

---

## OS SENTIDOS DA SILICOSE ATRIBUÍDOS POR TRABALHADORES DE PEDREIRAS ADOECIDOS<sup>1</sup>

*Raquel Salviano Silva Melo<sup>2</sup>, Márcia Maria Fontão Zago<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Artigo extraído da monografia apresentada no Curso de Especialização de Enfermagem do Trabalho, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Estudo inserido no CNPq, processo n° 302669/2007-8.

<sup>2</sup> Especialista em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira da Unidade de Saúde de São José da Barra. Minas Gerais, Brasil. E-mail: quelfurnas@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: mmfzago@erp.usp.br

**RESUMO:** Este estudo teve o objetivo de identificar os sentidos atribuídos à silicose entre trabalhadores de pedreiras adoecidos. Foi baseado na antropologia médica e na história de vida focal. Os dados foram coletados por entrevistas e observações diretas realizadas no domicílio de oito portadores de silicose, cadastrados no Serviço de Vigilância Epidemiológica de Guapé - Minas Gerais. A técnica de análise temática indutiva foi usada para sintetizar os núcleos temáticos: a explicação para a doença, a sua gravidade e consequências. Segundo os trabalhadores, a doença é permeada pelo sofrimento e alteração da identidade social, contextualizada no trabalho de homens jovens com manuseio da sílica. Esses sentidos fornecem uma base com a qual o enfermeiro do trabalho pode prestar um cuidado diferenciado, desenvolver ações de prevenção aos riscos à saúde, de adequação do ambiente de trabalho, além do aperfeiçoamento das estratégias de notificação dos agravos e de adesão ao tratamento.

**DESCRIPTORES:** Silicose. Cultura. Antropologia médica. Enfermagem do trabalho.

---

## THE MEANINGS OF SILICOSIS HELD BY ILL QUARRY WORKERS

**ABSTRACT:** This study's objective was to identify the meanings of silicosis held by ill quarry workers. It was based on medical anthropology and focal life history. Data were collected through semi-structured interviews and by direct observation in the homes of eight patients with silicosis registered in the Epidemiologic Surveillance Service in Guapé, Minas Gerais, Brazil. The inductive thematic analysis technique was used to synthesize the thematic cores: explanations attributed to the disease, severity of the disease, and its consequences. According to the participants, the disease is permeated by suffering and changes in social identity, in the context of young men working with silica. These meanings allow occupational nurses to provide differentiated healthcare, to develop preventive actions and actions aimed to properly modify the workplace. Additionally, the results can help improve strategies for disease reporting and treatment adherence.

**DESCRIPTORS:** Silicosis. Culture. Medical anthropology. Occupational health nursing.

---

## LOS SENTIDOS DE LA SILICOSE ATRIBUIDOS POR TRABAJADORES DE CANTERAS ADOLECIDOS

**RESUMEN:** Este estudio objetivó identificar la atribución de los sentidos de la silicosis por trabajadores de canteras, basándose en la antropología médica y en la historia de vida focal. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semi-estructuradas y observaciones directas realizadas en el domicilio de ocho portadores de silicosis, registrados en el Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Guapé - Minas Gerais, Brasil. El análisis inductivo temático fue usado para sintetizar los núcleos temáticos: explicación para la enfermedad, gravedad de la enfermedad y sus consecuencias. Según los trabajadores, la enfermedad es permeada por el sufrimiento y alteración de la identidad social, contextualizada en el trabajo de hombres jóvenes que manosean la sílice. Los sentidos presentados permiten al enfermero laboral prestar una atención diferenciada, desarrollar acciones de prevención a los riesgos a la salud y de adecuación del ambiente de trabajo. También permiten el perfeccionamiento de las estrategias de notificación de enfermedades y adhesión al tratamiento.

**DESCRIPTORES:** Silicosis. Cultura. Antropología médica. Enfermería del trabajo.

---

## INTRODUÇÃO

O conhecimento na área em saúde do trabalhador nos possibilita identificar áreas onde há risco potencial de doença e relacionar a ocupação ao adoecimento. É o caso da região do Lago de Furnas, em Minas Gerais, onde ocorre uma intensa exploração do quartzito pelas diversas pedreiras existentes, que ocasiona além da intoxicação, dermatites à exposição excessiva à sílica, e que está relacionado aos casos notificados de silicose na região.<sup>1,2</sup>

A silicose é uma doença pulmonar fibrosante provocada pela inalação e deposição de partículas de sílica cristalina, causando uma reação no pulmão. É considerada uma doença ocupacional irreversível e crônica. Ela está inserida num conjunto maior de doenças, as pneumoconioses, de grande prevalência e devido ao seu crescimento epidêmico, faz com que o país ocupe posição de destaque em relação a sua incidência.<sup>1</sup> Apesar de evitável, a doença desperta atenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), na tentativa da sua erradicação.<sup>3</sup> Inicialmente, a silicose apresenta comprometimento radiológico e funcional respiratório mínimo; com a sua evolução aparecem sintomas como dificuldade de trocas gasosas, dispnéia progressiva aos pequenos e grandes esforços. As alterações radiográficas iniciais são observáveis nos lobos superiores e segmentos posteriores, bilateralmente. Com o passar do tempo, todo o parênquima pulmonar pode estar envolvido. Para o diagnóstico da silicose, as imagens radiológicas características e a história ocupacional do paciente são fundamentais.<sup>1</sup>

O tratamento recomendado para a doença consiste principalmente no afastamento a exposição e dos sintomas apresentados pelos doentes; ainda estão em estudo os tratamentos com corticosteróides e inalação de pó de alumínio.<sup>1,3</sup>

Com quase trinta anos de estudos, ainda permanece a prevalência de 30 mil portadores da doença no Brasil. De acordo com o Programa Nacional de Eliminação da Silicose, as pedreiras a céu aberto são responsáveis por cerca de 3% desta prevalência.<sup>2,3</sup>

Ao realizarmos a revisão de literatura sobre silicose, encontramos diversos artigos, porém, na sua maioria, os autores discutem sua incidência, clínica, patologia ou destacam as doenças associadas; nenhuma publicação traz a visão da doença pelo paciente, o que justifica a importância desse estudo.

Para o seu desenvolvimento, partimos do pressuposto de que toda experiência de doença é construída pelas pessoas com base nos seus conhecimentos e valores culturais. Assim, este estudo é fundamentado na antropologia médica e desenvolvido pela história oral focal.

Reconhecer a visão dos pacientes sobre sua doença, por meio dos sentidos construídos na experiência, é um dos caminhos para que o enfermeiro do trabalho possa basear suas ações de prevenção e de seguimento do portador.

## OBJETIVO

Frente ao exposto, o objetivo do estudo é identificar os sentidos da silicose entre trabalhadores de pedreiras adoecidos.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Os profissionais de saúde e os pacientes, mesmo quando têm a mesma origem social e cultural, vêem os problemas de saúde de maneiras diferentes. Partindo desse pressuposto, a antropologia médica focaliza as maneiras pelas quais, em diferentes culturas e grupos sociais, as pessoas explicam as causas dos seus problemas, os tipos de tratamentos em que acreditam, as mudanças biológicas, psicológicas e sociais do organismo humano, no processo da doença, por meio da construção de sentidos.<sup>4,5</sup>

Entre os vários pressupostos dessa corrente teórica, baseamos esse estudo no conceito de Modelo Explicativo (ME),<sup>6</sup> que possibilita descrever os processos cognitivos que ordenam e significam a experiência de uma doença, e acrescentar as concepções do senso comum ao modelo médico. O autor conceitua sistemas de cuidados à saúde, articulando diferentes elementos relacionados à saúde e à doença. Estes sistemas compreendem três setores sociais de cuidado: a) profissional – constituído pela medicina científica ou sistemas médicos profissionalizados; b) folclórico – composto por especialistas como curandeiros, rezadores e outros; e c) popular – compreende o campo leigo, não especializado da sociedade, como familiares, amigos, vizinhos e outros. Complementando, o conceito de ME foi desenvolvido como um instrumento teórico para explorar questões relacionadas aos sintomas, à doença e à avaliação das terapias entre os doentes, como também para a compreensão das suas necessidades em um sistema de prática de cuidado.<sup>7</sup> Porém, é preciso atentar que a interpre-

tação dos sentidos que as pessoas elaboram para uma experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos e esses conhecimentos são diferentes entre as pessoas, por serem originados em situações de vida específicas.<sup>5,7</sup>

Para a obtenção do ME, se faz necessário buscar os seguintes elementos: o período da vida e modo do aparecimento dos sintomas, a etiologia e a sua fisiopatologia, o grau de severidade, o tratamento realizado e o prognóstico,<sup>6</sup> na visão do paciente, por meio de uma abordagem metodológica que favoreça um contato próximo, no qual ele exponha os sentidos dados à doença.

Desse modo, esse estudo foi desenvolvido no método da história de vida focal, que permite a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência de doença aos seus contextos social e de trabalho, interpretam-na e lhe dão sentido,<sup>8</sup> coerente com os pressupostos do ME.

## MÉTODO

Foram convidados a participar do estudo os oito trabalhadores diagnosticados com a doença, maiores de 18 anos, cadastrados no banco de dados do Serviço de Vigilância Epidemiológica de Guapé-Minas Gerais, Brasil, e residentes na região. Eles receberam explicação sobre o estudo, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Informado.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista gravada, realizada no domicílio, agendada previamente, direcionada pelas questões: como a doença começou e o que você fez? O que você acha que causou esse problema? Você acha que ela é grave? Como é o tratamento? Como tem sido a sua vida com ela? Além dessas questões, buscamos caracterizar os participantes em relação à sua escolaridade, rendimentos financeiros, religião, idade, estado civil e duração da doença.

Foi realizada uma entrevista com cada portador, com duração média de uma hora. Durante as entrevistas realizamos observações diretas dos comportamentos dos participantes, atentando para o seu contexto de vida, sendo essas registradas num caderno de campo.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, em conjunto com os dados da observação. Após, os dados foram organizados e submetidos à análise temática indutiva,<sup>9</sup> composta dos seguintes procedimentos: 1) leitura global do material; 2)

leitura detalhada de cada texto para a verificação de semelhanças, diferenças e detalhes das narrativas, classificando-os em códigos; 3) delimitação dos sentidos comuns e diferentes expressos pelos participantes, seguindo as questões da entrevista, o que possibilitou a construção de categorias analíticas ou núcleos temáticos que integram o ME; e 4) discussão dos resultados com base no contexto de vida dos participantes (características sócio-demográficas).

Inicialmente, classificamos os conteúdos dos dados nos seguintes códigos: sinais e sintomas iniciais, itinerário do diagnóstico, itinerário do tratamento, explicações dadas à doença, explicações dadas ao tratamento, consequências da doença e do tratamento para a vida. A seguir, integramos esses códigos nos núcleos temáticos: a explicação para a doença, a gravidade da doença e suas consequências. Esses núcleos nos fornecem os sentidos dados à condição em que vivem os trabalhadores de pedreiras adoecidos, os elementos constitutivos do ME, interpretados com base nos conceitos da antropologia da doença e contrastados com a literatura médica.

As narrativas dos informantes ou os fragmentos representativos dos sentidos construídos pelos pesquisadores serão apresentados e identificados por nomes fictícios; também se destacará a idade dos mesmos, para ilustrar a fase da vida em que se encontram.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, protocolo nº 0882/2008.

## RESULTADOS

Inicialmente, apresentamos as características dos informantes, visto que neste tipo de estudo a relativização dos resultados ao contexto social, é um critério de rigor da interpretação dos pesquisadores.

### Caracterização social dos informantes

Seis dos informantes estão na faixa etária de 30 a 36 anos (75%), um (12,5%) tem idade inferior a 30 anos, e outro participante (12,5%) tem idade superior a 50 anos. Quanto ao estado civil, há predomínio de casados (62,5%), dois (25%) são solteiros e um (12,5%) é viúvo. Os entrevistados seguidores da religião católica somam seis (75%), um (12,5%) afirmou não ter religião, e outro (12,5%) é evangélico. Em relação ao grau de instrução, sete (97,5%) possuem o ensino fundamental incomple-

to e apenas um (12,5%), o mais novo deles, possui ensino médio completo. Essas características sociais assemelham-se as de outros estudos nacionais sobre a incidência da doença.<sup>2,10</sup>

As características sociais mostram que os informantes são homens oriundos da classe social popular, que é constituída por trabalhadores de centros urbanos, que vivem em condições financeiras precárias, decorrentes da reduzida qualificação ocupacional e da baixa escolaridade de seus integrantes e, conseqüentemente, eles têm acesso limitado aos serviços públicos, como educação e saúde.<sup>11</sup> Frente a essas características, o mercado de trabalho é restrito. Para eles, a opção de trabalho é nas pedreiras da região.

Outro aspecto que chama a atenção é o do período de atuação profissional em pedreiras até a confirmação do diagnóstico: cinco (62,5%) trabalharam na extração ou beneficiamento do quartzito por 10 a 15 anos, dois (25%) trabalharam por sete anos, e apenas um (12,5%) trabalhou por 50 anos. Todos os informantes tiveram a confirmação do diagnóstico de silicose entre os anos de 2003 a 2008.

## Os sentidos atribuídos à silicose entre os adoecidos

### A explicação para a doença

Em relação ao início da doença, alguns informantes referiram sintomas respiratórios e outros eram assintomáticos. Para o primeiro grupo, a percepção e relevância dada aos sinais e sintomas de que o corpo não estava funcionando apropriadamente foi o ponto de partida para a busca do esclarecimento da sua condição, como narrado: [...] *eu tinha uns 16 anos de idade quando comecei a trabalhar com pedra; há uns cinco anos, eu comecei a sentir um pouco de cansaço, uma tosse leve, dor no peito, que foi agravando. Fui ao hospital várias vezes e eles falavam que eu não tinha nada. Até que um dia eles pediram um RX. Ai eles viram que estava agravado demais da conta! Quando dava dor no peito, eu achava que era pelo peso, depois eu achava que fosse uma gripe. Chegava em casa a noite, não conseguia jantar, muito cansado, e foi assim... até pedir o RX pra descobrir [...]* (Ernesto, 32 anos).

Entretanto, o informante Ernesto retratou sua dificuldade em convencer o médico a dar atenção aos sinais e sintomas do seu corpo, e determinar o seu problema de saúde, o que lhe causou indignação: [...] *falaram que eu estava com infiltração no pulmão e me passaram para um pneumologista em Passos-MG. Ele me pediu RX e tomografia. Fui para*

*Ribeirão Preto-SP e foi constatado silicose... fui o primeiro caso aqui no Guapé. Ninguém sabia que existia isso, o primeiro caso foi o meu! Já faz cinco anos que esse problema foi descoberto. Eles falavam que era manha minha... não existia caso nenhum; depois do meu, veio o caso do Davi, que faleceu, o Amarai que está nas últimas, e agora são vários casos [...]* (Ernesto, 32 anos).

Com o conhecimento e divulgação dos casos de silicose e dos óbitos ocorridos, considerando que Guapé é uma cidade pequena, a atenção dos trabalhadores assintomáticos para o problema é redobrada. Eles iniciaram um movimento de confronto com os empregadores, para que houvesse uma ação de avaliação das suas condições de saúde, como apresentado: [...] *eu pedi pra fazer um RX, mas nenhum médico quis fazer. Fui quatro vezes ao hospital, em todas, eles falaram que eu não tinha nada, tive que exigir que eles fizessem o RX. Ai, ele falou assim: para tirar sua dúvida eu vou pedir o RX, mas você não tem nada. Quando eu tirei o RX já era tarde, eu já tava com a mancha [...]* (Ernesto, 32 anos).

O impacto do diagnóstico médico, por uma doença pouco conhecida, pode ser apreendido por expressões como: [...] *fui ao hospital e o médico falou: você tem pouco tempo de vida, do jeito que está aqui na chapa [...]* (Ernesto, 32 anos).

Por outro lado, o relato de um dos portadores, além do impacto do diagnóstico, revela a sua percepção de invulnerabilidade. [...] *ouvira falar que estava dando [a doença] nos caras lá. Falei: ah, não tem perigo não! Só depois que dá, é que a gente vê que é verdade! Quando o médico falou, quase morri de susto! [...]* (Dorival, 23 anos).

A etapa seguinte foi a busca pelo tratamento, que mostrou ser tão desgastante como a da confirmação do diagnóstico: [...] *descobri a silicose quando fui pra Caxambu em 2004. O médico de lá constatou que era silicose. Vim pra Passos e o doutor me encaminhou para Belo Horizonte para poder tratar. Não consegui ir por falta de carro. Marquei para dia 28. Tenho que ir lá dia 28. Agora estou fazendo um tratamento em Belo Horizonte, os médicos estão acompanhando... porque fica muito caro... a saúde aqui na cidade é muito fraca, eu precisei ir duas vezes a Belo Horizonte. Eles não conseguem carro, então, vai complicando pra gente, a gente tem que ir lutando sempre. Eu só uso a bombinha para respirar o ar e um comprimidinho pra colocar naquele aparelho e respirar. Estava usando todos os dias, estava usando na base de 360 comprimidos por ano [...]* (José, 59 anos).

Com a confirmação do diagnóstico, os sintomas corporais passam a ter um nome – silicose. A partir desse momento, cada indivíduo passa a

ter uma doença não esperada, que rompe os seus projetos de vida e de identidade social, é um ser doente. Para dar sentido ao que estão vivendo, os informantes buscam uma explicação para a doença, com base nos seus conhecimentos culturais (leigos) e médicos adquiridos nas suas histórias de vida, como exemplificado: [...] *quando eu passei a usar o equipamento já tinha atingindo... porque isso me aconteceu... não sei explicar! Talvez seja porque o lugar é muito fechado. O lugar lá não é arejado, o vento batia na parede e voltava pra trás. Aquele sereno, você ficava naquilo, no meio daquilo. Isso é falta de sorte mesmo. Eu não sabia de nada... o médico disse que silicose é o pó da pedra. Você serra, vai ficando aquele pozinho fininho, só que aí mistura na água, naquele sereno, você respira aquilo que vai para o pulmão. O pulmão pedra, pedra o pulmão que não fecha e nem abre [...]* (Antonio, 33 anos).

### **A gravidade da doença e suas consequências**

A gravidade da doença é reconhecida pelos informantes e as consequências permeiam as dimensões da vida: [...] *isso é grave demais! Agora nem pra andar na rua dá pra ir. Hoje não posso fazer mais nada. É só andar que começo a tossir [...]* (Antonio, 33 anos); [...] *a doença é grave, porque ela vai corroendo as pessoas aos pouquinhos, vai tirando a oxigenação, vai enfraquecendo... o médico disse que a cura da silicose... somente um milagre de Deus ou um transplante de pulmão [...]* (José, 59 anos).

Entretanto, a detecção precoce da doença possibilitou que dois portadores ainda tenham condições físicas não incapacitantes. Chama-nos a atenção a forma como minimizam a condição atual, buscando uma esperança irreal, talvez justificada por serem homens jovens: [...] *eu estou bem, não sinto nada não! No meu caso, graças a Deus, eu acho que a doença não é grave, porque eu descobri antes de fazer mal. O médico disse que eu não vou ter nada, se fosse pra causar alguma coisa, já tinha causado, só se for depois de velho, e talvez também eles arrumem um tratamento para isso. Eu perguntei a ele se isso poderia causar alguma coisa que eu pudesse ficar inválido, senão eu nem iria me casar. Mas ele disse pra ficar tranquilo [...]* (Dorival, 23 anos); [...] *o doutor detectou um problema, porém muito pouco. Eu, graças a Deus, estou normal. Imagina você ter que andar com o balão de oxigênio... acho que deve ser muito triste. Acho que Deus me ajudou demais. Eu acho que isso aí depende mesmo é do organismo da pessoa, acho que tem organismo que é forte, tem organismo frágil. Eu, graças a Deus, eu me considero com organismo forte [...]* (Francisco, 32 anos).

Frente às condições físicas decorrentes da silicose, a necessidade de interrupção do trabalho foi apresentada pelos informantes: [...] *o médico falou que meu problema estava bem atacado, avançado, os dois pulmões estavam distendidos e, então, não tinha mais condição pra esse serviço. Tanto que qualquer esforçozinho que eu faço, ataca aquela canseira e começa a dor nas costas [...]* (Raimundo, 30 anos); [...] *o doutor passou esses remédios aqui, dá uma controlada. O médico disse que sarar não sara mais, fica desse jeito, paralisa... não pode mais mexer com depósito. Eu vou usando isso aqui quando dá falta de ar, dor de cabeça e vou levando... tem dia que dá conta de trabalhar, tem dia que não! O médico falou que melhorar não tem como... me dá medo, medo eu até já tenho, porque minha vida já encurtou bastante, diminuiu, eu tenho certeza disso [...]* (Manoel, 32 anos); [...] *o médico do trabalho falou que era pouquinho, que era pra eu parar senão iria agravar, e arrumar outro serviço que não tivesse nada de poeira [...]* (Dorival, 23 anos).

Pelo exposto, sete dos oito portadores são adultos jovens que têm seus projetos pessoais e sociais interrompidos, devido às incapacitações provocadas pela silicose ou por prevenção secundária. Para o homem com menos de 40 anos, de uma faixa etária altamente produtiva, o trabalho é uma das suas principais funções sociais. A necessidade de afastamento do trabalho pela doença causa baixa autoestima, dependência, com sentido de marginalidade.

Ainda, o prognóstico demarca as dificuldades do sistema previdenciário e do próprio sistema produtivo em lidar com os problemas da doença ocupacional. Destacamos que entre os informantes, seis não tinham contrato formal de trabalho.

Como forma de ser ativo e restabelecer a sua cidadania, os oito informantes expressam sobre a importância da prevenção, maior atuação dos empregadores e dos sistemas oficiais no controle da silicose, com a solidariedade e compadecimento com o futuro de outros trabalhadores que lidam com o "pó de pedra": [...] *o jeito é todo mundo parar de serrar pedra, ninguém mexer mais com pedra. Aí tem como prevenir. Eu acho que do contrário ninguém consegue prevenir, porque não existe máscara adequada para aquilo lá, todo jeito que você faz é poeira, água suja, aquele retorno tudo sujo. Então, é o seguinte: se você deu o começo, eles não vão te mandar embora porque, aí, prejudica eles. Tem que esperar, ficar nas últimas pra encostar. Têm uns que já foram embora do Guapé. Precisava de uma fiscalização mais rígida, não tem uma água adequada nesses depósitos pra beber, tem muita coisa errada, tem que ter coisas mais justas [...]* (Er-

nesto, 32 anos); [...] *eu acho que as firmas que mexem com pedra deviam tomar providência. Porque a gente também não imaginava que teria esse problema. Eu acho que na nossa região, a tendência disso é aparecer mais. Tem gente da minha época que ainda trabalha com isso até hoje. Quando a gente está trabalhando, é uma coisa com a gente. Se a gente tem qualquer problema, aí pronto, joga a gente de lado [...]* (Raimundo, 30 anos).

## DISCUSSÃO

O tempo de exposição do trabalhador à sílica é fundamental no surgimento das lesões pulmonares, logo, quanto maior for o tempo a esta exposição, maior o agravo à saúde. A silicose possui evolução lenta e insidiosa por volta de um período de dez a dezoito anos. No entanto, se a exposição for intensa, mesmo que menos prolongada, ou seja, inferior a cinco anos, a doença poderá ocorrer. A doença é caracterizada por fibrose progressiva do parênquima pulmonar. A dispneia aos esforços e a tosse são os principais sintomas e o exame físico, na maioria das vezes, não mostra alterações significativas no aparelho respiratório. Se expressa radiologicamente por meio de opacidades nodulares que se iniciam nas zonas superiores.<sup>2,10</sup>

O modelo biomédico afirma que, inicialmente, a silicose leva a problemas respiratórios pouco acentuados, tipo “*tossinha de leve*” e, com a sua evolução, aparecem os sintomas de dificuldades nas trocas gasosas, com dispnéia progressiva aos esforços, conforme apresentado por seis dos informantes.<sup>1</sup>

Culturalmente, a experiência do “*cansaço, da tosse leve e da dor no peito*”, num primeiro momento requereram soluções obtidas nos sistemas de saúde informal e familiar, com medicações caseiras. Conforme os sinais e sintomas foram se agravando, “*até de conversar, não sei se você já está percebendo, começa a faltar a voz, o fôlego começa a fugir*”, os participantes reconheceram que o corpo não estava normal, prejudicando o exercício do trabalho e das suas outras funções sociais. Nessa situação, há uma orientação adquirida no grupo sócio-cultural, de que a situação requer intervenção do sistema de saúde oficial, que tem no médico, o profissional de poder para resolução do problema.<sup>5-6,12</sup>

A trajetória de confirmação do diagnóstico, caracterizada pelo “*monte de exames*”, repetições frequentes dos mesmos, encaminhamentos de uma unidade de saúde para outra, de uma cidade para outra, certamente foi permeada pela incerteza,

angústia e sofrimento para os informantes e seus familiares.

Entendemos que o diagnóstico médico é um processo ritual e participar deste ritual, para uma doença ainda pouco reconhecida pelo próprio grupo de profissionais que atuam na atenção básica de saúde, é um processo desafiante tanto para a paciente como para o profissional. O médico faz uso de uma série de exames, que variam de acordo com suas crenças profissionais e recursos tecnológicos disponíveis, como RX, tomografia e outros.<sup>4</sup> Na visão dos informantes, a repetição de exames posterga a definição do diagnóstico, exige que eles percorram por serviços com melhores recursos diagnósticos, porém, distantes da cidade sua cidade de origem, sem apoio logístico e de recursos financeiros.

As narrativas dos informantes ainda nos levam a apreender que a falta de conhecimento sobre os riscos ocupacionais do trabalho de serrear pedras, é uma realidade coerente com suas características sociais, transparecendo que muitos minimizam a relação do “*pó de pedra*” com os seus sintomas e condições físicas. As percepções de invulnerabilidade para a doença são frequentes entre grupos da classe popular.<sup>12-13</sup>

Ao exporem sobre as abordagens culturais e sociais sobre o risco, autores esclarecem que os seres humanos percebem o mundo através de um filtro de valores e nele buscam os significados desse risco. Nessa perspectiva, os comportamentos são associados às representações que se formam na interação entre pessoas, diferindo de uma simples perspectiva cognitiva. Estas representações são mediadas por um complexo cultural que influencia a maneira pela qual os indivíduos percebem o risco, podendo levá-los a ações específicas, entre as quais a de ignorar sua possibilidade de ocorrência.<sup>13</sup>

É reconhecido que há uma construção social de indiferença por parte dos homens para cuidarem de si, pois, para ele, é constrangedor ficar na posição de paciente. Para o senso comum, o homem é forte; ter de procurar recurso médico profissional pode ser indicativo de fraqueza e dependência, o que já acarreta um grau de sofrimento.<sup>12,14</sup> Porém, não ser ouvido, certamente leva a um sentimento de impotência.

Com essa forma de pensar, a pessoa concebe-se como invulnerável e isto funciona como um modo de fechar os olhos, ignorar os perigos e não permitir questionamentos, principalmente entre o gênero masculino.<sup>14</sup>

Assim, a etiologia da doença relaciona-se com o contexto de trabalho de serrar a sílica, produzindo excesso de “*pó de pedra*”, associado aos aspectos ambientais e da natureza – “*ambiente fechado, sem ventilação, exposição ao vento e sereno*”, ou seja, causas externas ao indivíduo. Outros informantes acrescentam outras causas, como a fragilidade do corpo e ao destino. Embora tenham relatado que não usavam equipamento de proteção, principalmente da máscara, alguns registram a descrença na prevenção da doença. Novamente, a realidade do risco é negada e a responsabilidade pela doença é projetada a outros: a negligência dos empregadores, a falta de informação e a “*falta de sorte*”. Como exposto, as causas apresentadas são gerais e relacionais, isto é, a silicose foi causada pela relação do indivíduo com “*o pó de pedra*” e pelas características do seu ambiente de trabalho.

Em consequência, os informantes legitimam suas ideias sobre a formação da silicose por meio do próprio discurso médico, “*o médico disse...*”. Desse modo, o ponto de partida para tentar compreender a fisiopatologia da doença, baseia-se no modelo biologizante, na nocividade da atividade e do ambiente de trabalho.<sup>15-16</sup>

Para o tratamento da silicose é necessário que se tenha acesso a um especialista – um pneumologista, que não é um profissional constituinte de qualquer unidade de atenção à saúde. Assim, muitas vezes é preciso que o paciente se desloque a outras cidades, muitas vezes distantes, por várias vezes, sem que haja recursos de apoio para tal.

Os informantes também declaram que nem sempre as medicações são acessíveis, requerendo a sua aquisição com custos elevados, que repercutem nas condições financeiras familiares, já que nessa classe social, o homem é o principal agente de fornecimento dos recursos de sustento da família.<sup>12,14</sup>

A literatura médica sobre as pneumoconioses fibrogênicas devido à exposição à sílica é clara em afirmar de que a silicose não tem cura e o tratamento é paliativo, consistindo do imediato afastamento do trabalhador da ocupação e no uso de medicações para os sintomas respiratórios apresentados.<sup>1,3</sup>

Para todos os informantes, a gravidade da doença é reconhecida. A piora das condições fisiológicas e mentais causa prejuízos como: restrição da vida, perda da dependência, isolamento doméstico, abandono do emprego, internações frequentes, e outros.

O prognóstico, entendido como uma imagem de futuro apresenta-se sombrio, pois descortina a piora irreversível e ascendente das suas condições

físicas, que conta com o apoio do discurso padronizado dos profissionais de saúde, potencializando a lógica da incapacidade e da fatalidade.<sup>16</sup>

Os portadores de silicose percebem sua finitude, a fatalidade da condição; a morte está anunciada, mas eles não a externam, a colocam em suspensão, como estratégia de resignação, para mentalmente não sucumbir, pois a vida precisa continuar.<sup>15-16</sup> Destacamos que dois informantes, um de 36 e outro de 33 anos, foram a óbito algumas semanas após a entrevista.

Mesmo diante das adversidades provocadas pela silicose, a esperança é um sentimento valioso, que impulsiona os portadores da doença para a vida. Nesse sentido, a cultura latina é marcada pela resignação e pela esperança nas situações de doenças graves; agir com resignação é uma forma de enfrentar as consequências da silicose.<sup>12,15</sup> Quando acrescida da solidariedade pelos colegas que ainda atuam na “*serra da pedra*”, sem proteção adequada, num ambiente insalubre, sem respeito às normas de segurança no trabalho, possibilita o restabelecimento da força de existir.

O Programa Nacional de Erradicação da Silicose (PNES) propõe como meta, reduzir a incidência da doença até 2015 e eliminá-la como problema de saúde pública até 2030.<sup>3,10</sup> Apesar das ações já empregadas, ainda encontram-se casos de gravidade e que se repetem no mesmo local de trabalho, como observamos com vários dos nossos informantes. Os doentes estão inseridos em pequenas empresas, 50% estão no mercado informal de trabalho, o que dificulta o registro de casos e controle da exposição<sup>2</sup>, como também é o caso das pedreiras de Guapé.

Nesse contexto, a criação de tecnologias apropriadas de prevenção primária é um dos princípios fundamentais do PNES, assim como o desenvolvimento de uma política de formação e capacitação relacionadas com a gestão da saúde e a orientação dos serviços de saúde do trabalhador, para o desenvolvimento da vigilância à saúde dos trabalhadores expostos à sílica.<sup>3</sup>

A epidemiologia da silicose no nosso país revela situações de risco de exposição, principalmente no estado de Minas Gerais<sup>2</sup>. Não se pode perder de vista que essa doença ocupacional pode ser prevenida. Nesse sentido, ressaltamos o papel do enfermeiro do trabalho, diretamente envolvido na redução das taxas de incidência da doença e na sua eliminação, como problema de saúde pública, como também, no acesso ao cuidado diferenciado dos doentes em tratamento.<sup>17</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao identificarmos os sentidos atribuídos à silicose, entre oito trabalhadores de pedreiras adoecidos, de uma região do interior de Minas Gerais, sete com idade inferior a 40 anos e um com 59 anos, interpretamos o seu mundo na doença, esclarecendo o processo de construção das suas concepções e como elas estão incorporadas na linguagem e nas suas ações.

Com base em modelos explanatórios, a análise dos sentidos dados à experiência permitiu delimitar uma rede de significados que articulam idéias sobre as manifestações corporais do trabalho com o pó de sílica, as repercussões na vida pela busca do diagnóstico, no tratamento e no futuro, fornecendo interpretações específicas para a doença, contextualizadas no trabalho de homens jovens com a serra da sílica, da classe popular.

Compreendemos que o diagnóstico, o tratamento e a vida com silicose é permeada pelo sofrimento, pela ruptura dos projetos de vida, da perda da identidade social. A gravidade da doença é reconhecida, a possibilidade da morte é uma perspectiva, mas é posta em suspensão como estratégia de enfrentamento, de resgate do seu valor humano. Embora nem todos acreditem que os recursos protetores respiratórios possam evitar a doença, resta voltarem a ser ativos, questionando a responsabilidade dos outros e solidarizando-se com os colegas que ainda atuam em pedreiras. Para isso, os informantes se orientaram por uma lógica própria, integrando valores morais, conhecimentos tradicionais e discursos médicos.

Tais concepções, assim como os fatores contextuais – recursos financeiros, acessos a serviços de cuidado, necessidade de abandono do trabalho – influenciam a construção de comportamentos e, por isso, devem ser considerados na elaboração de campanhas de prevenção e programas de cuidado paliativo para os adoecidos pela silicose, em que o enfermeiro do trabalho pode ter papel vital de reconhecimento e de interlocução entre os demais profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde do trabalhador.

Os resultados deste estudo nos levam a incentivar os enfermeiros que atuam na Saúde do Trabalhador a investigarem as experiências de outros grupos culturais, como os assentadores de pisos e azulejos da construção civil, altamente vulneráveis à doença.

## REFERÊNCIAS

1. Barboza CEG, Winter DH, Seiscento M, Santos UP, Terra Filho M. Artigo de revisão: tuberculose e silicose: epidemiologia, diagnóstico e quimioprofilaxia. *J Bras Pneumol*. 2008 Nov; 34(11):959-66.
2. Carneiro APS, Campos LO, Gomes MF, Assunção AA. Perfil de 300 trabalhadores expostos à sílica atendidos ambulatorialmente em Belo Horizonte. *J Pneumologia*. 2002 Nov-Dez; 28(6):329-34.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pneumoconioses*. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.
4. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
5. Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Jan-Mar; 15(1):89-97.
6. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley (US): University of California Press; 1980.
7. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface: Comunic Saúde Educ*. 2002 Fev; 6(10):63-74.
8. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Santos E, Castro P, Souza SPS et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. *Rev Eletr Enf*. 2008 Jul-Set; 10(3):849-56.
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2):77-101.
10. Algranti E, Handar Z, Ribeiro FSN, Bon AMT, Santos AM, Bedrikow B. Exposición a sílice y silicosis em el Programa Nacional de Eliminación de Silicosis em Brasil (PNES). *Ciênc Trabajo*. 2004 Jan-Mar; 9(11):1-12.
11. Romanelli G. Famílias de classes populares: socialização e identidade masculina. *Cad Pesq NEP*. 1997; 3(1-2): 25-34.
12. Dazio EMR, Sonobe HM, Zago MMF. Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2009 Set-Out; 17(5):664-9.
13. Fonseca MGU, Peres F, Firmo JOA, Uchoa E. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Jan-Mar; 12(1):39-50.
14. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003 Jul-Set; 8(3):825-9.
15. Muniz RM, Zago MMF, Schwartz E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Jan-Mar; 18(1):25-32.

16. Caroso C, Rodrigues N, Almeida Filho N. "Nem tudo na vida tem explicação": exploração sobre causas de doenças e seus significados. In: Leibing A. Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): NAU Editora; 2004. p.145-73.
17. Azambuja EP, Kerber NPC, Kirchhof AL. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. Rev Esc Enferm. USP 2007 Set; 41(3):355-62.

Correspondência: Márcia Maria Fontão Zago  
Av. Bandeirantes, 3900  
Campus da USP  
14040-902 - Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: mmfzago@eerp.usp.br

Recebido: 28 de Abril de 2011  
Aprovação: 10 de Abril de 2012