. No ambulatório, contávamos com consultas espaçadas que certamente ajudavam, mas não supria as necessidades de manejo do caso.

Através do trabalho em equipe, no CEREST, envolvendo a medicina e a psicologia, julgamos que foi possível, pelo menos parcialmente, ajudar o casal. De fato, mais tarde, quando a ansiedade de Maria diminuiu e a taxa da colinesterase atingiu um nível aceitável ou dentro da normalidade, ela consentiu que o marido voltasse a plantar e, aos poucos, começou a ajudá-lo na colheita dos produtos cultivados.

4.5 José e a intoxicação: fragilidade psíquica, desamparo e vergonha

O caso refere-se a um sujeito de 62 anos, que desde os 09 anos de idade, época do falecimento de seu pai, dedica sua vida ao trabalho rural. A perda da mãe se deu durante seu parto. Desde criança, o trabalho rural em fazendas direcionou sua existência e seus objetivos. Ele se diz não-alfabetizado, solteiro e sem filhos, dedicando especificamente a vida ao trabalho.

Quando procurou o serviço do ambulatório de doenças profissionais, já faziam 48 anos que José se ocupava de maneira ininterrupta de atividades agrícolas e pecuárias. O tempo de trabalho no último serviço conta 17 anos. Ele foi encaminhado pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais de sua cidade, no interior de Minas Gerais. A primeira consulta médica no ambulatório foi no ano de 2003, com queixa generalizada de “mal-estar no estômago”.

Além do tratamento de hipertensão, gastrite e esquistossomose, ainda fazia uso de calmantes, prescritos por médicos do serviço de saúde de sua cidade. José diz que sempre teve muita disposição para as atividades que desenvolvia, não necessitando de afastamento nestes 39 anos de trabalho. Sua saúde era satisfatória até meados de 2003. E somente na adolescência envolveu-se com álcool e precisou de tratamento, sendo internado por cinco vezes, até que decidiu parar definitivamente de beber, por volta dos 20 anos.

O quadro clínico no início do tratamento era incômodo no abdômen, associado à astenia, sensação de fraqueza nos membros inferiores e cefaleia constritiva com mais ou menos 20 anos de evolução, além de pequenos tremores nas mãos.

Alguns encaminhamentos foram feitos no formato de interconsultas, no próprio Hospital das Clínicas (HC), como o pedido de avaliação neurológica, psiquiátrica e o exame de dosagem da colinesterase, com intuito de verificar a possibilidade de intoxicação por agrotóxico. O diagnóstico do neurologista visava avaliar os sintomas de fraqueza nas pernas e tremores. E o diagnóstico psiquiátrico, o estado emocional, cujos sinais principais eram tristeza e insônia.

O diagnóstico do neurologista mostrou cognição preservada, marcha incharacterística, tremor ausente no momento, balanço dos braços preservados. E no que se refere à clínica da psiquiatria, os medicamentos tomados sugerem que o diagnóstico médico indicava uma leve depressão.

A solicitação de exame de intoxicação no ambiente de trabalho foi realizada, como de costume, no ambulatório. Os exames comprovaram a dosagem de colinesterase abaixo do desejável, por volta de 4.79 (valor de referência 5.9 a 12,22). A informação obtida era de contato com agrotóxico em lavoura, havia mais de 15 anos, e com formicida granulado, em torno de 10 anos. Logo no início do acompanhamento médico, ainda em atividade ocupacional, José pede afastamento do trabalho, dizendo não conseguir trabalhar há seis meses, devido à fraqueza nos nervos e choro constante.

Além desta demanda, ele relata que as condições de trabalho eram precárias, sem o devido cuidado com o manuseio dos produtos e o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Somente em consulta posterior, ele relata os nomes de produtos manuseados que também poderiam justificar o resultado da atual baixa colinesterase. Esses produtos estão relacionados à pecuária e é pouco conhecida a sua capacidade tóxica. São eles: Cipermetrina (piretroide), Mercepton (agente hipotropirose antioxidante), Neguvon (organofosforado). Todos eram usados por José no trabalho atual, no serviço de pulverização do gado e no pasto, para evitar a propagação de mato, em meio ao capim ou pasto. Segundo o médico do serviço, foram quase quatro anos de acompanhamento no serviço ambulatorial de Medicina do Trabalho e seus exames oscilaram várias vezes na dosagem da colinesterase, entre o nível desejado e o considerado tóxico para o organismo humano.

Sabe-se que a intoxicação por agrotóxico pode acarretar uma sintomatologia bastante diversificada. Os estudos comprovam que muito do que José sentia de fato tem associação com a intoxicação, principalmente a queixa do estado nervoso, semelhante à irritabilidade e impaciência frente às pessoas, além da sensação de “empachamento” e fraqueza. Estes sintomas são também conhecidos, na linguagem dos trabalhadores, como “doença do nervo” e

são interpretados na literatura médico-psiquiátrica, como transtornos psiquiátricos menores, comuns em trabalhadores rurais, conforme Faria (1999).

No trabalho interdisciplinar realizado no CEREST-MG, a escuta psicológica parece ter atendido, pelo menos parcialmente, à demanda da equipe da Medicina do Trabalho, para a qual o adoecimento dos trabalhadores rurais envolvia também o campo psíquico ou subjetivo do paciente. Este precisava, de fato, ser acolhido e assistido para além das patologias orgânicas.

As suas queixas, sem dúvida, estavam associadas à intoxicação e outras doenças, às quais se associava à fragilidade psíquica. Algo no seu discurso revelava o recolhimento narcísico, proveniente de um eu cujas representações foram abaladas, após o trauma da intoxicação. Frequentemente, nos atendimentos, o seu pedido de afastamento era feito em função de sua fraqueza e seu desânimo, mas havia aí outra fraqueza, ligada ao próprio desamparo social, proveniente condição de desempregado.

Em outubro de 2006, José foi encaminhado pela equipe médica ao atendimento psicológico. Segundo os médicos do ambulatório, ele tinha uma posição “queixosa” diante da vida, mesmo em uso de medicação para depressão e insônia, já havia três anos. Naquele momento, estava envolvido com a dificuldade de conseguir o afastamento do trabalho pelo INSS ou a aposentadoria.

Ainda sem conhecimento suficiente, de nossa parte, sobre sua vida laboral e a sua história pregressa de adoecimento, José foi acolhido no atendimento psicológico. Ele demonstrava alguns sentimentos, que deixaram bem claro que se tratava de um sujeito em crise, afastado do trabalho, em situação de falência subjetiva, que se desdobrava em sentimentos de tristeza, solidão e desamparo. Poderíamos dizer de embotamento nas relações afetivas, distanciamento dos seus próprios sentimentos, anos de pressão e exigências que o afastaram das suas fantasias, a ponto de evitar falar sobre seu sofrimento. Apresentava sinais de fadiga, cansaço e estresse certamente acumulados devido às condições que lhe foram oferecidas no trabalho e por iniciar o trabalho ainda criança.

José conseguiu erguer-se e identificar-se como cidadão através de sua relação com o trabalho. De início, sua queixa era o fato de não saber qual é a sua verdadeira doença. Ele demonstrava dificuldade em entender as condições de sua saúde, além de grande ansiedade e angústia, em decorrência da dificuldade de elaborar suas questões subjetivas.

Ele morava, havia 17 anos, na mesma fazenda em que trabalhava. No seu imaginário, atualmente na condição de doente, estava ali morando de favor. E ao adoecer, sem condições de trabalhar, ele acarretaria prejuízo ao patrão. Estava sem exercer atividade laboral, sem

receber o salário, sem afastamento do INSS e o único recurso para sua alimentação provinha de irmãos. Sua insegurança estava ligada não só à sua saúde, mas também à condição de desamparo, à incerteza de recuperar seu trabalho, sua moradia e, finalmente, sua dignidade.

Não era difícil perceber o vazio em que se encontrava. Este dizer “*não sei o que eu tenho*” realçou que, na verdade, ele de fato havia perdido suas referências identitárias, nos últimos três anos. Em suas falas foram surgindo cenas de angústia e fragilidade psíquica, diante da problemática vivida após a intoxicação química. Na verdade, tratava-se de um sujeito que havia perdido o sentido da sua existência. Aos 57 anos, José dizia descobrir-se “envenenado”, perdendo toda sua energia e força para o trabalho.

Imerso no vazio, não demonstrava construir nada até aquele momento que pudesse confortar sua subjetividade diante da ameaça da perda da saúde e do trabalho. O que realçava em seu discurso era a solidão, em paralelo à tristeza e às dificuldades em entender o seu diagnóstico e o prognóstico. O recolhimento no seu eu, mesmo que frágil, era o que lhe restava diante do potencial desagregador que o adoecimento e a perda do trabalho suscitavam. “*O mundo acabou, meu Deus, não vou trabalhar mais! Viver desse jeito, vou passar dificuldades, não tenho nem pai, nem mãe. Pelo meu físico, tô sadio e não tô.*”(sic).

Assim, a fraqueza e as dores se mantinham, configurando um sujeito paralisado, cuja característica de vulnerabilidade se ligava a um sentimento de vergonha. José tinha uma personalidade servil e bastante humilde, com muita dificuldade para lidar com questões institucionais como a perícia do INSS e os direitos trabalhistas. E após a intoxicação, se sentia envergonhado por não conseguir mais trabalhar. Este sentimento, de alguma maneira, também o protegia, tornando-o recluso mais uma vez e distante das pessoas. Ele se mostrava um sujeito isolado.

Durante anos se manteve solitário, triste, deprimido, isolado dos familiares e sem alguém com quem partilhar o desamparo da infância e da juventude. Naquele momento do tratamento no CEREST-MG, o isolamento do mundo do trabalho, após a intoxicação por agrotóxico, relembra a infância negada, destituída do amor do outro. Não foi difícil para ele reconhecer a semelhança dos acontecimentos na sua trajetória de vida, envolvidos pelos sentimentos de desamparo e solidão. O trabalho funcionou para ele, por todos os anos, como fonte e recurso para se tornar um homem digno perante os demais. A relação que estabeleceu, no decorrer dos anos, é de alguém que construiu sua identidade no âmbito do trabalho, embora em condições de trabalho bastante precárias, o que sugeria características perversas de exploração.

A vergonha aliada a simplicidade era um sentimento marcante nos trabalhadores rurais atendidos, talvez apoiada na baixa escolaridade, acompanhada de uma vida cotidiana cuja autoestima é bastante moderada, em comparação ao homem urbano, aos homens de ciência, da política, como eles mesmos julgavam merecer o respeito e a admiração.

No caso de José, as coisas não são de outra maneira. Além da simpatia pelo mundo urbano e o respeito elevado às coisas da cidade, a timidez e a vergonha podem ser interpretadas como uma resistência à vida e aos encontros. Mas a vergonha neste caso representa o que? Uma recusa ou tentativa de paralisar os encontros que lhe são de difícil enfrentamento, provavelmente associados às situações de violência sofrida no trabalho ou nas fazendas onde morava desde os nove anos de idade. Talvez a realidade social concreta e a vida de José tenha determinado em grande parte o seu sentimento de vergonha.

A vergonha é consequência de violências suportadas por uma pessoa, violência física, psicológica ou simbólica diante da qual o sujeito reage em função de sua própria história e de sua dinâmica singular. Ela aí se enraíza quando ele não quer reagir, projetando “o mal” para o exterior. Fica preso numa contradição que desarma seu funcionamento psíquico habitual, porque a situação desorganiza, inibe e talvez até destrua sua capacidade de defesa. Temos aqui um exemplo no qual o real social age sobre o funcionamento psíquico. (GAULEJAC, 2006, p. 171).

Neste caso a hipótese é de que os elementos sociais e psíquicos entram em ressonância e configuram um sujeito em desamparo, traumatizado e angustiado. O real social se desdobra ou se encontra na matriz psíquica da vida de José. Ou seja, a repetição do abandono agora no trabalho. Um sujeito completamente mergulhado e implicado no seu adoecimento, com carência simbólica para lidar com as violências vividas e principalmente com um corpo adoecido e envenenado pelo agrotóxico. O choro desvela o infantil, uma criança desamparada, confusa, jogada no mundo do trabalho aos nove anos. Quando indagado sobre a vida afetiva e seus laços de amor, que não sejam o trabalho, ele fala de muita dificuldade em se relacionar com as mulheres e com as pessoas.

Mas, logo em seguida, percebe sua necessidade de mudança para viver melhor, reconhecendo então sua solidão. Ao falar de encontros, uma de suas demandas era saber lidar com uma irritabilidade incontrollável, no encontro com as pessoas. Ele também estava com dependência química conseguindo dormir apenas com medicação benzodiazepínica.

No atendimento psicológico, em pouco tempo de tratamento disponibilizado a ele, surge o relato de medo de andar sozinho na rua (cena de angústia). Eram crises de ansiedade que ocorriam de três a quatro vezes por semana e que reforçavam a sua solidão no mundo.

Posteriormente aparece um sintoma psicossomático, uma lesão no lábio inferior, que segundo o dermatologista, tinha o diagnóstico de “lábio nervoso”.

Só foi possível a José entender e verbalizar este sintoma psicossomático quando as suas associações caminharam para a descrição de uma cena traumática ocorrida há dez anos, já pressentida quando ele falou sobre o medo de andar só, o que apontava para uma cena de angústia e não simplesmente um medo. Há dez anos, ao andar pela estrada em direção à fazenda em que trabalhava, ele presenciou um fogo estranho, no caminho da roça. Esse fogo seria de um corpo humano, queimando no meio do pasto. Em meio ao silêncio e em seguida o choro, ele relata ter sido suspeito do assassinato, chegando a ter que prestar depoimento na delegacia. Assim dizia: *“Depois deste acontecimento, não prestei mais. Esse negócio atrapalhou minha vida e até hoje tenho medo de ser preso”*.

Sem dúvida, era necessário o acompanhamento terapêutico para José. A intoxicação o leva ao isolamento social, à perda da identidade de trabalhador e promove crises de angústia e desamparo, que se desdobram em sintomas psicossomáticos. Assim,

Como Freud sustentara mais tarde em “Inibição, Sintoma e Angústia”, sentir-se amado pelo seu superior representa no inconsciente a proteção contra todas as ameaças. Correlativamente, a perda do amor ou a separação de seu protetor corresponde ao maior dos perigos, o de ser abandonado à própria sorte ante um desamparo sem esperança. (PEREIRA, 2008, p. 137).

Quando José foi indagado sobre o que poderia ajudá-lo a se curar, ele aponta o desejo de sarar e voltar a trabalhar como antes da descoberta da intoxicação, o que lhe daria novamente a proteção, uma moradia, o trabalho. Ao longo do tratamento, as angústias diminuíram e só assim lhe foi possível construir narrativas sobre seu adoecimento e sua fragilidade psíquica.

Vários fatos comprovam a relação trabalhista em condição de desigualdade. Sua aposentadoria foi recusada por ter sido registrado pelo patrão, na carteira de trabalho, como trabalhador urbano. E neste último emprego, o sentido que lhe foi imposto pelo seu patrão era de alguém que estava morando ali de favor.

No que se refere ao tempo disponível no ambulatório para os atendimentos, as sessões eram espaçadas, chegando a ser mensais e comprometendo a continuidade terapêutica. Como outros pacientes, também José foi encaminhado para atendimento psicológico em sua cidade.

5 CONCLUSÃO

A história das relações de trabalho, no meio rural brasileiro estão marcadas pelos objetivos da produção e da acumulação, da parte dos proprietários, o que resulta na precariedade, na negação da identidade e, entre outras consequências, da saúde física e psíquica do trabalhador. A colonização foi caracterizada pela escravidão posta como condição de enriquecimento dos senhores das terras. O país se manteve, de início, sob o domínio dos patriarcas, e o fim desse modelo de organização econômica e política não modificou a discriminação e a segregação social a que foram vítimas os trabalhadores rurais, através de uma demanda excessiva de trabalho. Para os que podiam cultivar, de maneira autônoma, havia muito pouco recurso tecnológico disponível para a agricultura familiar. Boa parte desses pequenos produtores rurais permanece em situação econômica e psicossocial desfavorável, além de conviver com permanentes riscos à sua saúde.

De modo geral, o trabalhador rural brasileiro foi relegado à invisibilidade social. As histórias de trabalho desse sujeito são contadas através de represálias, castigos, torturas nas comunidades rurais. Muitas destas situações estão ainda presentes, no campo, repetindo o modo de gestão do tempo colonial nos sistemas produtivos, através das “condições análogas ao trabalho escravo” que a imprensa nos mostra de forma bastante recorrente.

Ao mesmo tempo, do ponto de vista da saúde da população rural, o uso desregrado dos agrotóxicos como recurso para o desenvolvimento da agricultura vem reforçar o desprezo que se tem pela integridade do trabalhador. Os agrotóxicos foram introduzidos no Brasil através de políticas públicas movidas pelo capital internacional, com consequências devastadoras para a vida e o cotidiano do trabalhadores rurais e de suas famílias. Portanto, a violência à qual eles foram submetidos, no processo de trabalho, resultando em adoecimento físico e psíquico, está associada a uma complexidade de fatores.

Os agrotóxicos, geralmente chamados de “veneno” pelo homem do campo, estão entre os elementos que compõem o cenário de violências que atingem seu corpo, seu psiquismo, sua vida produtiva, familiar e social, relegando sua subjetividade a um quadro de devastação ao qual os profissionais da saúde não podem ficar indiferentes. O efeito nocivo dos agrotóxicos no meio rural modificou a representação da classe trabalhadora em relação à possibilidade de conciliar trabalho no campo e saúde. Se nos casos atendidos no CEREST-MG localizamos a ocorrência de eventos traumáticos, provavelmente a representação coletiva das populações rurais é também construída sob significantes de ameaça e de destruição.

O real inatingível pelas formações da linguagem, só pode ser inconsciente; é desse campo não organizado pelo significante que advém o trauma, em sua dupla inscrição: tanto de gozo quanto de invasão violenta, capaz de destruir e rede de representações que protege a vida psíquica e também a vida em sociedade. Se o trauma, por sua própria definição real não simbolizado, produz efeitos sintomáticos de repetição, as tentativas de esquecer os eventos traumáticos coletivos também resultam em sintoma social. Quando uma sociedade não consegue elaborar os efeitos de trauma e opta por tentar apagar a memória do evento traumático, esse simulacro de recalque coletivo tende a produzir repetições sinistras. (KEHL, 2009, p. 27).

Pode-se afirmar que o “veneno” é um significante que remete às relações de trabalho perversas, que estamos situando do lado dos eventos traumáticos vividos pela coletividade. Nos fragmentos de casos, observou-se que o surgimento do trauma está ligado à intoxicação por agrotóxicos, desencadeando a angústia e a fragilidade psíquicas, paralelamente aos vários sintomas orgânicos, com reflexos destrutivos também nas esferas afetiva e social. “Contra o sofrimento que pode advir dos relacionamentos humanos, a defesa mais imediata é o isolamento voluntário, o manter-se a distância das outras pessoas.” (FREUD, 1969, p.85). Mais do que uma experiência simbólica pessoal, o paciente traz consigo uma experiência coletivamente determinada pelo cenário de suas relações.

Do ponto de vista metodológico, trabalhamos em duas vertentes interligadas, no que diz respeito ao sofrimento dos trabalhadores rurais atendidos no CEREST: de um lado, tomamos as queixas difusas como um fenômeno coletivo, na linha da “síndrome geral da fadiga nervosa”, o que reafirma a relação entre as “doenças do nervo” e o contexto laboral. Por outro lado, lidamos com a necessidade de discutir cada caso, a fim de chegarmos a um diagnóstico capaz de precisar a natureza psíquica do sofrimento ou da patologia, o que supõe uma trajetória singular. Assim, mesmo levando-se em conta o nexos entre o adoecimento e as condições de trabalho, era importante interrogar este nexos na ótica do que poderíamos chamar de uma “síndrome subjetiva individual”.

Tratava-se de conjugar, na complexidade de cada caso, a articulação entre os contextos individual e coletivo, subjetivo e objetivo, psíquico e social, o que constitui um desafio para a construção de um diagnóstico e para os encaminhamentos de cada caso, num serviço público que tentava associar os saberes. É importante destacar o nível de complexidade que advém das atuais relações que se estabelecem na realidade da organização do trabalho e as consequências na vida psicossocial do trabalhador. Os fatores do adoecimento são multideterminados, exigindo dos profissionais um trabalho multidisciplinar para facilitar o processo diagnóstico e de tratamento. Quando o processo de adoecimento se estende à saúde mental do trabalhador rural, a presença do profissional de psicologia é imprescindível.

Portanto, o psicólogo, no atendimento clínico ao trabalhador rural adoecido, estaria como agente do reconhecimento, objetivando a reconstrução da saúde psíquica frente à violência, às perdas ocorridas na relação com o trabalho e na elaboração de novas construções, através da palavra, tentando recompor as perdas e os traumas na organização do trabalho ou na relação com o outro.

Observemos, no entanto, o desafio que se situa para além da escuta clínica, pois resta ao profissional da saúde assumir uma posição politicamente crítica frente à experiência fragmentadora da esfera psíquica. Nosso objetivo era também desenvolver uma escuta ética, cuidadosa, que circulasse do individual ao coletivo, analisando em que medida a palavra remete ao sintoma e em que medida palavra e sintoma remetem ao social. Em síntese, palavras e sintomas são carregadas de sentidos, mesmo quando se trata de vazios, de desencontros, de sofrimento e de silêncio.

Do ponto de vista psicossocial, seria inócuo lidar com a subjetividade do trabalhador rural abstraindo-a de seu meio, de seu cotidiano, reduzindo-a a uma realidade psíquica ou a uma “interioridade” sem história e sem os traços da realidade em que ele está mergulhado.

Por outro lado, se é o trabalho que constrói o homem, a história e a cultura, temos de pensar que, apesar de todo o sofrimento a que está submetido, o trabalhador rural é também um sujeito que pode mudar o seu destino. O que seria da cultura brasileira, sem as ricas contribuições desses trabalhadores, juntamente com os escravos, no campo da cultura, da arte, dos costumes, da chamada “medicina popular”, das práticas religiosas, do artesanato e, em especial, do desenvolvimento de habilidades e capacidades técnicas para reinventar a sua própria atividade do trabalho no campo? O mesmo se diga do lugar político do homem do campo, que tem se mostrado ao país através de diversos movimentos organizados, dos quais o MST seria um dos representantes mais expressivos. Afinal, é pertinente pensarmos que saúde e sofrimento estão ligados à totalidade da vida do trabalhador, inclusive à sua emancipação política. Sua saúde ou seu sofrimento perpassam todos os aspectos daquilo que se pode nomear de uma obra, no sentido pleno do termo. Pois obra é um outro nome de trabalho. Do ponto de vista clínico, psicossocial e político, podemos pensar o trabalho como uma produção, uma experiência individual e coletiva que, para além da opressão e do adoecimento, tenha o sentido de vida.

REFERÊNCIAS

ALESSI, Neiry Primo; NAVARRO, Vera Lucia. Saúde e Trabalho Rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 111-121. 1997.

ANGRA, Nadine Gualberto; SANTOS, Robério Ferreira dos. **Agricultura brasileira: situação atual e perspectivas de desenvolvimento**. Campina Grande: UFPB, 2001.

ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Tereza Cristina (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001.

ARAÚJO, José Newton Garcia de; GREGGIO, Maria Regina. Trabalhadores Rurais: dimensões psicossociais do sofrimento. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 21, n. 2, jun. 2008.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. **O sujeito social**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2004.

BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Org.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

BIRMAM, Joel. **Cadernos sobre o mal: agressividade, violência e crueldade**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

BOSI, Alfredo. **Dialética da colonização**. São Paulo: Companhia das letras, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jan. 2011a, seção 1, p.37-38.

BRETTE, F. Traumatismo. In: MIJOLLA, A. **Dicionário Internacional de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2005. p. 1930.

BRITO, Paula Fernandes de; GOMIDE, Márcia; CÂMARA, Volney de Magalhães. Trabalho e Exposição aos Agrotóxicos em uma pequena comunidade agrícola no município do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 531-548. 2006.

BUAINAIN, Antônio Márcio et al. **Luta pela Terra, Reforma Agrária e Gestão de Conflitos no Brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2008.

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CAMPOLINA, Bernardo; SILVEIRA, Fernando Gaiger. **O mercado de trabalho rural no Brasil e em Minas Gerais**: evolução recente, composição da renda e a dimensão regional. São Paulo: Unicamp, 2008.

CARVALHO, Ana Cecília; FRANÇA, Cassandra Pereira (Org.). **Estilos do xadrez psicanalítico**: a técnica em questão. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

CARVALHO, Maria Teresa de Melo. **Sofrimento Psíquico, acontecimento traumático e angústia pulsional**. Trabalho apresentado no Iº Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada, UEM, Paraná, 2012.

CASTRO, Jane Silva Maia. **Práticas de Uso e Agrotóxicos no município de Cachoeiras de Macacu**: um estudo de saúde ambiental. 1999. 159f. Dissertação (Mestrado em Ciência Ambiental) – Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-graduação em Ciência Ambiental, Rio de Janeiro.

COSTA, Jurandir Freire. **Psicanálise e contexto cultural – imaginário psicanalítico**: grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

CASTEL, Robert. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde e loucura 4**: grupos e coletivos. São Paulo: HUCIYEC, 1994. p. 21-48.

CASTEL, Robert. As artimanhas da exclusão. In: BELFIORE-WANDERLEY, Mariangela; BÓGUS, Lúcia; YAZBEK, Maria Carmelita (Org.). **Desigualdade e a questão social**. 2. ed. São Paulo: EUC, 2000. p. 17-49.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Vozes: Petrópolis, 2006.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicofármacos**: consulta rápida. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Tradutores: Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Oboré, 1987.

DIAS, Elizabeth Costa. **Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil**. 2006. Disponível em: http://www.ugt.org.br/images/arquivos/saude_trabalhador_rural.pdf. Acesso em: 20 de Novembro de 2011.

DRAWIN, Carlos Roberto. O paradoxo antropológico da violência. In: ROSÁRIO, Ângela Buciano; KYRILLOS NETO, Fuad; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (Org.). **Faces da violência na contemporaneidade**. Barbacena: EdUEMG, 2011. p. 12-32.

DRAWIN, Carlos Roberto. Estrutura e história: uma dialética no caminho da psicanálise. In: CARVALHO, Ana Cecília; FRANÇA, Cassandra Pereira (Org.). **Estilos do xadrez psicanalítico**: a técnica em questão. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 77-84.

ENRIQUEZ, Eugène. **As figuras do poder**. São Paulo: Via Lettera editora e livraria, 2007.

FARIA, Müller Xavier; FACCHINI, Luiz Augusto; FASSA, Anaclaudia Gastal. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jan/mar. 2007.

FARIA, Müller Xavier ET. Al. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 391-400, ago. 1999.

FEHLBERG, Lorena C. C.; LUTZ, Leonardo V.; MOREIRA, Adriana H.. **Agrotóxicos e seus efeitos socioculturais**: Zona Rural do Valão de São Lourenço, Santa Teresa, ES, Brasil. Santa Teresa: ESFA, 2003.

FERENCZI, S. Dois tipos de neurose de guerra (1916). In: CARVALHO, Maria Teresa de Melo. **Sufrimento Psíquico, acontecimento traumático e angústia pulsional**. Trabalho apresentado no Iº Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada, UEM, Paraná, 2012.

FERREIRA, Mário César; GUIMARÃES, Magali Costa; ALMEIDA, Cleverson Pereira de. Violência (in)visível e institucionalizada no contexto de trabalho: o enfoque da ergonomia da atividade. In: MENDES, Ana Magnólia (Org.). **Violência no trabalho**: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010.

FIGUEIREDO, Luis Claudio Mendonça; SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. **Psicologia, uma (nova) introdução**. 3 ed. São Paulo: EDUC, 2010.

FRANCIS, David George. Sustentabilidade do sistema agroalimentar nos cerrados: entorno de Iraí de Minas. In: FRANCIS, David George. **Agricultura familiar e sustentabilidade**. Uberlândia, MG: EDUFU, 2000. p. 213-233.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência (1913). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12.

FREUD, Sigmund. Um estudo autobiográfico inibições, sintomas e ansiedade. A questão da análise leiga e outros trabalhos (1926). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 20.

FREUD, Sigmund. O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1930). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.

FREUD, Sigmund. Artigos sobre técnica (1914). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 13. p. 93-189.

FREUD, Sigmund. Psicologia de grupo e a análise do ego (1926). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18.

FREUD, Sigmund. A psicanálise e as neuroses de guerra (1919). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 17.

FREUD, Sigmund. A guisa de introdução ao Narcisismo (1915). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 2.

GARCIA, Eduardo; ALVES FILHO, José Prado. **Aspectos de prevenção e controle de acidentes no trabalho com agrotóxicos**. São Paulo: Fundamento, 2005.

GARCIA, Eduardo; VICTOR FILHO, Wiinsch. Exposição a agentes químicos e a Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 116, p. 06-10. 2007.

GAULEJAC, Vicent de. **As origens da vergonha**. São Paulo: Via Lettera, 2006.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363. 2005.

HELOANI, José Roberto. Saúde Mental no Trabalho: algumas reflexões. In: MENDES, Ana Magnólia (org.). **Trabalho e Saúde: o sujeito entre a emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008. p. 153-169.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JESUS, Cleber Souza de; BRITO, Thaís Alves. Estudo dos acidentes de trabalho no meio rural: análise dos processos e condições de trabalho. **Revista Saúde.Com**, Jequié, v. 5, n. 2, p. 141-146. 2009.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

LE GUILLANT, Louis. A neurose das Telefonistas. In: LIMA, Maria Elizabeth Antunes (Org.) **Escritos de Louis Le Guillant – Da ergoterapia a psicopatologia do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

LE VEN, Michel Marie. Trabalhadores do Brasil: história e memória. In: ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Tereza Cristina (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 141-153.

LEVIGARD, Yvonne Elsa; ROZEMBERG, Brani. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1515-1524, nov/dez. 2004.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. Psicopatologia do trabalho. In: LIMA, Maria Elizabeth Antunes (org.). **Escritos de Louis Le Guillant** – Da ergoterapia a psicopatologia do trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 173-331.

LUILIER, Dominique. **Cliniques du travail**. Ramaonville Saint-Agne: Érès, 2006.

MARTINS, Soraya Rodrigues. **Clínica do Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. (Coleção Clínica Psicanalítica).

MARTINS, José de Souza. **A sociabilidade do homem simples**: cotidiano e história na modernidade anômala. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2008.

MARTINS, José de Souza. **Fronteira**: a degradação do Outro nos confins do humano. São Paulo: Contexto, 2009.

MARTINS, José de Souza. **O cativo da terra**. 9 ed. São Paulo: Contexto, 2010.

MENDES, Ana Magnólia (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2010.

MENDES, Ana Magnólia (Org.). **Trabalho e saúde**: o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá, 2008.

MENDES, Ana Magnólia (Org.). **Violência no trabalho**: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010.

MEYER, Tufi Neder; RESENDE, Ione Lamounier Camargos; ABREU, Juscélio Clemente de. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 116, p. 24-30. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Editora MS, 2001.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. Reflexões sobre o conceito de violência: da necessidade civilizatória à instrumentalização política. In: ROSÁRIO, Ângela Buciano; KYRILLOS NETO, Fuad; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (Org.). **Faces da violência na contemporaneidade**. Barbacena, MG: EdUEMG, 2011. p. 33-42

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; NEVES, Edwirges de Oliveira. O Surgimento da clínica Psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-662. 2007.

MUÑOZ SÁNCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar/abr. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. São Paulo: USP, 2007.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico e desamparo**: um estudo psicanalítico. São Paulo: editora Escuta, 2008.

PERES, Frederico. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, dez. 2009.

PERES, Frederico et al. Percepção das condições de trabalho em uma tradicional comunidade agrícola em Boa Esperança, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1059-1068, Jul/Ago. 2004.

PÈTRE-GRENOUILLEAU, Olivier. **A história da escravidão**. São Paulo: Boitempo, 2009.

PRADO JUNIOR, Caio. **Formação do Brasil contemporâneo**. 23. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

SILVA, Jandira Maciel et al. Agrotóxico e Trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 891-903. 2005.

PIRES, Dario Xavier; CALDAS, Eloísa Dutra; RECENA, Maria Celina Piazza. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar/abr. 2005.

POSSAS, Cristina Albuquerque; TRAPÉ, Ângelo Zanaga. Saúde e trabalho no campo: da questão agrária à política previdenciária. **Cadernos do Internato Rural**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2. 1983.

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro**. São Paulo: Versátil Home Vídeo, 2005. 2 videodiscos (260min): NTSC, son., color.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

SALIM, Celso Amorim. Estrutura Agrária e Uso de Agrotóxicos no Estado de Minas Gerais: um estudo sobre a exposição do trabalhador rural. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 101-102. 2002.

SANTOS, Durvalina Maria Mathias dos. **Revolução Verde**. 2006. Disponível em: <http://kapixawa.files.wordpress.com/2011/05/rev-verde-86.pdf>. Acesso em: 13 de Fevereiro de 2011.

SAUER, Sérgio. Conflitos Agrários no Brasil. In: BAUAINAIN, Antônio Márcio (Org.). **Luta pela Terra, Reforma Agrária e Gestão de Conflitos no Brasil**. São Paulo: Editora Unicamp, 2008.

SILVA, Maria Aparecida de Moraes. Mortes e Acidentes nas Profundezas do 'Mar de Cana' e dos Laranjais Paulistas. **InterfacEHS Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, São Paulo, v.3, n. 2, abr/ago. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/viewFile/112/129>. Acesso em: 21 de Abril de 2012.

SCOPINHO, Rosemeire Aparecida et al. Novas tecnologias e saúde do trabalhador: a mecanização do corte da cana-de-açúcar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 147-161, jan/mar. 1999.

SHIKI, Shigeo et al. **Sustentabilidade do Sistema Agroalimentar no Entorno de Iraí de Minas**. Uberlândia: EDUFU, 2000.

SILVA, Jerto Cardoso de; GARCIA, Edna Linhares. Formação em Psicologia: entre a Psicanálise e a Promoção de Saúde. **Psicologia Ensino & Formação**, Brasília, v. 2, n. 1. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-20612011000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 20 de Julho de 2012.

STÉDILE, João Pedro. **A questão agrária no Brasil**. 10 ed. São Paulo: Atual, 1997.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. **Pro-Posições**, Campinas, v. 1, n. 5, p. 34-50, jul. 2000. Disponível em: <http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/~proposicoes/textos/32-artigos-schwartz.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2011.

VASQUES-MENEZES, Iône. Saúde mental e trabalho: aplicações na prática clínica. In: CODO, Wanderley; JAQUES, Maria da Graça et al. **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

VIEGAS, Sônia. **Trabalho e Vida**. 04 de maio de 2010. Disponível em: <http://prapacheco.blogspot.com.br/2010/05/trabalho-e-vida.html#axzz2FMS5aJ8l>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

WÜNSCH FILHO, Victor. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 103-117, abr/jun. 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.