



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

# **CONHECENDO A MULHER RURAL: UMA ANÁLISE SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA E PRÁTICAS DE SAÚDE**

**JUSSARA MÁXIMO DA SILVA**

**Área de Concentração:**

Saúde Coletiva

**Linha de pesquisa:**

Saúde, Cultura e Cidadania

2021

JUSSARA MÁXIMO DA SILVA

**CONHECENDO A MULHER RURAL: UMA ANÁLISE  
SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA E PRÁTICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade de Brasília  
– UnB como requisito para à  
obtenção do título de Mestre em  
Saúde Coletiva, sob orientação do  
Prof. Dr. Everton Luís Pereira

BRASÍLIA

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica elaborada pelo autor

SILVA, Jussara Máximo da Silva

CONHECENDO A MULHER RURAL: UMA ANÁLISE SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA E PRÁTICAS DE SAÚDE– 2021. 90 f.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr. Everton Luís Pereira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2021.

1. Mulheres Rurais 2. Acesso à Saúde 3. Autoatenção 4. Condições de Vida.

JUSSARA MÁXIMO DA SILVA

**CONHECENDO A MULHER RURAL: UMA ANÁLISE SOBRE  
CONDIÇÕES DE VIDA E PRÁTICAS DE SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – UnB. Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021.

---

Prof. Dr. Everton Luís Pereira  
Universidade de Brasília – UnB  
Orientador

---

Dra. Silvia Maria Ferreira Guimarães  
Universidade de Brasília – UnB  
Membro Externo / Titular

---

Dra. Dais Gonçalves Rocha  
Universidade de Brasília – UnB  
Membro Interno / Titular

---

Dra. Rosamaria Giatti Carneiro  
Universidade de Brasília – UnB  
Membro Suplente

Brasília – DF, 07 de julho de 2021

## **AGRADECIMENTOS**

Acima de tudo, agradeço ao SENHOR, que em sua graça, não só me concedeu vida e dons, mas também vida abundante. Sem Ele eu nada seria.

Aos meus pais (Luiz e Ana), pela educação, correção e amor que nunca faltaram e nunca irá faltar. Por todo esforço, para me proporcionar as melhores oportunidades de estudo dentro das possibilidades que a vida lhes deu, esforço esse que me fez chegar até aqui. São a minha inspiração para busca de uma vida melhor para NÓS.

Aos meus irmãos (Juliana e Isaque), por sempre me proporcionarem alegria, deixando a vida mais leve. São e sempre serão os pilares que me sustentam.

A minha grande amiga, Isabelly Ferreira que sempre esteve ao meu lado oferecendo amor e escuta, só posso agradecer por todo o companheirismo dividido ao longo dos anos.

Ao meu orientador, Everton Luís, por todo conhecimento (de vida e academia) dividido, pelas palavras de incentivo, e por todas as inúmeras risadas e saídas para os problemas nesses anos.

Ao Observa Mulheres Rurais, acreditem tem um pouquinho de vocês em cada linha desse trabalho. Em especial, ao Pedro Jabur que desde 2013 vêm acreditando e investindo em mim, minha gratidão.

A banca por aceitarem prontamente compor esse trabalho.

As mulheres assentadas, acampadas, as MULHERES DA TERRA que deram vida a essa pesquisa. Esse trabalho é de VOCÊS.

Finalmente (e não menos importante), ao companheiro que escolhi para dividir a vida, Anderson Dantas, palavras não são capazes de agradecer todo apoio, carinho e incentivo nessa caminhada, obrigada por ter acreditado em mim, quando eu mesmo cheguei a duvidar.

E a mim, com carinho por não ter desistido.

“Saúde é lutar por tudo aquilo que nos oprime.”

(MST)

## RESUMO

A situação de saúde da mulher abarca todos os aspectos da vida, como as condições de trabalho, moradia, renda, acesso a lazer, saúde e educação. É sabido que o contexto de vida rural, expõe as mulheres rurais diariamente a condições de carga e sobrecarga física, química, biológica que se traduzem em doenças, a falta de acesso à saúde, mesmo esse sendo um direito fundamental garantido a todos os cidadãos e podendo ser classificado como um dos determinantes essenciais da qualidade de vida, no entanto, quando se trata da população rural esse acesso é escasso. Essa dissertação pretende problematizar e discutir a complexidade do trabalho feminino, a dupla ou tripla jornada que a mulher do campo é submetida, a invisibilidade das suas ações, suas práticas de saúde e o seu papel nos movimentos sociais. Obtivemos como resultados receitas que retratam a produção do conhecimento acerca da compreensão das formas de autoatenção de mulheres rurais. Um Scoping Review, que traz as principais produções sobre trabalho, invisibilidade e práticas de saúde. Apontando a importância de se ampliar as visões sobre as concepções e práticas de saúde utilizadas por mulheres no contexto rural, embarcando a dimensão pública e política, sanando o acesso à saúde de outras formas.

**Palavras- Chaves:** Mulheres Rurais; Autoatenção; Acesso a Saúde; Condições de Vida.

## **ABSTRACT**

The health situation of women covers all aspects of life, such as working conditions, housing, income, access to leisure, health, and education. It is known that the context of rural life exposes rural women to daily conditions of physical, chemical, and biological burden that translate into diseases, the lack of access to health, even though this is a fundamental right guaranteed to all citizens and can be classified as one of the essential determinants of quality of life, however, when it comes to the rural population this access is scarce. This dissertation intends to problematize and discuss the complexity of women's work, the double or triple journey that rural women are submitted to, the invisibility of their actions, their health practices, and their role in social movements. We obtained as results recipes that portray the production of knowledge about the understanding of rural women's forms of self-care. A Scoping Review, which brings the main productions about work, invisibility and health practices. It points out the importance of expanding the views about the conceptions and health practices used by women in the rural context, embarking on the public and political dimension, healing the access to health in other ways.

**Keywords:** Rural Women; Self-Care; Access to Health; Living Conditions.

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1- Fluxograma da seleção de estudos na base de dados

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela I- Tipos de Publicação

Tabela II- Quantidade de Publicações por ano

Tabela III- Quantidade de Publicações por tipo de estudos

Tabela IV- Quantitativo de Receitas

Tabela V- Prevalência de Doenças e suas Receitas

Tabela VI- Quantitativo de Receitas de Autoatensão

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo I- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Anexo II- Comprovante de Submissão de Artigo a Revista Científica

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

CIT- Comissão de Intergestores Tripartite

CF- Constituição Federal

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DF- Distrito Federal

EC- Emenda Constitucional

ESF- Estratégia Saúde da Família

FHC- Fernando Henrique Cardoso

FS- Faculdade Ciências da Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDA- Ministério do Desenvolvimento Agrário

MS- Ministério da Saúde

MST- Movimento dos Sem Terra

NASF- Núcleo Apoia a Saúde da Família

NB- Núcleo de Base

SEAD- Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário da Casa Civil da Presidência da República

SUS- Sistema Único de Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PMAQ- Programa de Melhoria de Acesso e de Qualidade

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSIPCF- Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PRONAF- Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

PSF- Programa Saúde da Família

RIDE- Rede Integrada do Distrito Federal e Entorno

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNB- Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
2.1 Caminhar para a Atenção em Saúde .....	17
2.2 A História da Saúde da Mulher: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher .....	20
2.3 Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas: Breve Contextualização .....	26
2.4 O Movimento dos Sem Terra .....	29
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	33
3.1 Objetivo Geral .....	33
3.2 Objetivos Específicos .....	33
<b>4. CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....	34
4.1 Os percalços do trabalho de campo em contexto de pandemia e de pesquisa com o MST .....	34
4.2 Os processos Metodológicos .....	35
4.2.1 Scoping Review .....	35
4.2.2 Pesquisa Participativa .....	38
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
5.1 Artigo 1: A Pluralidade Feminina No Campo: Uma Análise Sobre As Condições De Vida Da Mulher Rural .....	41
5.2 Relato de Experiência: Práticas De Autoatenção: Um Relato De Experiência Com Mulheres Rurais.....	58
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	78
<b>8. ANEXOS</b> .....	80
8.1 Anexo I- Parecer Consubstanciado do CEP .....	80
8.2 Anexo II- Comprovante de Submissão à Revista Científica .....	84
8.3 Anexo III- Planilha do Scoping Review .....	85
8.4 Anexo IV- Fotos da Oficina .....	88

## 1. INTRODUÇÃO

Essa pesquisa está inserida na linha de pesquisa denominada Saúde, Cultura e Cidadania, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Visa o estudo da saúde das mulheres rurais. A escolha por essa temática se deve à inserção da pesquisadora nesse campo, em um Projeto de Extensão da Universidade de Brasília: “Construção do Perfil Sócio- Sanitário das Mulheres Rurais da Região do DF e Entorno”, condição que gerou uma situação propícia de interação para um plano de investigação.

Os objetivos deste trabalho versam sobre a possibilidade de compreender a diversidade das experiências da mulher rural e a gestão do cuidado de si e dos outros. Tendo como pano de fundo objetivos específicos que buscam analisar as questões que discorrem sobre a complexidade do trabalho feminino da mulher do campo, a invisibilidade das suas ações, o seu papel nos movimentos sociais, as práticas de saúde existentes no contexto de vida dessas mulheres, assim como as concepções do processo saúde- doença, identificando não apenas as práticas utilizadas, mas também os seus contextos de uso no enfrentamento das demandas de saúde. Além disso, alargar a produção do conhecimento acerca da compreensão das formas de autoatenção de mulheres rurais participantes da Oficina realizada no 1º Encontro Nacional de Mulheres Sem Terra, que aconteceu em Brasília em março de 2020. Com isso, o estudo pode ampliar as visões sobre as variadas formas de cuidado existentes no contexto rural, embarcando a dimensão pública e política.

É evidente a necessidade de se compreender que além do urbano, existe um espaço rural composto por inúmeras especificidades que exige uma organização diferente da urbana para a prestação dos serviços de saúde, garantia e acesso aos direitos. Acredita-se que esse estudo contribui para a compreensão e reflexão das necessidades na área de saúde, como também as diversas ferramentas e práticas utilizadas no enfrentamento de problemas relacionados ao processo saúde- doença- cuidado. Compreender como essas ações se dão em um microespaço, podem auxiliar na concretização de políticas públicas orientadas à integralidade em saúde, que é fundamental para os estudos da Saúde Coletiva. Dessa maneira, se faz necessário conhecer os “modos de fazer saúde” dessa população.

Esse projeto sofreu grandes modificações em função da pandemia do COVID- 19 e nas mudanças ocorridas no acampamento Marias da Terra, comunidade que seria objeto de estudo, no entanto, essas modificações serão detalhadas posteriormente.

Com base nessas considerações iniciais, adiante temos o referencial teórico para a contextualização do problema de pesquisa, caminho metodológico seguido, resultados e discussão, composto por dois artigos submetidos a revistas científicas, e por fim as considerações finais.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 O Caminhar para a Atenção em Saúde**

Na década de 1980, o sistema de saúde brasileiro passou por um processo de transformação, que se iniciou com o Movimento da Reforma Sanitária que defendia que o processo de saúde-doença não poderia ser esclarecido somente nas condições biológicas e ecológicas, mas que aliados a essas condições existiam os fatores sociais que influenciavam de forma direta no processo de adoecimento. A partir desse entendimento, seria possível aumentar as possibilidades de análises e intervenções.

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde foi efetivada como um direito de todos, e com isso se iniciou o processo da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse fato resultou em um grande avanço na área da saúde, uma vez que, o modelo vigente no país era hospitalocêntrico, centrado na figura do médico, oferecendo uma baixa resolutividade, que não era capaz de sanar as necessidades dos usuários (BRASIL, 2000).

A consolidação do SUS, deu à saúde uma nova roupagem. O que é descrito no artigo 196 da CF/88, que amplia o conceito de saúde,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art.º 196, Constituição Federal, 1988).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define o SUS como um sistema de caráter público, que se estrutura por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo, tendo como princípios básicos: universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária (BRASIL, 1990). Ainda nos anos de 1990, acontece a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), lançados pelo Ministério da Saúde (MS).

O PACS configurava-se como uma importante estratégia no aperfeiçoamento e na consolidação do SUS, oferecendo uma reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. O objetivo se caracterizava na ideia que o agente comunitário de saúde realizasse visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade, gerando

informações capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade.

O PSF veio com o objetivo de priorizar as ações de prevenção, promoção, e recuperação da saúde (BRASIL, 2001). Assim, substituindo o PACS, com seu caráter organizativo e aumento no acesso aos serviços de saúde. Em 2006, o PSF se estabeleceu como Estratégia de Saúde da Família (ESF), passou-se a entender que não poderia ser apenas um programa, com duração determinada, mas, sim uma estratégia de reorganização da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou Atenção Básica (AB), pode ser compreendida, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), como:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção, prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. (CONASS, 2004, p.7)

Já para Starfield,

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direciona para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar por terceiros. (STARFIELD, 2002, p.8)

Dessa forma, são características da AB: a atenção ao primeiro contato, que implica a acessibilidade do serviço pela população; a longitudinalidade, estabelecendo uma

atenção à saúde que acompanhe o indivíduo a longo prazo, de forma a estabelecer um vínculo entre os serviços e os sujeitos; a integralidade, que por meio de ações intersetoriais, proporcionando aos usuários a garantia dos serviços os quais necessitam; e de forma coordenadora do cuidado, ser a referência para estes usuários no sistema (STARFIELD, 2002, p. 62).

O lançamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica.

Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da Atenção Básica (AB) ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – Unidade Básica de Saúde com ou sem Estratégia Saúde da Família (Melo et al, 2018).

Em 2011 a grande mudança da PNAB foi a criação de diversas modalidades de equipes (entre elas equipes de rua, fluviais, ribeirinhas, entre outras) e o lançamento de dois importantes programas, o Requalifica UBS (que incluía reformas, ampliações, construções, informatização e os teles- saúde) e o Programa de Melhoria de Acesso e de Qualidade (PMAQ), além da expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 95, congelando os gastos públicos com saúde e educação por 20 anos, diante disso, a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, propôs uma nova PNAB, que foi aprovada no ano seguinte. A PNAB de 2017, apresentou grandes mudanças em relação às versões anteriores, como a diminuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a mudança do seu perfil, a priorização da AB tradicional em agravo a ESF, concedendo uma maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal.

Os princípios e diretrizes que compõe a PNAB e que são fundamentais para discussão, são:

1- Princípios:

a) Universalidade; b) Equidade; c) Integralidade.

2- Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede;
- i) Participação da Comunidade.

Os serviços e ações oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são pautados pela universalidade, integralidade, equidade e resolutividade, tendo como um dos seus objetivos “alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão” (BRASIL, 2013). Apesar do termo equidade, não estar presente na Lei nº 8.080/90, entende-se que ele se configura como um princípio doutrinário do SUS, tendo ligação direta com os conceitos de igualdade e justiça social. A equidade tem como um dos seus objetivos diminuir as desigualdades regionais no país.

## 2.2 A História da Saúde da Mulher: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A saúde da mulher no Brasil, possuía até anos atrás, um olhar reducionista a saúde sexual e reprodutiva, no início do Século XX tivemos a inserção da saúde da mulher nas políticas públicas. No entanto, somente em 1980, com a expansão do movimento feminista no país, os programas nacionais destinados à saúde da mulher começaram a ser vigorosamente criticados.

Em 1984 o Ministério da Saúde, cria o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha no seu arcabouço ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde. A assistência ginecológica à mulher, passa então a ser no pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e mama, e demais necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984). No mesmo ano, foram distribuídas pelas secretarias estaduais de saúde, documentos técnicos para orientação das ações básicas de assistência integral à saúde da mulher.

Em 2003 é identificada a necessidade de articulação com outras áreas técnicas, a fim de propor novas ações para atenção das mulheres rurais, pessoas com deficiência,

negras, indígenas, privadas de liberdade, lésbicas, além da participação nas discussões e atividades sobre a saúde da mulher e o meio ambiente (BRASIL, 2011).

Partindo disso, em 2004, foi instituída no nosso país a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o intuito de abranger as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais. A política se norteia a partir das questões relacionadas ao gênero, raça e etnia, com isso, rompendo com a limitação da saúde da mulher apenas sexual e reprodutiva, com o intuito de alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Em 2011, o Ministério da Saúde, em cooperação com diversos setores da sociedade, em especial, o movimento de mulher, movimento negro e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais, elaboram o documento com a 2ª reimpressão da PNAISM que traz uma série de diretrizes e objetivos gerais e específicos, sendo alguns deles:

- 1- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
- 2- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- 3- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2011).

É um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) identificar e integrar a noção das relações de gênero, ou seja, as desigualdades de poder e oportunidades para homens e mulheres nas suas práticas de saúde, tanto na gestão como na atenção e cuidado à saúde (BRASIL, 2007).

As mulheres compõem 51,8% da população brasileira (IBGE, 2019), e atualmente são as principais usuárias dos serviços de saúde. Comparecem aos serviços para o seu próprio atendimento, mas principalmente acompanhando familiares, amigos e vizinhos.

São cuidadoras de crianças, membros da família e de outras pessoas da comunidade (BRASIL, 2006).

A situação de saúde da mulher abarca todos os aspectos da vida, como as condições de trabalho, moradia, renda, acesso a lazer, saúde e educação. Os problemas de saúde das mulheres são acentuados por diversos fatores, como as diferenças nas relações de trabalho, raça, etnia e renda. As mulheres adoecem mais que os homens. A vulnerabilidade feminina frente a determinadas doenças e causas de morte está mais ligada a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004).

O perfil do processo saúde- doença- cuidado se diferencia no tempo e espaço, a partir da fase do desenvolvimento econômico, social e humano de cada território. Os indicadores de saúde, apontam que, as populações submetidas a situações de vida precárias estão mais suscetíveis ao adoecimento.

### 2.2.1 Saúde e Gênero

A desigualdade existente de poder entre homens e mulheres, reflete diretamente nas condições de vida e saúde das mulheres, as questões relacionadas ao gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

O gênero é visto como um componente constitutivo das relações sociais estabelecidas entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É organizado e sustentado com base em simbolismos, regras e instituições que definem parâmetros de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamentos admissíveis para homens e mulheres. No gênero está enraizado a singularidade de cada sujeito, sendo ímpar sua maneira de reagir ao que lhe posto em sociedade. É uma primeira forma de alcance de poder (SCOTT, 1989).

Hera (2005), vai nos dizer que gênero concerne ao grupo de relações, características, papéis, crenças e ações que estabelece o que significa ser homem ou ser mulher. Em boa parte das sociedades, as relações de gênero são desiguais. As disparidades de gênero se retratam nas políticas, leis e padrões sociais, de igual forma, nas identidades, posicionamentos e comportamentos da sociedade. As desigualdades de

gênero acentuam outras desigualdades, como as sociais, as de classe, as de raça, as de orientação sexual, as de etnia, as de religião e tantas outras.

Partindo da ideia de gênero, é necessário refletir a necessidade de se levar em consideração em todas as instâncias de ações em saúde a perspectiva de gênero, a fim de melhorar as condições de vida, igualdade e direitos da mulher. Com isso, podemos pensar em um conceito que vem ganhando força e espaço, principalmente a partir do movimento feminista que é a interseccionalidade.

Esse termo refere-se a um fundamento transdisciplinar que tem o intuito de compreender a complexidade das desigualdades sociais, das identidades através de um olhar integral. Indo muito além, do reconhecimento dos infindáveis sistemas de opressão que agem a partir das questões de gênero, raça, sexo, idade, religião, orientação sexual, etnia (Bilge, 2009).

Dessa maneira, a interseccionalidade trata exclusivamente da maneira pela qual o patriarcado, o racismo, as diferenças de classes e os outros sistemas de opressão formam desigualdades básicas que organizam as ações referentes às mulheres, raças, etnias, classe e tantas outras. Ademais, a interseccionalidade analisa a forma como as ações e políticas específicas geram formas de opressão, construindo olhares dinâmicos de desempoderamento (CRENSHAW, 2002).

Isto posto, o termo pode ser compreendido como uma das formas de reconhecer e identificar as diversas opressões, atuando como um instrumento de luta política. Parte da ideia de ser pensar coletivamente/ conjuntamente as formas de dominação, com o objetivo de não contribuir para sua propagação. “A interseccionalidade sugere que, na verdade, nem sempre lidamos com grupos distintos de pessoas e sim com grupos sobrepostos” (CRENSHAW, 2004, p. 9-10).

### 2.2.2 Gênero no Contexto Rural

As questões que abrangem as relações de gênero em contextos rurais tem se evidenciado de grande importância, uma vez que, os papéis de gênero tem influência direta nos cotidianos de trabalho das mulheres e por isso, é necessário para que se possa debater sobre saúde e trabalho da mulher rural no Brasil (NINA, 2014).

Diversos estudos demonstram que a mulher rural é associada desde cedo ao trabalho doméstico, sendo a casa naturalizada como seu espaço por excelência. O papel ocupacional da mulher ainda era, e em determinados lugares ainda é bastante limitado ao lar no cuidado com os filhos e com a casa, enquanto que ao homem são atribuídas atividades de cuidado com a terra, como cultivo e roçagem. Dessa maneira, as mulheres são associadas às atividades improdutivas e os homens as produtivas, sob a ótica econômica do núcleo familiar (HIRT, *et al.*, 2017; PERALTA e ALENCAR, 2008; COSTA e LOPES, 2012; OSTA, e NUNES, 2014; BESSA, 1999).

Destaca-se que, quando a mulher executa trabalhos fora do ambiente doméstico em atividades consideradas como produtivas junto ao marido, essas atividades são tidas como um auxílio ou extensão do trabalho doméstico, e não como uma profissão com reconhecimento e renda igualitária à dos homens. Segundo Martins (2016) cerca de 82% das mulheres rurais trabalham no campo, no entanto, são vistas como ajudantes da família, evidenciando a invisibilidade e desvalorização do trabalho da mulher no contexto rural (MARTINS, 2016).

Um estudo realizado por Peralta e Alencar (2008), demonstrou que a inclusão da mulher em atividades assalariadas e produtivas na perspectiva de geração de renda, apresenta uma realocação do papel da mulher no núcleo familiar e de igual forma na comunidade, assegurando a ela mais autonomia e independência nas decisões familiares, pois o não acesso ao poder aquisitivo posicionava a mulher um lugar de subordinação em relação ao homem, sendo a renda uma fonte de poder dentro da família (PERALTA e ALENCAR, 2008). No entanto, o mesmo estudo evidencia que a mulher ainda é enraizada no papel tradicional que lhe é atribuído há anos pela construção social, e ressalta o fato de lideranças femininas que trabalham na organização política da comunidade terem seu poder determinado através da anuência ou não do companheiro. Indicando que a independência financeira apesar de ser uma condição importante para a equivalência de gênero e indicador de mudança social, não expressão independência total nas decisões na esfera familiar, sobretudo no que tange a vida pública nas comunidades (PERALTA e ALENCAR, 2008).

Há outros estudos que salientam essa dificuldade de desvinculação da mulher aos afazeres domésticos. Ao passo que as mulheres vão assumindo lugares na produção, os homens não se encarregam de papel algum dentro das atividades domésticas (LOMBARDI, 2006; HIRT, *et al.*, 2017). Desse modo, a mulher assume duplas e triplas jornadas de trabalho, o que a leva a uma sobrecarga de obrigações, que Bervian e

colaboradores (2019) vai nos dizer que pode ser caracterizada como uma forma de violência (HIRT *et al.*, 2017; BERVIAN, *et al.*, 2019).

Segundo Costa e Nunes (2014), a maior parte das mulheres não possuem consciência da opressão de gênero a qual estão submetidas, uma vez que, as atividades domésticas estão a elas naturalmente ligas e desse modo podem até fortalecer esses papéis sociais (FACCIN, 2016; LIMA, *et al.*, 2014) como resultado do meio social que estão inseridas, mesmo que tenham uma carga de trabalho excessiva e cansativa (COSTA e NUNES, 2014; LIMA, *et al.*, 2014).

Compreender as questões implicadas nas relações de gênero é essencial para que se possa ter uma visão ampliada da saúde da mulher dentro de uma abordagem de integralidade. Desfazendo a assistência à saúde focada exclusivamente para o corpo biológico e expandindo o olhar para a resolução de problemas que afetam o corpo e o social da mulher rural. Rodrigues e colaboradores (2015), observam que, em razão da desigualdade de gênero, as mulheres são submetidas a situações mais estressantes e vivências psicológicas mais negativas que os homens (RODRIGUES, *et al.*, 2015).

A mulher que vive em áreas rurais, possui diversas dificuldades, entre elas, a dificuldade no acesso às informações, bens e serviços de saúde, que se constituem nas desigualdades das relações de gênero, de trabalho e de acesso geográfico (EBLING, *et al.*, 2015). Vários são os fatores responsáveis por essas dificuldades, o que acarreta na impossibilidade de diversas vezes se beneficiar de cuidados adequados com a saúde no contexto rural.

Dentre outras dificuldades, estão a de ordem sociais e culturais, econômicas, necessidades de saúde, informações restritas a respeito das demandas de saúde e dos direitos à saúde, e de igual forma, sobre a disponibilidade dos serviços. Essas dificuldades agem, geralmente, de forma conjunta na população rural, colaborando para a pouca procura e utilização dos serviços de saúde (VIEIRA, 2010). A fragilidade das mulheres rurais é exposta nas dificuldades mencionadas anteriormente, e também, está diretamente ligada, às desigualdades nas relações de gênero e de trabalho (BONFIM, 2013).

No entanto, as mulheres buscam estratégias para produzir saúde em seus contextos, como buscando informações, trocando informações entre si e com profissionais de saúde, essas mulheres vão reproduzindo e adquirindo conhecimento sobre o cuidado e sobre as práticas tradicionais de saúde. Tendo a liberdade de fazer suas escolhas, optando pela melhor forma de cuidado que avaliam ser eficazes e adequadas para as singularidades de cada uma delas e também de seus familiares, amigos e comunidade (TEIXEIRA, e OLIVEIRA, 2014).

Exposto isso, torna-se indispensável a junção de esforços para a estruturação de estratégias em saúde que atuem no sentido de ampliar e ajustar ações que subsidiem a construção de políticas públicas abrangentes e adequadas ao contexto que as mulheres se encontram inserida no ambiente rural (EBLING, *et al.*, 2015).

### 2.3 Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas: Breve Contextualização

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 2000). Diante disso, a saúde se consolida como um direito social, que deve ser garantido sem discriminação de raça, cor, religião ou condição socioeconômica, a saúde é um bem coletivo, pertencente a todos.

Em relação ao conceito de saúde, esse é indissociável do desenvolvimento socioeconômico, resultando em um desempenho voltado para a comunidade no combate dos determinantes sociais. Por muitos anos, o desenvolvimento socioeconômico dos países foi mensurado pelo indicador de nível de renda per capita, este indicador era responsável por avaliar a riqueza e o bem-estar social da população. Os variados níveis de renda direcionavam e ainda direcionam para a existência de desigualdades nas condições de saúde entre indivíduos e/ou populações que possuem maior ou menor poder aquisitivo.

A saúde é a consequência de uma rede social, familiar, comunitária, econômica e cultural de uma sociedade, que reflete as singularidades do contexto social. Conseqüentemente, a maneira como os indivíduos vivem, trabalham, se organizam dentro das suas redes, refletem em suas condições de vida e de saúde (Escorel, 2006).

Para a garantia do direito ao acesso à saúde por todos, temos como estratégia a criação e efetivação de políticas públicas de inclusão social e equidade, que acontece a partir de uma construção de um ambiente participativo e democrático, que se orienta pelas especificidades e diversidades de grupos populacionais existentes no nosso país. As ações e políticas surgem da necessidade de diminuir os riscos e agravos à saúde dos diversos grupos populacionais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal política de inclusão social que temos hoje para garantir o acesso aos bens e serviços de saúde. Um dos seus princípios norteadores é a equidade, que aponta em linha reta para as noções de igualdade e justiça social, tem como objetivo diminuir as desigualdades sociais e regionais no país; as ações de promoção a/da saúde surgem da compreensão de que a saúde não é ausência de doença, mas sim um conjunto de fatores ligados à qualidade de vida. Reconhecendo os diferentes modos de vida e saúde, respeitando e considerando que o direito à saúde perpassa os diferentes meios sociais e deve acolher todas singularidades e diversidades existentes nos diversos grupos populacionais. As políticas públicas, atuam com o enfoque de reduzir os impactos dos determinantes sociais da saúde e os contextos de vulnerabilidade que esses grupos estão submetidos. No que diz respeito, a equidade,

Igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. [...] Objetiva alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades especiais. (BRASIL, 2011).

As condições de vida e saúde das populações do campo, da floresta e das águas, por muitos anos foi ignorada pelo Estado, o que ampliava/amplia as desigualdades, uma vez que, a distribuição de terras ainda se concentra nos grandes latifúndios. Com intuito de sanar as desigualdades regionais no país, o Ministério da Saúde se empenhou desde a criação do Grupo da Terra em 2005, para a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) por reconhecer que as condições sociais, ambientais e econômicas determinam os processos de adoecimento dessas populações.

A PNSIPCFA teve o início de sua elaboração em 2011 (Portaria nº 2866/2011) a partir de debates com representantes dos usuários do campo, técnicos de secretarias, órgãos afins do Ministério da Saúde, e outros convidados. Mas, somente em 2013, a Política foi publicada reconhecendo as condições singulares e os determinantes sociais do campo, da floresta e das águas, tendo como principal objetivo a melhoria do nível de saúde, dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dessas populações (Brasil, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, nos diz que seu principal objetivo é,

[...] melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de

geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (BRASIL, 2013, p. 7)

Essa política nasce de vivências dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas que possuem seu espaço de representação ligado às questões agrárias, revelando o seu modo de viver e produzir, evidenciando outros temas como a saúde do trabalhador(a) rural e a constante defesa pelo SUS. Trata-se de uma política transversal, que pressupõe ações nas três esferas do governo. Para a elaboração de planos, projetos, programas e/ou ações de saúde para essas populações, a política traz no seu arcabouço alguns princípios e diretrizes que precisam ser seguidos para efetivação de um serviço/atendimento equitativo e de qualidade. Deverão seguir os seguintes princípios e diretrizes:

- 1 - Saúde como direito universal e social;
- 2 - Inclusão social;
- 3 - Transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde;
- 4 - Formação e educação permanente em saúde;
- 5 - Valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais;
- 6 - Promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental;
- 7 - Apoio à produção sustentável e solidária;
- 8- Participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo e da floresta nas instâncias de controle social em saúde;
- 9 - Informação e comunicação em saúde;
- 10 - Produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCF.

No entanto, a promulgação da PNISIPCF tem se revelado insuficiente na garantia de acesso aos bens e serviços de saúde. Desde a década de 80 é possível

acompanhar as conquistas com programas como Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, muito antes da PNSIPCFA, incorporou uma nova abordagem à saúde da mulher urbana e rural, tendo dentro das suas ações, questões referentes ao planejamento familiar, provendo políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção (NICOLAU, et al., 2012).

Nessa perspectiva, é essencial repensar o acesso aos bens e serviços de saúde da população, em âmbito individual e coletivo, em situações de vulnerabilidade e exclusão social, tais como mulheres em zona rural. É necessário prezar e preservar a pluralidade de culturas, realidades e contextos em que os diversos grupos estão inseridos, a singularidade dos anseios quando se pensa na saúde como um conceito amplo e que sofre interferência histórica, política, social e cultural (RUIZ, e GERHARDT, 2012). Dessa maneira, é evidente a necessidade de se compreender que além do urbano, existe um espaço rural composto por inúmeras especificidades que exige uma organização diferente da urbana para a prestação dos serviços de saúde.

Para que a efetivação da PNSIPCFA seja completa, é indispensável o envolvimento não só de setores como o da saúde, mas também de lideranças comunitárias, trabalhadores e a sociedade civil em geral. Isso acarreta estudar saberes e práticas que sejam capazes de dar voz aos anseios, sentimentos, percepções, aos indivíduos, elaborados para mediação das relações e dos processos de aceitação dos direitos mais especificamente de onde emerge a produção do cuidado como uma conexão seminal para a concretude da integralidade de fato e de direito mediante a garantia do acesso (FREITAS, 2018).

#### 2.4 O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

Nas últimas décadas, a ocupação se estabeleceu como uma das principais formas para o acesso à terra. A luta pela terra se intensificou ao longo dos anos, e as ocupações resultaram em milhares de assentamentos rurais por todo o país. Essas ocupações reivindicaram não apenas o direito e acesso à terra, mas deram vida a outra luta que é a Luta pela Reforma Agrária no Brasil. A luta pela terra é parte essencial para a compreensão da questão agrária. A Reforma Agrária é outra parte importante, por não ter se efetivado, as populações do campo, por meio, das ocupações intensificam essa luta, estabelecendo ao governo a efetivação de uma política de assentamentos rurais. A ocupação é o grito materializado da luta de classes.

O sistema de produção agrária predominante no Brasil, é marcado pela entrada do capitalismo no campo e pela Revolução Verde que lhe deu sustentação, apresenta-se cruel na sua maneira de apropriação, exploração, expropriação da natureza e da força de trabalho. (ABRASCO, 2015). O termo “Revolução Verde”, diz respeito às novas práticas agrícolas que suscitaram o aumento da produção agrícola, em meados de 1950 nos Estados Unidos e na Europa, e logo após em outros países. A criação e propagação de “novas sementes” surgiu como uma estratégia de findar com a fome mundial, o que não se esperava é que essas práticas resultariam em incontáveis impactos sociais e, principalmente, ambientais, prejudiciais ao homem e ao planeta.

Existem diversos movimentos da população do campo na luta pela terra e a consolidação da reforma agrária no país, no entanto, temos como principal movimento social da população do campo no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que teve sua criação em 1984 e seus objetivos se constituíam justamente na luta pela terra e pela reforma agrária. A essência da formação do MST está na sua espacialização e territorialização, porque carrega o sentido de resistência.

Na conformação do MST, os sem-terra desenvolveram diferentes metodologias de luta. São processos de resistências concebidos na trajetória de luta. As ações de luta são diferentes em todo o país. Durante seus mais de 30 anos, o MST proporcionou a conquista de terras para milhares de famílias. O movimento está presente em 24 dos 26 estados brasileiros. As áreas desapropriadas para assentamentos na maioria das vezes, não possuem infraestrutura, como saneamento básico, energia elétrica, acesso à saúde, cultura e lazer.

O MST ao longo da sua trajetória identificou a necessidade de expandir suas lutas para além da luta de terra e reforma agrária, passou a lutar por um conjunto de políticas para o campo, como o acesso ao crédito para a produção, habitação, infraestrutura, saúde, educação, lazer, cultura e outros, acrescentando um caráter político a luta (STEDILE; FERNANDES, 1999). Passou a organizar-se em esferas representativas, como coordenações de área, coordenações regionais, estaduais e nacionais e núcleos familiares. Essas esferas se subdividem em setores (saúde, educação, moradia, etc.) para a execução de atividades e debates específicos, a fim de se ter uma maior organização e que se tenha um espaço para discussão das necessidades de cada área.

#### 2.4.1 A Visão de Saúde do MST

Em relação a saúde, o MST trabalha com uma ideia abrangente do que se configura saúde, entendem que a saúde está condicionada ao acesso à “terra, trabalho, moradia, alimentação, educação, saneamento básico, transporte, saúde pública, cultura, meios de comunicação, energia elétrica – onde haja justiça, igualdade, participação e organização” (MST, 2000, p.12). Cabe ressaltar que o setor de saúde do MST completou em 2020, 22 anos de existência, atuando na conquista e no fortalecimento da saúde, lutando em defesa e respeitando os princípios do SUS, além de ressaltar os saberes e as práticas tradicionais em saúde, ressignificando o processo do cuidar, construindo a saúde de uma forma pluridimensional.

O setor saúde, desde a sua criação, empenha-se na produção de vivências que demonstram a saúde como uma consequência da melhoria das condições de vida, acesso à terra e à reforma agrária, evidenciando a relevância ao acesso aos bens e serviços de saúde, a educação, a moradia, ao saneamento básico. Essas vivências procuram evidenciar as variadas formas de cuidado à saúde das famílias, comunidades, com o objetivo de reconhecimento e valorização dos saberes e práticas de saúde.

Em relação a condição de saúde da mulher do campo, essa é marcada por impossibilidades de acesso às informações e ações de saúde. Diariamente, mulheres localizadas em espaços rurais demandam serviços de saúde no âmbito do SUS; porém, e ainda que já se tenham legitimado sua oferta e garantia nas letras normativas, muitas dessas usuárias se deparam com barreiras, sejam elas geográficas, logísticas ou sociais (DUCAN e TARGA, 2014). Atualmente as principais usuárias do SUS são mulheres (Brasil, 2004, p.9). No que se refere ao cuidado da saúde da mulher, Coelho et. al, vai dizer que,

[...] o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres. (COELHO, 2009, p.155)

Diversas foram as mudanças no papel social das mulheres nos últimos tempos. A mulher do campo, vem lutando pelo direito à terra, mas a luta pelo direito à saúde tem se intensificado no campo por essas mulheres. Oliveira e Meyer (2005, p. 8) enfatizam que é preciso entender que ‘mulheres diferentes têm necessidades diferentes de saúde’. Isso

remete que se é necessário olhar além das questões biológicas, mas se atentar também às circunstâncias de vida dessa população. Elas possuem uma tripla jornada, uma vez que trabalham nas lavouras, afazeres domésticos, cuidado de filhos e outros familiares, militância na luta social.

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo Geral

Compreender as condições de vida e saúde da mulher rural, no que tange a gestão do cuidado de si e da relação com o mundo.

#### 3.2 Específicos

- Identificar as condições de vida da mulher rural;
- Conhecer as relações de trabalho e saúde da mulher rural;
- Compreender as concepções e práticas do processo saúde-doença-cuidado e as diversas formas de autoatenção existentes no contexto rural.

## 4. CAMINHOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Os percalços do trabalho de campo em contexto de pandemia e de pesquisa com o MST

A proposta inicial era realizar uma pesquisa de campo que envolvia entrevistas e observação participante com mulheres residentes no acampamento Marias da Terra, localizado na zona rural de Sobradinho-DF. No entanto, logo após a aprovação do Comitê de Ética (CEP) e a qualificação, os rumos da pesquisa tiveram que ser mudados. Inicialmente, devido a pandemia do COVID- 19, impossibilitando o contato físico com as mulheres do acampamento. Diante do cenário de pandemia, foi se pensado na possibilidade de realizar ligações para executar a primeira parte do projeto de pesquisa que eram as entrevistas, com a esperança que o cenário da pandemia não fosse se agravar posteriormente, a observação participante no cotidiano dessas mulheres aconteceria. Mas, os rumos realmente mudaram, ao realizar contato com duas das mulheres que eram líderes no acampamento, fui informada que a pesquisa não poderia acontecer mais no local.

Não era apenas o COVID-19 que assolava o acampamento Marias da Terra, disputas políticas aconteceram. Segundo o relato das líderes, houve desentendimentos entre algumas famílias acampadas: de um lado famílias que apoiavam o governo Bolsonaro, de outro famílias que possuíam outras visões políticas. As brigas começaram a ser diárias, e ameaças começaram a acontecer. Mas, os desentendimentos foram além, durante a minha aproximação com a comunidade, através do projeto de extensão participei de algumas reuniões de mulheres, onde em uma delas houve um relato de uma situação de violência doméstica no acampamento. Segundo o relato, a violência acontecia há algum tempo contra a companheira e os filhos e não aguentando mais as constantes agressões físicas e verbais contra ela e os filhos, pediu ajuda para a liderança do acampamento, que decidiu pela expulsão do companheiro dessa mulher. No entanto, ele prometeu vingança contra o acampamento, e realmente cumpriu sua promessa. Esse senhor, ainda segundo as informações que recebi, ao saber sobre os desentendimentos que estavam acontecendo dentro do acampamento, viu uma oportunidade diante da vulnerabilidade que o grupo se encontrava. Propôs aos companheiros que, então, apoiavam o governo atual que executassem um plano para a tomada do acampamento e que fosse instalada uma nova liderança.

O plano de vingança ocorreu, às famílias da liderança e outras famílias que compactuavam do mesmo pensamento, foram expulsas a base de tiros no meio da noite, homens armados ameaçaram as pessoas de morte, e tomaram a liderança do acampamento. As famílias, não puderam recolher seus pertences, saíram com seus filhos sem poder olhar para trás. Diante disso, a recomendação dessas líderes é que eu não fosse mais ao acampamento Marias da Terra, porque o mesmo não fazia mais parte do seguimento Movimento dos Sem Terra (MST), e também por existir um perigo à vida, pois, já na guarita de acesso ao acampamento homens armados faziam a segurança do local. Fiz contato após isso, com o líder estadual do setor de saúde (residente do acampamento), que relatou a mesma história e reforçou o pedido para que eu não fizesse contato com o atual grupo por uma medida de segurança.

Os ventos mudaram, e essa pesquisa teve que se ajustar aos desafios impostos. No contexto em que nos encontramos, a saída encontrada foi utilizar os dados do projeto de extensão com a autorização do coordenador da época, para que eu não precisasse começar do zero uma nova proposta, e de igual forma, por ter participado da construção de coleta dos dados.

## 4.2 Os processos metodológicos

Os resultados que compõe esse trabalho parte de dois processos metodológicos distintos, mas que se encontram e se encaixam no decorrer da análise. O primeiro se trata de um *Scoping Review* e o segundo de uma Pesquisa Participativa, que discutiremos à frente.

### 4.2.1 Scoping Review

Os dados que serão apresentados são fruto de um recorte temático do *Scoping Review*, realizado dentro do Projeto de Extensão da Universidade de Brasília: “Construção do Perfil Sócio-Sanitário das Mulheres Rurais da Região do DF e Entorno”. Esse projeto possuía como objetivo principal desenhar o perfil sócio- sanitário das mulheres rurais que compunha a Região Integrado do Distrito Federal e Entorno (RIDE), identificando as demandas objetivas e subjetivas das mulheres rurais do Distrito Federal e entorno, no que diz respeito ao acolhimento, ao acesso e aos serviços ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS).

A escolha pela realização do *Scoping Review*, se deu primeiramente com o intuito de conhecer o campo e as produções científicas existentes sobre a temática da saúde da mulher rural no Brasil, e por essa, ser uma abordagem conhecida de revisão sistemática eficaz na sintetização, de forma objetiva e ampla das evidências científicas. Além disso, porque é abrangente, o que é essencial para explorar o campo existente da temática, compreendendo etapas claras para a realização das buscas com elevado padrão de rigor e processos rígidos e contínuos. O *Scoping Review* possibilita esquematizar o corpo literário em países, anos e contextos específicos, sobre temas, práticas e serviços também bem definidos, abrangendo disciplinas e/ou áreas de pesquisas singulares ou semelhantes, sendo capaz de ser utilizada, inclusive para explicar como métodos específicos são pesquisados e publicados. (ARKSEY e O'MALLEY, 2005; BRIEN, 2010; MAYO, *et al.*, 2013; BRIGGS, 2014).

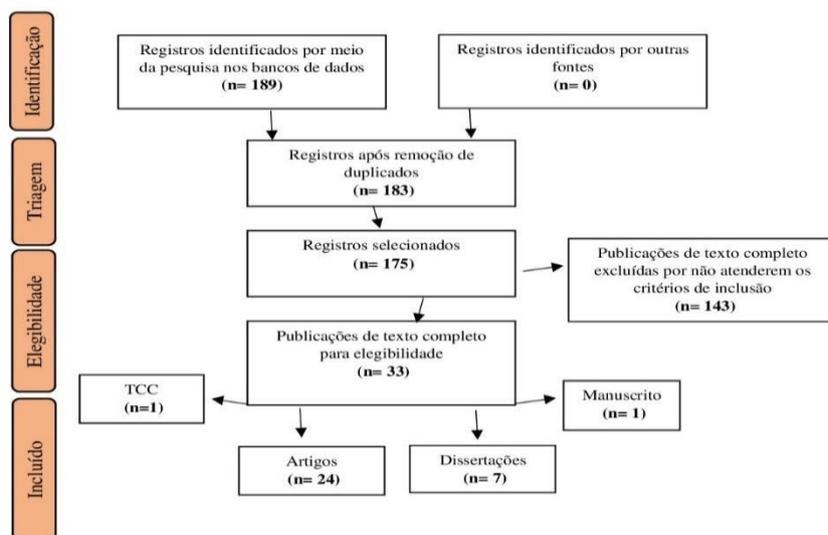
A partir desses aspectos, a estrutura metodológica desta pesquisa se deu pelas etapas: identificação da pergunta de pesquisa para o recorte; identificação e seleção dos estudos para a revisão; definição dos dados; coleta e reporte dos resultados (ARKSEY e O'MALLEY, 2005; BRIEN, 2010; MAYO, *et al.*, 2013; BRIGGS, 2014).

Com isso, e partindo da necessidade de conhecer a literatura científica a respeito da saúde da mulher em áreas rurais do Brasil, a pergunta que nos norteou para realizar o recorte temático foi: “O que tem sido estudado sobre as condições de vida e saúde das mulheres rurais no Brasil?”

O levantamento das publicações relacionadas à temática estudada, foi realizado em 4 bases de dados – *BVS*, *LILACS*, *SCIELO* e *Google Acadêmico*, utilizando os descritores identificados nos tesaurus DeCS. Foram identificados nas bases 189 estudos. Desses, 6 foram excluídos por serem duplicados, restando um total de 183. Após a leitura de título e resumo, excluíram-se 8, ficando um total de 175 estudos, isso no que diz respeito a base de dados geral do referido projeto.

Para essa dissertação, no entanto, 142 publicações foram excluídas por não fazerem parte do recorte temático das condições de vida das mulheres rurais. As construções do planejamento de busca foram ajustadas a cada categoria existente dentro base do projeto, tendo como palavras chaves: “Saúde da mulher rural”; “Trabalho da mulher rural”; “Práticas tradicionais de saúde” “Saberes e práticas de saúde”; “Serviços de saúde”, subsidiaram a formação da amostra de 33 estudos selecionados, todos realizados no Brasil, sendo eles, 24 artigos, 7 dissertações, 1 manuscrito e 1 trabalho de conclusão de curso (TCC), conforme ilustrado na figura<sup>1</sup>.

**Figura 1:** Fluxograma da seleção dos estudos nas bases de dados



Fonte: Própria.

Apesar de não ter sido definido um recorte temporal para a busca do material, o registro das publicações nos periódicos sobre mulheres rurais no Brasil data a partir de 1999. Todos os estudos publicados até novembro de 2019 foram incluídos nesta pesquisa. Foram preestabelecidos alguns critérios de inclusão, selecionando publicações que envolvessem estudos sobre assuntos que discutiam o acesso aos bens e serviços de saúde, condições de vida e saúde de mulheres residentes em áreas rurais, sendo de base populacional ou não. Dos 33 estudos selecionados nas bases de dados, a tabela 1 apresenta a distribuição por tipo de publicação:

**Tabela 1:** Tipos de publicação

Tipo de Publicação	Quantidade de publicações
<b>Artigo publicado em Periódico</b>	<b>21</b>
<b>Revisão de Literatura</b>	<b>3</b>
<b>TCC: Graduação</b>	<b>1</b>
<b>Dissertação de Mestrado</b>	<b>7</b>
<b>Manuscrito</b>	<b>1</b>

Fonte: Própria.

A sistematização dos dados ocorreu por intermédio de algumas etapas: pré-análise, exploração do material, categorização dos resultados obtidos e interpretação. O material selecionado passou por um processo de organização, leitura e releitura que

ocasionou na construção de quatro categorias que compuseram a análise, conforme poderá ser visualizado no Artigo 1 dos resultados e discussão.

#### 4.2.2 Pesquisa Participativa

A oficina que originou os resultados que serão apresentados no segundo artigo, aconteceu por intermédio e como do projeto de extensão “Construção do Perfil Sócio-Sanitário das Mulheres Rurais da Região do DF e Entorno”, projeto que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, sob o número de parecer Nº 3.923.983 (Anexo I) do qual a autora foi pesquisadora.

Essa oficina ocorreu no dia 06 de março de 2020, no parque da cidade Sarah Kubitschek no evento denominado 1º Encontro Nacional das Mulheres Sem Terra. O convite para a participação da oficina ocorreu em chamadas sempre nos intervalos entre as atividades, nos dias 05 e 06 de março e também no estante do projeto que contava com uma abordagem e ação de registro denominado “Clínica Aberta”, que consistia no movimento de expor uma oficina para participação de quem por ali passasse. Dessa maneira, foram distribuídos cartazes de papel pardo com molduras de tecidos estampados com chita, fitas coloridas de cetim, integrando cortina e brilho para um espaço de acolhimento das aproximações e escutas que viriam, e desenhos de objetos que remetem ao universo rural, com questões disparadoras para as mulheres rurais responderem com suas percepções. Sempre que alguma mulher parava para contribuir ali, era convidada a participar da oficina que aconteceria no dia 06 no período da tarde.

A oficina alcançou 3 rodas de mulheres, totalizando 35 mulheres participantes, que ao chegarem assinaram uma lista de presença que contava com seu nome, CPF, telefone e localidade, dando dessa forma, sua anuência e consentimento para a participação. A oficina contou temas disparadores sobre protagonismo, demandas de saúde com direito a um momento de automassagem, quem é a mulher rural em formato de desenho e a confecção de receitas de saúde, cuidado e autocuidado, que gostariam de compartilhar. Dessa forma, o sentido da oficina foi trazer a perspectiva de compartilhamento de saberes e protagonismo nas práticas de saúde. Teve um alcance nacional de participação das mulheres rurais, de diversas faixas etárias, todas as participantes faziam parte do Movimento dos Sem Terra.

Para Spink e Medrado (1999), as oficinas são práticas discursivas, dessa forma, compreendem formas pelas quais os indivíduos criam sentidos sobre eventos a sua volta e se posicionam em relações sociais cotidianas. Já para Ressel et al. (2008), a oficina é uma estratégia facilitadora da troca entre os indivíduos e da possibilidade de coconstrução de significados, cujos os procedimentos metodológicos antemão parecem articular grupos sociais, estratégias de dinâmica de grupo (Méllo, et al., 2007).

Na primeira roda foi desenvolvida uma conversa para que as mulheres se apresentassem, falando seus nomes, regiões e o que gostavam de fazer para que pudesse gerar uma proximidade e afinidade entre as participantes. Após todas as apresentações, a condutora da oficina (autora desse trabalho), propôs um momento de relaxamento, que consistia em realizar técnicas básicas de automassagem, com o intuito não apenas de proporcionar minutos de descanso, mas poder oferecer as essas mulheres um momento de olhar para si, se perceber, sentir os seus corpos.

Esse momento desencadeou a pergunta para a segunda roda de conversa: “Quem é a Mulher Rural?”. Essa pergunta originou um desenho que será discutido a frente nos resultados (segundo artigo). As mulheres puderam descrever em palavras e em um desenho de representação quem ela eram e são.

Na terceira e última roda, o grupo foi subdividido em três, sendo explicado a proposta de que elas escrevessem receitas para os males mais diversos da vida, com a ideia de que outras pessoas pudessem ter acesso aos conhecimentos que elas possuíam sobre saúde, cuidado, autocuidado. As receitas produzidas nessa etapa da oficina subsidiaram os resultados do relato de experiência.

Foram produzidas cento e vinte receitas, escritas pelas trinta e cinco mulheres que participaram desse momento, que puderam dividir entre si e com outros os seus saberes sobre produção de saúde e cuidado. Essas receitas foram sistematizadas em três categorias de análise, sendo eles: (1) Plantas Medicinais; (2) Remédios Alopáticos, técnicas e práticas Biomédicas (3) Autoatenção. Sendo submetidas à análise de conteúdo, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. As categorias foram definidas após a leitura de todo o material, dando o caráter exploratório da pesquisa, considerando tendências, convergências e divergências que emergiram do material. Durante a escrita dessas receitas, as participantes trocaram suas experiências sobre o conhecimento de chás, remédios caseiros, remédios alopáticos, técnicas,

demandas em um diálogo sobre construir e fazer saúde. Serão apresentados aqui essas receitas que falam sobre o cuidado, autocuidado, práticas, técnicas e contextos de saúde que essas mulheres utilizam no cotidiano para produzir saúde nos seus territórios.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5. 1 Artigo 1**

#### **A PLURALIDADE FEMININA NO CAMPO: UMA ANÁLISE SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA DA MULHER RURAL**

#### **Feminine Plurality in the Countryside: An Analysis of Rural Women's Living Conditions**

##### **RESUMO**

A situação de saúde da mulher abarca todos os aspectos da vida, como as condições de trabalho, moradia, renda, acesso a lazer, saúde e educação. É sabido que o contexto de vida rural, expõe as mulheres rurais diariamente a condições de carga e sobrecarga física, química, biológica que se traduzem em doenças. Esse artigo pretende problematizar e discutir a complexidade do trabalho feminino, a dupla ou tripla jornada que a mulher do campo é submetida, a invisibilidade das suas ações, suas práticas de saúde e o seu papel nos movimentos sociais. Esse estudo trata-se de um recorte temático de um Scoping Review, onde foi investigado as produções científicas existentes que abordam como tema central “Mulheres em Contextos Rurais no Brasil”.

**Palavras- Chaves:** Mulheres Rurais; Trabalho da mulher rural; Práticas e saberes de saúde; Invisibilidade Feminina.

##### **ABSTRACT**

The health situation of women encompasses all aspects of life, such as working conditions, housing, income, access to leisure, health, and education. It is known that the context of rural life exposes rural women daily to conditions of physical, chemical, and biological burden and overload that translate into diseases. This article intends to problematize and discuss the complexity of women's work, the double or triple journey that rural women are submitted to, the invisibility of their actions, their health practices, and their role in social movements. This study is a thematic section of a Scoping Review, which investigated the existing scientific productions that address as central theme "Women in Rural Contexts in Brazil".

**Keywords:** Rural Women; Rural Women's Work; Health Practices and Knowledge; Female Invisibility.

## INTRODUÇÃO

Para se pensar no cuidado da mulher rural é necessário refletir que não existe uma mulher rural, mas múltiplas mulheres rurais, e que estas vivenciam inúmeras dificuldades. A mais evidente delas, é a sua condição de vida precária que associado a outras condições como de trabalho, renda, saúde sujeita esse grupo à diversas dimensões de desamparo social, familiar, político e econômico. Em um processo dialético, as mulheres rurais, ao mesmo tempo, modificam suas condições de vida, redimensionam espaços, ressignificam e reinventam suas relações sociais, e principalmente interferem nas concepções do processo saúde- doença- cuidado. O objetivo desse estudo é investigar as produções científicas existentes que abordam como tema central “Mulheres em Contextos Rurais no Brasil”, abrindo uma leque para discussão sobre a complexidade do trabalho feminino, a dupla ou tripla jornada que a mulher do campo é submetida, a invisibilidade das suas ações, suas práticas de saúde e o seu papel nos movimentos sociais.

Pensando que essas condições mencionadas anteriormente modificam a vida dessas mulheres, há estudos que nos apresentam dados de que a realidade da população rural é desafortunada, principalmente no que diz respeito à renda e escolaridade, uma vez que, essas condições são entendidas como maneiras de viabilizar o acesso ao bem-estar social, no entanto, como podemos ver nos estudos de Pinto, *et al*<sup>1</sup> a renda dessa população chega a ser de um à dois salários mínimos, e quanto à escolaridade, verificou-se a média de quatro anos de estudo. Em uma outra pesquisa<sup>2</sup> realizada com 50 mulheres em uma comunidade no Ceará, identificou que a baixa escolaridade e renda foram evidentes de modo que 37 mulheres (74%) possuíam no máximo o ensino fundamental e 46 mulheres (92%) possuíam renda familiar de até R\$500,00.

Esses fatores atingem diretamente o acesso aos bens e serviços de saúde, no Brasil o acesso da população rural aos serviços de saúde é um grande desafio da Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup> pois, não tem conseguido abarcar a complexidade do campo, sua amplitude e dificuldade geográfica. As condições de vida e saúde das populações do campo, da floresta e das águas, por muitos anos foi ignorada pelo Estado, o que ampliava/amplia as desigualdades, uma vez que, a distribuição de terras se concentra nos grandes latifúndios. Com intuito de sanar as desigualdades regionais no país, o Ministério da Saúde se empenhou desde a criação do Grupo da Terra em 2005, para a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)<sup>4</sup> por reconhecer que as condições sociais, ambientais e econômicas determinam os processos de adoecimento dessas populações.

A PNSIPCFA teve o início de sua elaboração em 2011 (Portaria nº 2866/2011) a partir de debates com representantes dos usuários do campo, técnicos de secretarias, órgãos afins do ministério da saúde, e outros convidados. Mas, somente em 2013, a Política foi publicada reconhecendo as condições singulares e os determinantes sociais do campo, da floresta e das

águas, tendo como principal objetivo a melhoria do nível de saúde, dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dessas populações <sup>4</sup>. Essa política nasce de vivências dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas que possuem seu espaço de representação ligado as questões agrárias revelando o seu modo de viver e produzir, evidenciado outros temas como a saúde do trabalhador (a) rural e a constante defesa pelo SUS. Apesar de todos os esforços a PNSIPCFA, tem se revelado insuficiente na garantia de acesso aos bens e serviços de saúde. Pensando na realidade das mulheres e o seu acesso a esses bens e serviços de saúde, o IBGE revela que 51,8% da população brasileira são mulheres e que essas são as principais usuárias dos serviços de saúde<sup>5</sup>.

A situação de saúde da mulher abarca todos os aspectos da vida, como as condições de trabalho, moradia, renda, acesso a lazer, saúde e educação. Os problemas de saúde das mulheres são acentuados por diversos fatores, como as diferenças nas relações de trabalho, raça, etnia e renda. As mulheres adoecem mais que os homens <sup>6</sup>. É sabido que o contexto de vida rural, expõe as mulheres rurais diariamente a condições de carga e sobrecarga física, química, biológica que se traduzem em doenças (físicas e psicológicas), no não reconhecimento dos papéis desempenhados. É evidente a necessidade de se compreender que além do urbano, existe um espaço rural composto por inúmeras especificidades que exige uma organização diferente da urbana para a prestação dos serviços de saúde, garantia e acesso aos direitos.

Acredita-se que esse estudo contribui para a compreensão e reflexão das necessidades na área de saúde, as diversas ferramentas e práticas utilizadas no enfrentamento de problemas relacionados ao processo saúde- doença- cuidado e como as demais condições de vida dessas influenciam nesses processos. Compreender como essas ações se dão em um microespaço, podem auxiliar na concretização de políticas públicas orientadas à integralidade em saúde. Dessa maneira, é necessário se conhecer os “modos de vida” dessa população.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

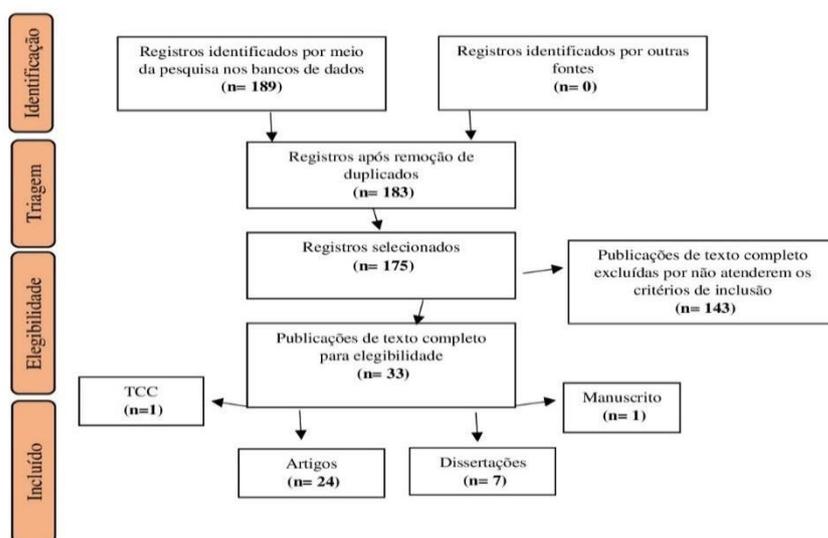
Essa pesquisa trata-se de um recorte temático de um Scoping Review, realizado dentro do projeto de extensão “Construção do Perfil Sócio- Sanitário das Mulheres Rurais da Região do DF e Entorno”, desenvolvido pela Universidade de Brasília, que possuía como o objetivo identificar as demandas objetivas e subjetivas das mulheres rurais do DF e entorno no que diz respeito ao acolhimento, ao acesso e aos serviços ofertados no SUS.

Com isso, a partir da necessidade de conhecer a literatura científica a respeito da saúde da mulher em áreas rurais do Brasil, nos norteou a pergunta: “O que tem sido estudado sobre as condições de vida e saúde das mulheres rurais no Brasil?” para realizar o recorte temático desse estudo.

O levantamento das publicações relacionadas à temática estudada, foi realizado em 4 bases de dados – BVS, LILACS, SCIELO e Google Acadêmico, utilizando os descritores identificados nos tesaurus DeCS. Foram identificados nas bases 189 estudos. Desses, 6 foram excluídos por serem duplicados, restando um total de 183. Após a leitura de título e resumo, excluíram-se 8 por não se enquadrarem aos critérios de inclusão, ficando um total de 175 estudos, isso no que diz respeito a base de dados geral do referido projeto.

Para esse estudo, no entanto, 142 publicações foram excluídas por não fazerem parte do recorte temático. As construções do planejamento de busca foram ajustadas a cada categoria existente dentro base do projeto, tendo como palavras chaves: “Saúde da mulher rural”; “Trabalho da mulher rural”; “Práticas tradicionais de saúde” “Saberes e práticas de saúde”; “Serviços de saúde”, subsidiaram a formação da amostra de 33 estudos selecionados, todos realizados no Brasil, sendo eles, 24 artigos, 7 dissertações, 1 manuscrito e 1 trabalho de conclusão de curso (TCC), conforme ilustrado na figura<sup>1</sup>.

Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos nas bases de dados



Fonte: Própria.

Apesar de não ter sido definido um recorte temporal para a busca do material no projeto geral, o registro das publicações nos periódicos sobre mulheres rurais no Brasil data a partir de 1999. Todos os estudos publicados até novembro de 2019 foram incluídos nesse estudo. Foram preestabelecidos alguns critérios de inclusão, selecionando publicações que envolvessem estudos que discutiam o acesso aos bens e serviços de saúde, condições de vida e saúde de mulheres residentes em áreas rurais, sendo de base populacional ou não.

A sistematização dos dados ocorreu por intermédio de etapas: pré-análise, exploração do material, categorização dos resultados obtidos e interpretação. O material selecionado passou por um processo de organização, leitura e releitura que ocasionou na construção de eixos que compuseram a análise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no referencial teórico e para melhor sistematização do conhecimento estruturou-se os resultados em eixos de análise. Os eixos que construíram a análise desse estudo foram quatro: (1) Trabalho; (2) Invisibilidade Feminina; (3) Práticas Tradicionais em Saúde e (4) MST e os Movimentos sociais. Durante a leitura crítica do material dentro dos eixos mencionados, 213 trechos foram identificados como os achados e resultados mais relevantes do estudo que detalhavam as condições de vida que a mulher rural é submetida, o que gerou o surgimento de outros temas subjacentes que reafirmam essas condições, como as relações de trabalho, a dimensão social do trabalho, acidentes de trabalho, a divisão do trabalho, (não) empoderamento feminino, o auto cuidado, os saberes e práticas, a autopercepção da saúde, o uso de plantas medicinais e por fim o papel dos movimentos sociais nessas relações.

O recorte aqui analisado reúne publicações entre 2003 a 2019. Entre os anos de 2003 e 2009 existem poucas publicações sobre o tema. Um aumento significativo nas publicações pode ser notado, logo após a elaboração e promulgação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta em 2012, como demonstrado na tabela 1:

Tabela I. Quantidade de Publicações por Ano

<b>Ano</b>	<b>Quantidade de Publicações</b>
2003	1
2005	1
2008	2
2009	1
2010	5
2011	1
2012	4
2014	3
2015	2
2016	4
2017	2
2018	5
2019	1

Fonte: Própria.

É necessário destacar que da amostra de artigos selecionada para o debate sobre a mulher rural, grande parte dos estudos segue uma natureza qualitativa, que se utiliza de diversas técnicas. Dos métodos utilizados nos 33 estudos aqui analisados, houve predominância de três tipos de metodologias.

Os estudos qualitativos a partir de entrevistas, os estudos quantitativos transversais a partir de entrevistas e de análise de dados. A predominância do método de entrevista, atesta que a forma mais aplicada para a produção de dados sobre essa população se constrói a partir de vínculos, mesmo que pequeno, pontualmente, feito pelas entrevistas.

Tabela II. Quantidade de Publicações por tipo de Estudo

<b>Tipos de Publicação</b>	<b>Quantidade de Publicações</b>
Artigo Publicados em Periódicos	21
Dissertação de Mestrado	7
Revisão de Literatura	3
TCC: Graduação	1
Manuscrito	1

Fonte: Própria

A utilização de metodologias qualitativas nos estudos sobre a saúde das mulheres rurais aponta um objetivo de descobrir e agregar questões mais subjetivas aos significados das relações, das organizações sociais e da forma de vida da mulher do campo. Dessa maneira, a prevalência dos estudos qualitativos demonstram interesse por averiguar as estruturas sociais, procurando entender o *querer-dizer* das estruturas para essa população.

### 3.1 Trabalho

Nesse eixo, compreende-se trabalho como as atividades que permeiam o cotidiano dessas mulheres, as quais envolvem as tarefas domésticas e atividades rurais na busca por sobrevivência; o trabalho se relaciona ainda com questões de saúde, gênero, ciclos de vida e meio ambiente, é a partir do trabalho que o indivíduo constitui um espaço comum e coletivo. O trabalho é compreendido nessa pesquisa a partir dos resultados encontrados, como um agente transformador e libertador, inerente a condição de vida dessas mulheres, a condição de vida humana. O trabalho possui um significado ímpar, uma vez que, é por meio intermédio dele que as relações de poder

são reajustadas, que adquirem autonomia financeira, de escolha, que usufruem e proporcionam de qualidade de vida. O trabalho é para as diversas mulheres rurais emancipador.

Poucas são as publicações sobre a mulher e suas condições de trabalho, 19 estudos foram analisados para a composição desse eixo. Os estudos realizados sobre a temática, permanecem restritos a um determinado grupo, município ou região, impossibilitando uma análise da situação da mulher brasileira, que vive e trabalha no campo, em um contexto geral <sup>7, 8, 9, 10, 11, 12.</sup>

Como já mencionado anteriormente não existe uma mulher rural brasileira, genérica, absoluta e única, existem diversas mulheres rurais de canto a canto do país, que são plurais por viverem no e do campo, mas singulares na conformação daquilo que fazem nesse campo, dessa maneira, as pesquisas de natureza qualitativa revelam a diversidade e a complexidade de ser mulher rural, demonstrando- se ser tão necessárias.

O trabalho preenche parte do dia e da história das mulheres, que encaram rotinas complicadas que exigem disposição física e psicológica, uma vez que à mulher é incumbido a administração e manutenção da casa, além de ter que estar com o companheiro no roçado. Em sua grande maioria essas atividades não são compartilhadas com os demais indivíduos do núcleo familiar, sendo efetuadas unicamente por elas e quase sempre não são ditas como trabalho, mas reconhecidas como “ajuda”, “auxílio”. <sup>9</sup>

Segundo Vieira<sup>13</sup>, a marcante presença da mulher na função rural se concentra no trabalho não remunerado e no autoconsumo. Essas atividades chegam a ocupar 74,9% das mulheres que vivem no contexto rural e revelam uma diferenciação entre o trabalho masculino e feminino na agropecuária, demonstrando a subordinação do papel feminino. Nesse contexto, mais uma vez é possível observar que nas atividades é comum predominar a mão de obra feminina não remunerada, tais como lavoura e pecuária, a mulher é vista como uma ajudante no núcleo da família, sendo provedora do alimento da família.

Por isso, o viver em contextos rurais determina para as famílias uma rotina ligada a um trabalho incessantemente rodeado por perigos e possibilidades para acidentes dos quais devem se proteger <sup>8</sup>. Nota-se que o trabalho no cenário rural demonstra o importante status, a ele concedido e sempre revelado de maneira dúbia, em que beneficia tanto a saúde como a doença, pois ao mesmo tempo em que media as interações materiais e sociais, igualmente evidencia infortúnios do clima, e causam temor com o plantio, colheita e o uso de agrotóxicos. <sup>7</sup>

O trabalho rural expõe os indivíduos todos os dias a cargas e sobrecargas físicas, psicológicas, químicas e biológicas, que vão se transparecer em um conjunto de doenças, traumas e/ou acidentes a ele relacionado, como a exemplo, dermatites, conjuntivites, desidratação, câibras, dispnéia, infecções respiratórias, oscilações da pressão arterial e ferimentos <sup>13</sup>. Nesse mesmo

estudo ainda irá se destacar a carga biopsíquica que esses indivíduos são sujeitados, que caracteriza indicadores de desgaste expressos por dores das mais diversas, como de dores na coluna vertebral, dores torácicas, lombares, de cabeça e tensão nervosa.

Além disso, Barros e Teixeira<sup>14</sup> trazem um importante agravo à saúde da população rural, que é a intoxicação pelo uso dos agrotóxicos, que vem provocando incapacidades para o trabalho, devido a extensos períodos de internação, as dores de cabeça que se tornam crônicas, à disfunção ou perda de órgãos (fígado e rins), de igual forma os casos de autoextermínio, que vem indicando associação à intoxicação e às frágeis condições de vida e trabalho na área rural.

Diversos autores vêm evidenciando essa exposição de mulheres trabalhadoras rurais ao uso de agrotóxicos. Revelando os mais distintos problemas de saúde que decorrem da exposição, sendo de natureza ambiental, ocupacional, aguda e crônica. No caso das mulheres, essa exposição tem se tornado um dos principais fatores de adoecimento das mulheres trabalhadoras rurais, destacando-se alguns tipos de câncer, em especial da tireoide e os distúrbios do sistema reprodutivo.<sup>14, 15, 16, 17, 18, 19</sup>

### 3.2 Invisibilidade Feminina

Apesar do trabalho das mulheres fora de casa ser uma fonte de renda essencial para a família, o seu acesso ao mercado abala as relações de poder no núcleo familiar e provoca conflitos domésticos. Os companheiros se sentem ameaçados em perder o papel principal de provedor familiar. Nesse eixo, a invisibilidade feminina se revela, quando para alguns, a mulher trabalha porque o companheiro “permite” ou “manda”, revelando que o trabalho da mulher possui um status de ajuda, ou seja, possui uma importância menor se comparado ao trabalho do homem.<sup>20</sup>

Nesse eixo, foram analisados 10 estudos, onde podemos compreender que a invisibilidade feminina surge em um contexto de muito trabalho e pouco reconhecimento. Invisibilidade essa que considera os diversos papéis desempenhados por essas mulheres como apenas uma extensão do afazer doméstico, ignorando o fato dessas mulheres se empregarem plenamente às atividades não apenas reprodutivas, mas igualmente as produtivas. Dessa maneira, não sendo reconhecidas como trabalhadoras e cidadãs.

Ao encontro disso, Martins relata que cerca de 82% das mulheres rurais trabalham no campo, no entanto, não são reconhecidas como trabalhadoras e sim como ‘ajudantes’ da família, validando a invisibilidade e a desvalorização dos papéis exercidos pela mulher no contexto rural.

Os trabalhos desempenhados pelas mulheres são considerados com um grau de importância inferior por estarem ligados a espaço doméstico, a reprodução da família, de outro lado, os trabalhos realizados pelos homens tinham mais importância por estarem associados ao mercado, produzindo renda. Devido ao acesso e controle da renda, esse é uma fonte de poder dentro do núcleo familiar. Seguindo essa lógica, quando os homens desempenham atividades consideradas femininas como cuidar dos filhos, da casa, lavar roupas, consideram que sua honra está sendo atingida porque isso revela a comunidade que ele não têm autoridade sobre a companheira, que não consegue dominar a mulher, e dessa forma, não sendo capaz de prover o sustento da família. Na busca de preservar o domínio e sua 'honra' exigem que as mulheres se encarreguem do cuidar da casa, o que gera diversos conflitos domésticos.<sup>20</sup> As mulheres são cruelmente criticadas quando decidem assumir papéis fora de casa, porque culturalmente o dever das responsabilidades domésticas é das mulheres, e isso não poderia ser infringido. No entanto, isso acontece com mulheres rurais e urbanas, mas o que diferem uma da outra se encontra que a mulher rural ainda possui como obrigação as com a lavoura e as questões políticas da sua comunidade.

Uma grande parte da ocupação diária da mulher rural se encontra no trabalho não remunerado e no autoconsumo. Vieira<sup>13</sup> diz que essas atividades chegam a ocupar 74,9% do quantitativo de mulheres que vivem em áreas rurais, e isso evidencia uma diferenciação entre o trabalho masculino e feminino dentro da agropecuária, revelando mais uma vez o papel invisível e subordinado que a mulher rural é submetida.

Em relação a essas ocupações, é retratado em um outro estudo, que o apoio oferecido é quase inexistente, principalmente quando a mulher se restringe ao papel de dona de casa e a pequenos afazeres no roçado e pesca. A invisibilidade feminina é retratada na renda (R\$) também, quando apesar de executar um conjunto infinito de atividades, sua renda é inferior à renda masculina. Lombardi, em estudo realizado em 2006, mostrou que 34% das mulheres ganhavam até um salário mínimo, apenas 19% dos homens aferiam essa renda. Cerca de 28% das mulheres e 41% dos homens ganhavam entre um e dois salários mínimos. Acima de quatro salários mínimo, 14% dos homens e nenhuma mulher.<sup>22</sup>

A partir dessa divisão do trabalho e evidente desvalorização do trabalho feminino existente dentro das famílias, destaca-se a relação entre o êxodo rural e a invisibilidade do trabalho das mulheres.<sup>23</sup>

Barbosa ressalta que a identidade da mulher ainda se encontra ligada a ideia da mesma como reprodutora, visão produzida de forma social e cultural. Mas, isso vem mudando por intermédio das inúmeras organizações e lutas, a trabalhadora rural tem alcançado seu espaço no que diz respeito a criação e consolidação de espaços de trabalho, geração de renda e a conquista

de direitos sociais.<sup>24</sup> Isso é reflexo do empoderamento feminino, a luta social e a incessante busca por igualdade, direitos gerando transformação nas relações de gênero no âmbito rural.

Podemos perceber que há uma linearidade na forma com que a invisibilidade da mulher rural se estabelece, na dificuldade que existe em dividir atividades produtivas e não produtivas, e assim, assumi-las como importantes, uma vez que, no rural é complexo a divisão entre núcleo familiar, produtivo e reprodutivo, o que gera o não reconhecimento das mulheres como trabalhadoras rurais, agricultoras familiares.

### 3.3 Práticas (Tradicionais) de Saúde

Entende-se aqui por práticas tradicionais de saúde, os conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais, técnicas corporais que são conhecimentos passados de geração para geração, saberes que se utilizam de plantas medicinais para a produção de curas no corpo e na alma, é dita como um modelo no cuidado familiar e comunitário. Nesse eixo, foram analisados 11 estudos que expõe uma visão sobre as práticas de saúde utilizadas no contexto rural.

No entanto, o modelo de saúde vigente no nosso país é focalizado no atendimento em postos de saúde e hospitais, onde a prioridade é direcionada ao tratamento de doenças. Em relação a população rural, essa possui uma grande dependência dos serviços públicos de saúde. Encaram diariamente diversas iniquidades de acesso aos bens e serviços de saúde.<sup>25, 26</sup>

O acesso aos bens e serviços de saúde, apesar de ser reconhecido como um direito fundamental, é permeado por obstáculos que comprometem esse acesso da população rural aos cuidados mais básicos e fundamentais de saúde. Essa população dispõe de menor cobertura médica, menor cobertura por planos de saúde e pior situação de saúde.<sup>13</sup> Hoje, a população rural brasileira corresponde a 15,28% da população nacional.<sup>27</sup>

Entender o que significa saúde e doença é essencial para se estabelecer uma estruturação de formas de cuidado, que necessitam de uma atuação que abranja a pluralidade de situações e a riqueza das experiências, pois, os significados são infinitos entre os indivíduos, a comunidade, família e etc.<sup>7</sup> Essa mesma autora, complementam que é necessário compreender também o que é o meio rural, quem são e quais os papéis desempenhados pelos atores sociais que vivem e convivem nesse cenário e de igual forma seu entendimento sobre saúde- doença, são indispensáveis.

Em estudo realizado por Scopinho<sup>16</sup>, é apresentado uma estratégia que vem sendo utilizada e tem gerado resultados em vários assentamentos e acampamentos que é a organização e consolidação de coletivos de saúde. Esses coletivos buscam implantar ações de saneamento

ambiental, recuperar e conservar o conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais utilizando como estratégia a produção de hortas e a manipulação de medicamentos, a partir disso, organizar discussões sobre relações familiares, proteção ambiental, soberania alimentar e a participação nos Conselhos Municipais de Saúde.

É no dia a dia do campo que se observa as práticas de cuidado da mulher, quando elas transmitem o conhecimento sobre suas relações e as materializam em diálogos, plantas medicinais, afeto, fé, apoio social, redes, família, entre tantas palavras de importância simbólica. As práticas de cuidado realizadas neste território retratam parte da cultura, ou do valor cultural.<sup>28</sup> Freitas, ressalta ainda que há uma delicadeza na maneira como a necessidade de variação dessas práticas de saúde se efetua no dia-a-dia, não se limitando às práticas oriundas da medicina tradicional ou mesmo dos saberes e práticas que são passados de geração em geração. Mas, se distinguem quais são os desejos e necessidades, e assim, definir o tratamento a ser conduzido.<sup>28</sup>

Evidenciou-se um extenso conhecimento sobre o uso de plantas medicinais entre as mulheres entrevistada em um estudo realizado por Oliveira<sup>29</sup>, essas mulheres relataram que o conhecimento adquirido veio de forma oral transmitido por familiares, como pais e avós. Diversos estudos<sup>16, 25, 26, 30, 31</sup>, revelam que uma boa parte da população rural utiliza como primeiro recurso, quando se sentem enfermos, as plantas medicinais, o conhecimento da sua utilização é transmitido de geração para geração. Apenas quando e se a doença se complicar, é que a assistência médica por meio de uma unidade básica de saúde na cidade é procurada. É notório que o cotidiano da mulher rural é rodeado por afazeres e preocupações que são habituais de todas as mulheres. De acordo com a revisão bibliográfica, o uso da medicina popular é uma realidade diária. Essas mulheres fazem o uso de variados chás, remédios tendo como pilar o conhecimento ancestral, mas não apenas, há também a troca de saberes entre si.

Teixeira e Oliveira<sup>32</sup> relatam que as mulheres rurais vão aprendendo e ensinando sobre saberes e práticas populares de saúde na arte do cuidado, tendo várias fontes de informações (família, comunidade, profissionais de saúde), para que possam fazer suas escolhas com convicção, definindo aquelas que classificam como mais efetivas e apropriadas para as singularidades de cada uma, dos seus familiares e da comunidade que residem. Ricardo e Stotz<sup>33</sup> pontuam que o conhecimento e o uso de plantas medicinais retratam as concepções existentes sobre o processo de saúde- doença- cuidado dessa população. As ações observadas nas práticas de saúde, direcionam os conceitos em relação à etiologia, diagnóstico, efetividade, recursos e métodos terapêuticos. Contrapondo-se à rigidez da medicina moderna, na prática popular há possibilidades para o diálogo e inclusão de novos elementos, sejam esses elementos racionais ou não.

A relação do indivíduo com a natureza e com o divino são alguns dos elementos que devem ser observados na compreensão dos saberes e práticas populares.<sup>34</sup>

Diante disso, temos os alimentos por exemplo não apenas como uma fonte de nutrição, mas em muitas sociedades são reconhecidos como remédios, partindo de uma infinidade de significados simbólicos.<sup>35</sup>

Em um estudo realizado em 2011, os entrevistados pontuaram de maneira enfática o valor e significado de se consumir alimentos saudáveis, sem agrotóxicos, frescos e de preferência cultivados pela família para preservação da saúde, compreendida como equilíbrio e energia de fatores individuais, naturais e sociais.<sup>36</sup>

#### 4.4: MST e Movimentos Sociais

Os movimentos sociais do campo, tem se destacado no que tange a organização das mulheres rurais na procura dos seus direitos na qualidade de trabalhadoras e na incessante luta da visibilidade das suas atividades, de igual forma a procura de muitas para aprimoramento dos seus conhecimentos no trabalho rural.<sup>11</sup>

Schaaf<sup>37</sup> realizou uma pesquisa no Rio Grande do Sul, onde foi observado que as mulheres rurais tinham uma atuação intensa na comunidade, buscando alterar a imagem tradicional da trabalhadora rural sem valor, desconsiderada, invisível e silenciada. A autora, segue destacando que os movimentos sociais são espaços preciosos para discussão e reflexão, os movimentos se baseiam em lutas sobre o que são os direitos e seus significados, politizando aquilo que não é político.

No Movimentos dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), a cooperação é estruturada a partir de objetivos comuns a fim de resolver problemas. Essa organização tem sido aplicada como regra essencial nesse processo, não se restringindo apenas a organização e gerenciamento do processo de produção, mas de igual forma, em todas as dimensões da vida diária, entre elas os cuidados com a saúde.<sup>16</sup>

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreender as questões implicadas nas relações entre trabalho, saúde, participação social e invisibilidade da mulher é essencial para que se possa ter uma visão ampliada das situações vivenciadas pelas mulheres rurais dentro de uma abordagem de integralidade. Uma parte significativa do tempo das mulheres é gasto em atividades de trabalho dentro e fora de casa, o que acarreta um prejuízo à saúde dessas mulheres, uma vez que, a sobrecarga de afazeres compromete

seu acesso aos bens e serviços de saúde. Mas, devemos pontuar também que as mulheres rurais na sua pluralidade e singularidade na execução dos seus 'afazeres', possuem um papel primordial e essencial que vai de encontro a produção, reprodução e manutenção social da agricultura familiar, seu papel no âmbito público é capaz de gerar renda o que proporciona a família uma melhoria na condição financeira, e isso, se funde ao seu papel doméstico que gera a família qualidade de vida e bem-estar.

Desvelar o cotidiano dessas mulheres, conhecer suas concepções de saúde- doença, suas experiências de vida e trabalho amplificam as possibilidades de entendimento sobre suas demandas, o que abre um leque de possibilidades para novos diálogos sobre o trabalhar, o cuidar e o viver no rural. O trabalho das mulheres rurais necessita ser reconsiderado, retratado como trabalho produtivo, independentemente se realizado no âmbito público ou doméstico, para que assim, o acesso aos direitos sociais e de saúde sejam mais efetivos, partindo de uma perspectiva que ao reconhecer o trabalho, reconheço os seus direitos e a reconheço como mulher.

## REFERÊNCIAS

1. Pinto, A. et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 3545-3555, 2016. ISSN 1413-8123. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001103545&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103545&nrm=iso) >.
2. Nicolau, A; Dantas, Renata; Gadelha, Ana Paula; et al. Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, n. 1 SE-Artigo Original, 2012.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 82 p
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 1 ed; 1 reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: MS; 2007. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. Riquinho, D. A outra face dos determinantes sociais de saúde: Subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
8. Wunsch, S. População rural e enfermagem: uma revisão bibliométrica. *Rev Enferm UFSM*, v. 2, n. 3, p. 539-546, 2012.
9. Oliveira, D.; Nina, M. Ambiente e saúde da mulher trabalhadora: transformações numa comunidade da Amazônia brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 1162-1172, 2014.
10. Ebling, D. et al. As mulheres e suas lidas : compreensões acerca de trabalho e saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 13, p. 581-596, 2015.

11. Marques, A. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 365-371, 2014. ISSN 1413-8123.
12. Barbosa, C. et al. Atuação do enfermeiro como educador em saúde junto às mulheres rurais; SE - Seminários, Simpósios e Mesas Redondas. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care*, v. 7, n. 1, 2017.
13. Vieira, R. Análise de Atendimentos de Emergência a Trabalhadores Rurais num Hospital de Nova Friburgo - RJ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.
14. Barros, L; Teixeira, C. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte. *Saúde debate*, v. 42, n. 2, p. 394-406, 2018.
15. Menegat RP, Fontana RT. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 1º de julho de 2010. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7810>
16. Scopinho, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1575-1584, 2010
17. Junior, A. Agricultura familiar e saúde em zona rural: um estudo de caso sobre vulnerabilidade socioambiental no município de Frei Inocêncio, Médio Rio Doce, Minas Gerais. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012
18. Cezar-vaz, et al. Abordagem socioambiental na enfermagem: focalizando o trabalho rural e uso de agrotóxicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, p. 1179-1187, 2016.
19. Souza, S. Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. *Rev Bras Med Trab*, v. 16, n. 4, p. 503-508, 2018.
20. Peralta, E. A., Edna. Ecoturismo e Mudança Social na Amazônia Rural: Efeitos sobre o papel da mulher e as relações de gênero. *Campos*, p. 109-129, 2008.
21. Martins, B. Gênero, empoderamento e mulheres rurais. V Congresso em desenvolvimento social. 2016
22. Lombardi, M. Desenvolvimento rural e gênero: A participação das mulheres na organização de um movimento social - o caso de Crabi - PR. Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE/Campus Toledo, Paraná, 2006.

23. Faccin, R. O trabalho de mulheres assentadas: Descortinando desigualdades. Programa de Pós-Graduação em extensão rural, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Santa Maria, 2016.
24. Barbosa, C. et al. Atuação do enfermeiro como educador em saúde junto às mulheres rurais; SE - Seminários, Simpósios e Mesas Redondas. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care, v. 7, n. 1, 2017.
25. Kassouf, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Revista de Economia e Sociologia Rural, v. 43, p. 29-44, 2005.
26. Garmelo, L.; e Juliana, L. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. SAÚDE DEBATE, v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018.
27. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016.
28. Freitas, N. A. D. Mediações da integralidade do cuidado no cotidiano das mulheres do campo em uma comunidade de Assentados. p. 152-152, 2018/03 2018.
29. Oliveira, A. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde rural no Brasil. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.
30. Farias, A. Mulher no Campo: Os desafios para acesso aos serviços de saúde pública. Camargo - Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.
31. Fernandes, G., Astrid. A. Família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. Cogitare Enferm, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2010.
32. Teixeira, C.; Oliveira, D. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 1341-1353, 2014.
33. Ricardo, L.; Eduardo, S. Educação popular como método de análise: relações entre medicina popular e a “situação-limite” vivenciada por trabalhadores do movimento dos trabalhadores rurais sem-terra. Rev APS., v. 15, n. 4, p. 435-442, 2012.
34. Clarindo, M. Medicina Popular e comunidades rurais da região da serra das almas, Paraná: O amálgama cosmo-mítico-religioso tradicional. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2014.

35. Zillmer, J; Schwartz, E.; Muniz, R. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 1371–1378, 2012.
36. Ricardo, L. O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
37. Schaaf, A. Jeito de mulher rural: a busca de direitos sociais e da igualdade de gênero no Rio Grande do sul. *Sociologias*, v. v, n. 10, p. 412-442, 2003.

## 5. 2 Relato de Experiência

### **PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM MULHERES RURAIS**

### **SELF-CARE PRACTICES: AN EXPERIENCE REPORT WITH RURAL WOMEN**

#### Descrição de Experiências

Jussara Máximo da Silva, identificador ORCID: 0000-0002-3858-7455, Universidade de Brasília (UnB)

Everton Luís Pereira, identificador ORCID: 0000-0002-7771-1594, Universidade de Brasília (UnB)

Endereço Institucional: Faculdade de Ciências de Saúde (FS), Departamento de Saúde Coletiva, Campos Univ. Darcy Ribeiro s/n - Asa Norte, Brasília - DF, 70910-900

Baseado em Dissertação de Mestrado. Título: Conhecendo a Mulher Rural: Uma análise sobre condições de vida e práticas de saúde. Universidade de Brasília (UnB), 2021, pgs. 66.

## **RESUMO**

O acesso à saúde é um direito fundamental garantido a todos os cidadãos e pode ser classificado como um dos determinantes essenciais da qualidade de vida, no entanto, quando se trata da população rural esse acesso é escasso. Essa pesquisa objetiva alargar a produção do conhecimento acerca da compreensão das formas de autoatenção de mulheres rurais participantes da Oficina realizada no 1º Encontro Nacional de Mulheres Sem Terra, que aconteceu em Brasília em março de 2020, onde foi utilizado como método a pesquisa participativa. A partir do resultados obtidos pode-se ampliar as visões sobre as concepções e práticas de saúde utilizadas por mulheres no contexto rural, embarcando a dimensão pública e política, sanando o acesso à saúde de outras maneiras, isso ficou evidenciados através das receitas produzidas que puderam retratar diversas formas de ações de autoatenção que perpassaram os três eixos de análise desse estudo.

Palavras- Chaves: Acesso a saúde; Autoatenção; Mulheres Rurais; MST.

## **ABSTRACT**

Access to health is a fundamental right guaranteed to all citizens and can be classified as one of the essential determinants of quality of life, however, when it comes to the rural population this access is scarce. This research aims to broaden the production of knowledge about the understanding of the forms of self-care by rural women participating in the workshop held at the 1st National Meeting of Landless Women, which took place in Brasilia in March 2020, using participatory research as a method. From the results obtained, one can broaden the views about the conceptions and practices of health used by women in the rural context, embarking on the public and political dimension, healing the access to health in other ways, this was evidenced through the recipes produced that could portray various forms of self-care actions that permeated the three axes of analysis of this study.

Keywords: Access to Health; Self-Care; Rural Women; MST.

## 1. INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um direito fundamental garantido a todos os cidadãos e pode ser classificado como um dos determinantes essenciais da qualidade de vida, no entanto, os estudos relatam que quando se trata da população rural esse acesso é escasso.<sup>1, 2, 3, 4</sup> Essa população enfrenta dificuldades que perpassam o acesso geográfico, a falta de profissionais de saúde e a falta de infraestrutura na rede de saúde da sua região, mesmo diante de tantos impasses, a população rural é dependente dos serviços públicos de saúde, tendo uma mínima vinculação aos de planos de saúde suplementar.<sup>5</sup>

A população rural atualmente, representa 15, 28% da população brasileira, sendo 209,5 milhões de pessoas em 2018.<sup>6</sup> O acesso aos serviços e bens de saúde interfere, de forma direta, em todas as condições de vida dessa população, em especial na vida de mulheres rurais que são o destaque desse estudo. Em estudos de Melo<sup>7</sup>, Salvaro<sup>8</sup> e Schwendler<sup>9</sup>, evidenciam que a organização diária do e no campo exige dessas mulheres um rearranjo nas duplas, triplas jornadas de trabalho que envolvem o seu dia, como trabalhar na roça, trabalhar fora da comunidade, cuidar dos afazeres domésticos, cuidar dos filhos e companheiro, e muitas vezes, cuidar de vizinhos e amigos.

Isto posto, esse cuidado perpassa a procura por unidades de saúde, por meio da utilização de remédios alopáticos, homeopáticos ou mesmo o uso de plantas medicinais, que vem do conhecimento geracional.

Este texto discutirá as formas como as mulheres cuidam de si próprias e dos outros, o que nos remete ao conceito de autoatenção de Menéndez<sup>10</sup>. O autor entende as práticas de autoatenção como ações que as pessoas utilizam na esfera individual ou coletiva para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir condições que alterem sua saúde, sem a interferência direta de profissionais da saúde. Para Menéndez<sup>10</sup>, a autoatenção é analisada a partir de dois pontos de partidas: um amplo, que abarca todas as formas de autoatenção a fim de estabelecer a reprodução biossocial dos indivíduos e seus grupos sociais utilizando-se de objetivos e normas determinados pela cultura do próprio grupo; outro mais restrito, referindo-se às práticas e representações empregadas ao processo saúde- doença- atenção- prevenção.

Esse conceito de Menéndez vem sendo utilizado para caracterizar o empenho das pessoas na interpretação e percepção de fatos e fatores que modificam seu bem-estar.

Autoatenção, em um sentido mais restrito, faz alusão às representações e práticas que as pessoas e/ou seus grupos sociais utilizam para tratar os processos de saúde- doença de uma maneira independente a interferências de profissionais ou serviços de saúde. Esse conceito conduz a uma nova perspectiva sobre o que é ou seria o processo de adoecimento transpassando o olhar biomédico e indo ao encontro aos significados que o grupo social atribui aos seus sofrimentos, problemas e sentimentos.<sup>10</sup>

Quando refletimos sobre as formas de cuidado no contexto rural é necessário analisar o caráter político que isso possui, indo de encontro as relações sociais existentes que se descrevem nas ações de resistência e preservação dos seus modos de vida, suas crenças, seus ritos, seus valores com o intuito de construir e consolidar uma ponte que integre e dê subsídios para a manutenção cultural, afetiva, econômica e política da população rural.<sup>11, 12, 13</sup> A participação política das mulheres dentro da comunidade é considerada como uma prática de saúde, uma vez que, trabalha a ideia da desconstrução de desigualdade de gênero colaborando para melhoria das condições ligadas aos determinantes de saúde.<sup>14</sup>

Para que se estabeleça uma visão ampliada da saúde da mulher, tendo a integralidade como pano de fundo é necessário compreender que as questões de gênero são essenciais para a construção dessa visão. Rompendo com a ideia de uma assistência presa ao corpo biológico, mas ampliando o olhar para a resolutividade dos problemas que afetam todos os contextos da mulher rural <sup>14</sup>. Rodrigues e colaboradores<sup>15</sup>, nos diz que, devido as desigualdades de gênero, as mulheres são submetidas a situações mais estressantes e experiências psicológicas mais negativas se comparada aos homens, o que chega as vezes a ocasionar um comprometimento da área psicológica

Diante disso, esse estudo tem o objetivo de alargar a produção do conhecimento acerca da compreensão das formas de autoatenção de mulheres rurais participantes da Oficina realizada no 1º Encontro Nacional de Mulheres Sem Terra, que aconteceu em Brasília em março de 2020. Com isso, o estudo pode ampliar as visões sobre as concepções e práticas de saúde utilizadas por mulheres, em suas variadas formas de cuidado existentes no contexto rural, embarcando a dimensão pública e política. No entanto, antemão convido-os a refletir antemão sobre o grande ato político que foi a participação de cerca de 3. 500 no 1º Encontro Nacional de Mulheres Sem Terra, mulheres vindas de diversas partes do país, onde o evento tinha como lema “Mulheres em luta, semeando resistência”. Resistência ao assumir diversos papéis, resistência no ser

mulher, resistência na luta pela terra e o trabalho livre, resistência pela garantia dos seus direitos, resistência pela valorização dos seus saberes e práticas, proporcionando a elas uma posição de protagonistas.

## 2. MÉTODOS

A construção dessa experiência se deu a partir da inserção em um projeto de extensão da Universidade de Brasília (UnB) intitulado como “Construção do Perfil Sócio-Sanitário das Mulheres Rurais da Região do DF e Entorno”, que a autora participava como pesquisadora. Esse projeto possuía como objetivo principal desenhar o perfil sócio-sanitário das mulheres rurais que compunham a Região Integrado do Distrito Federal e Entorno (RIDE).

A oficina que originou os resultados que serão apresentados, aconteceu no dia 06 de março de 2020. O convite para a participação ocorreu em chamadas sempre nos intervalos entre as atividades, nos dias 05 e 06 de março e também no estande do projeto montado no evento. Essa oficina alcançou 3 rodas de mulheres, totalizando 35 mulheres participantes, com temas disparadores sobre protagonismo, demandas de saúde com direito a um momento de automassagem, quem é a mulher rural em formato de desenho e a confecção de receitas de saúde, cuidado e autocuidado, que gostariam de compartilhar. Dessa forma, o sentido da oficina foi trazer a perspectiva de compartilhamento de saberes e protagonismo nas práticas de saúde. Teve um alcance nacional de participação das mulheres rurais, de diversas faixas etárias, todas as participantes faziam parte do Movimento dos Sem Terra.

Para Spink e Medrado<sup>16</sup>, as oficinas são práticas discursivas, dessa forma, compreendem formas pelas quais os indivíduos criam sentidos sobre eventos a sua volta e se posicionam em relações sociais cotidianas. Já para Ressel et al.<sup>17</sup>, a oficina é uma estratégia facilitadora da troca entre os indivíduos e da possibilidade de coconstrução de significados, cujos os procedimentos metodológicos antemão parecem articular grupos sociais, estratégias de dinâmica de grupo<sup>16</sup> e rodas de conversa.<sup>18</sup>

Na primeira roda foi desenvolvida uma conversa para que as mulheres se apresentassem, falando seus nomes, regiões e o que gostavam de fazer para que pudesse gerar uma proximidade e afinidade entre as participantes. Após todas as apresentações, a

condutora da oficina (autora desse trabalho), propôs um momento de relaxamento, que consistia em realizar técnicas básicas de automassagem, com o intuito não apenas de proporcionar minutos de descanso, mas poder oferecer as essas mulheres um momento de olhar para si, se perceber, sentir os seus corpos.

Esse momento desencadeou a pergunta para a segunda roda: “Quem é a Mulher Rural?”. Essa pergunta originou um desenho que será discutido a frente nos resultados. As mulheres puderam descrever em palavras e em um desenho de representação quem ela eram e são.

Na terceira e última roda, o grupo foi subdividido em três, sendo explicado a proposta de que elas escrevessem receitas para os males mais diversos da vida, com a ideia de que outras pessoas pudessem ter acesso aos conhecimentos que elas possuíam sobre saúde, cuidado, autocuidado. As receitas produzidas nessa etapa da oficina subsidiaram os resultados desse relato de experiência.

Foram produzidas cento e vinte receitas, escritas pelas trinta e cinco mulheres que participaram desse momento, que puderam dividir entre si e com outros os seus saberes sobre produção de saúde e cuidado. Essas receitas foram sistematizadas em três categorias de análise, sendo eles: (1) Plantas Medicinais; (2) Remédios Alopáticos, técnicas e práticas Biomédicas (3) Cuidados de si e da Relação com o Mundo. Sendo submetidas à análise de conteúdo, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.<sup>19</sup> As categorias foram definidas após a leitura de todo o material, dando o caráter exploratório da pesquisa, considerando tendências, convergências e divergências que emergiram do material. Durante a escrita dessas receitas, as participantes trocaram suas experiências sobre o conhecimento de chás, remédios caseiros, remédios alopáticos, técnicas, demandas em um diálogo sobre construir e fazer saúde. Serão apresentados aqui essas receitas que falam sobre o cuidado, autocuidado, práticas, técnicas e contextos de saúde que essas mulheres utilizam no cotidiano para produzir saúde nos seus territórios.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para se compreender os modos de percepção das mulheres no decorrer das ações em processos de construção do cuidado, na gestão das ações e nos contextos de uso das

práticas de saúde existentes, é necessário antes entender que o campo é um espaço diversificado, com várias perspectivas e que requer interpretações de análises singulares.

A pergunta “Quem é a Mulher Rural?” que foi debatida em um dos momentos da oficina, nos faz pensar sobre o espaço na luta política dessas mulheres, que é compreendido como a porta de entrada para o reconhecimento formal de quem são. Durante o evento a dirigente leu para o público a carta de uma mulher assentada do estado de Pernambuco que faz jus ao caráter político da construção da história dessas mulheres, e o trecho da carta diz o seguinte:

“[...] Ser uma mulher Sem Terra é ser mulher liberta, emancipada, valente, bonita, alegre. É ser uma mulher que chora, que sente dor própria e da outra e do outro, mulher com pertença, enaltecida e solidária. [...] E tudo isso e um pouco mais é o que a cada dia me fortalece para seguir firme e convicta de que estamos do lado certo da história” (Messilene Gorete, Assentada do Estado do Pernambuco).

O desenho que emergiu dessa pergunta retratou a Mulher Rural, como uma mulher negra, de cabelo afro, com uma inchada e um facão na mão e ao redor desse desenho vários adjetivos que a definiam foram escritos, revelando o olhar delas a quem elas são, como: revolucionária, mulher de fé, futurista, empenhada, mãe, provedora, corajosa, cuidadora, inteligente, carinhosa, forte, filha, vitoriosa, sofredora, alegre, educadora, feminista, semeadora e tantos outros adjetivos, um momento único e capaz de fazer ecoar a força e voz dessas mulheres.

Aqui se evidencia mais uma vez o caráter político desse evento, e os resultados aqui apresentados são mediados a partir do posicionamento político dessas mulheres, pela luta diária dessas mulheres por reconhecimento de quem são, dos seus direitos, como o direito a educação, saúde, lazer, trabalho, terra que por infinitas vezes lhes são negados, compreender essa complexidade é imprescindível para o fortalecimento dessa luta.

Partindo disso, e para sistematizar as análises aqui feitas, o material foi dividido em três categorias: (1) Plantas Medicinais; (2) Remédios Alopáticos, técnicas e práticas Biomédicas; (3) Autoatenção. A escolha por essa divisão veio após a leitura minuciosa do material recolhido, e pela prevalência desses assuntos nas receitas produzidas. Abaixo podemos analisar o quantitativo produzido de cada eixo de análise.

Tabela I: Quantitativo de Receitas Produzidas

<b>TIPOS DE RECEITAS</b>	<b>QUANTIDADE DE RECEITAS</b>
Plantas Medicinais	81
Remédios alopáticos e práticas Biomédicas	7
Cuidados de si e da Relação com o Mundo	32
<b>TOTAL:</b>	<b>120</b>

Fonte: Própria.

### 3.1 Plantas Medicinais

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) aproximadamente 80% da população mundial utilizam as plantas medicinais como alternativa terapêutica. A utilização das plantas como medicamento para variadas doenças, acontece há séculos e por muito tempo foi a única opção que os indivíduos possuíam para se tratar. Hoje, continua ainda sendo muito utilizada por determinados grupos populacionais, revelando o conhecimento e a relação que esses grupos possuem com as plantas, com a terra, como é o caso da população rural.

O saber do uso de plantas medicinais, vem sendo transmitido ao longo das gerações, a construção desse conhecimento é passada de avós e pais para os filhos, no convívio diário, que proporciona a transmissão de formas de uso, crenças e valores. As mulheres que participaram da oficina registraram oitenta e uma receitas para os males mais diversos, descrevendo chás, banhos/ escaldas, pomadas utilizando principalmente folhas, cascas, e/ou acrescentando outros ingredientes produzidos na própria comunidade como mel, cachaça e afins. Houve uma prevalência de receitas sobre doenças cotidianas que podemos observar na tabela abaixo.

Tabela II: Prevalência de Doenças e suas Receitas

<b>RECEITAS PREVALENTES</b>	<b>QUANTIDADE DAS RECEITAS</b>
Dor de barriga, incômodos digestivos	<b>17</b>
Dor de cabeça	<b>6</b>
Dor na coluna	<b>6</b>
Pressão Alta	<b>12</b>
Cólicas	<b>8</b>
Gripe	<b>19</b>
Inchaço e Inflamações gerais	<b>12</b>
Febre	<b>4</b>
Outros males	<b>36</b>
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>

Fonte: Própria.

Esses resultados demonstram a preferência do uso de plantas e a importância delas para as comunidades no alívio ou cura de sintomas ou doenças mais simples, uma vez que, no contexto rural, por vezes o acesso aos serviços e profissionais de saúde são escassos e de difícil acesso pelas condições precárias de mobilidade. Além dessas dificuldades, outras também são determinantes para a restrição no acesso aos bens e serviços de saúde, como as dificuldades econômicas, a falta de informações sobre os direitos à saúde. São fatores que contribuem para que a população rural, desenvolvesse ao longo dos anos outras formas de cuidado, tendo autonomia e independência para tomar decisões sobre o cuidar frente a situações do processo de adoecimento, como por exemplo a utilização dos remédios caseiros.

Existem estudos que demonstram que quando a população rural é comparada à urbana, percebemos o quanto a sua situação de saúde é mais deficiente, possuindo uma baixa cobertura de saneamento básico (32,8%) e uma grande parcela da população (67,2%) captando água sem tratamento ou em condições insalubres, o que vai gerar um aumento significativo no número de doenças de veiculação hídrica, parasitoses intestinais e diarreias.<sup>20</sup>

Em um estudo realizado por Gama<sup>21</sup>, foi evidenciado a prevalência de doenças enteroparasitoses, mas o principal problema de saúde relatado foi dor em geral (45,2%). Dentre as dores, destacaram-se dor de cabeça (56,6%), costas (32,2%), que foi um dos resultados que mais tiveram receitas produzidas para esses males.

As mulheres participantes da oficina fazem parte do principal movimento social do campo, o Movimento dos Sem Terra (MST), e ao longo da sua construção histórica o MST vem produzindo vivências de “resgate e luta pela saúde e a valorização da sabedoria popular dos cuidados e promoção da saúde com o uso tradicional de plantas e ervas medicinais”.<sup>22</sup>

Como já mencionado, o conhecimento é passado entre as gerações. Lima<sup>22</sup> destaca que a mulher é a principal receptora dos conhecimentos tradicionais, dominando o conjunto de reclamações e práticas de cura, utilizando e preservando as plantas medicinais, produzindo chás, xaropes, pomadas para os mais diversos males, que incluem o cuidado do corpo e da alma, assumindo-se como uma referência no cuidado familiar e na comunidade. Outros autores<sup>23, 23, 25, 26, 27</sup> também revelam o uso de plantas medicinais como a primeira alternativa, quando a população rural se sente doentes. É notório que o cotidiano da mulher rural é permeado por diversas atividades e preocupações relacionadas ao processo saúde- doença. A utilização da medicina caseira, tradicional é uma realidade cotidiana no contexto rural, as mulheres fazem o uso das plantas com base em conhecimentos ancestrais, mas também na troca de saberes entre elas, como aconteceu durante a oficina.

Ricardo e Stotz<sup>28</sup>, nos falam que as prescrições, cuidado e experimentações, ou seja, o conhecimento e utilização de plantas medicinais descrevem as concepções sobre o processo saúde- doença- cuidado. Esse conhecimento concede materialidade, às concepções a respeito do processo saúde- doença- cuidado da medicina tradicional.

### 3.2 Remédios Alopáticos e Práticas Biomédicas

Visbiski, Neto & Santos<sup>29</sup>, afirmam que a busca por tratamento ocorre por duas vias: a primeira se dá, na opção terapêutica do uso de remédios caseiros, não havendo alívio ou cura, procura-se por ajuda médica. A segunda acontece na procura imediata por um médico, não havendo a disponibilidade dos remédios prescritos nas farmácias públicas, ou se o preço for alto, são utilizados os remédios caseiros. As mulheres, relataram em sete receitas a preferência pelo uso de medicamentos alopáticos, procura por médicos e a utilização de técnicas de fisioterapia para a cura dos seus males, reforçando a ideia dos autores.

É importante salientar que o setor de saúde do MST tem formalmente introduzido nas suas práticas o uso das racionalidades médicas (Biomedicina e Medicina Chinesa) e as

não médicas (uso de plantas medicinais), afirmando que ambas pode andar lado a lado e “disputar o domínio do cuidado”.

Indo ao encontro do que Amorozo <sup>30</sup>, independente de qual via os indivíduos escolhem para se tratar, é necessário sempre refletir que o tratamento possui um conteúdo simbólico, que surge da expectativa do indivíduo e da satisfação de condições sociais e culturais tidas como essenciais para o restabelecimento da saúde.

### 3.3 Cuidados de si e da Relação com o Mundo

O cuidado é caracterizado por técnicas realizadas no processo saúde- doença- cuidado, procurando o diagnóstico, terapêutica, cura e prevenção. <sup>31, 32</sup> Partimos do princípio que a população rural possui um cuidado em saúde estabelecido em vivências e práticas de autoatenção e que as diversas formas de cuidado que existem, se configuram a partir das condições religiosas, étnicas, socioeconômicas, políticas, técnicas e científicas, que gerou variadas formas de cuidado entre a biomedicina e as outras formas de atenção. <sup>34</sup>

Tabela III: Quantitativo de Receitas de Autoatenção

RECEITAS DE AUTOATENÇÃO	QUANTIDADE DAS RECEITAS
Ansiedade	5
Depressão	9
Estresse	4
Autoestima	5
Lazer	4
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>

Fonte Própria.

A utilização de plantas medicinais como prática de cuidado, é apresentada por essas mulheres como algo muito frequente. Demonstrando que as plantas são usadas como a primeira opção para os cuidados em saúde que demandam a melhora de algum sintoma ou agravo à saúde.

As trinta e duas receitas que compõem essa categoria revelam práticas utilizadas para a melhoria da saúde mental dessas mulheres. Pensar sobre saúde mental dentro do contexto rural, é um desafio, pois envolve refletir sobre os variados modos de sociabilidade e convivência que marcam as relações cotidianas nesse espaço, de igual forma, os saberes e práticas tradicionais e recursos que fazem parte do arcabouço terapêutico dessa população. As mulheres trouxeram ao longo da oficina experiências sobre o adoecimento mental e estratégias utilizadas para vencer ou aliviar o processo de adoecimento.

É costumeiro o uso de remédios caseiros, como chás, lambedores nas comunidades rurais para lidar com problemas de ordem emocional. A partir disso, é preciso pensar que a vivência do processo saúde- doença é definida culturalmente, o que estabelece o modo como os indivíduos reconhecem e definem estratégias para vencê-las, tendo sempre cuidado de analisar o contexto social, pois este interfere de forma direta como a doença se revela, a forma que as pessoas evidenciam os seus sintomas e utilizam de instrumentos de cura ao seu dispor.<sup>35, 36</sup>

As estratégias utilizadas nos exemplos de receitas expostos, reforça a ideia de que a autoatenção não se baseia apenas em intervenções sobre o adoecimento, mas é o compilado de todas as ações que envolvem o cuidado, prevenção, tratamento, utilização de substâncias e na realização de atividades que proporcionam um melhor desempenho nos variados âmbitos da vida, permitindo dessa maneira, escapar da angústia, da depressão ou da dor.<sup>10</sup>

As práticas de autoatenção são essenciais na gestão de cuidado em saúde rural, encontradas em cuidados mais individualizados quando se trata de doenças, com a promoção da saúde e a utilização de terapias naturais como o uso de plantas medicinais.

Constata-se a partir do exposto, que as buscas por formas de autoatenção, autocuidado, cuidado não seguem um esquema determinado. É uma busca incessante por possibilidades que proporcionem conforto, seja no corpo físico, social ou espiritual.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados aqui expostos possibilitam a compreensão que a experiência do adoecer, do cuidado de si e dos outros, das práticas de saúde utilizadas são construídas nas interações sociais, nas reflexões partilhadas sobre as vivências. Demonstra que o cuidado é guiado a partir da perspectiva de quem vivencia o processo de saúde- doença- cuidado, e que esse conjunto de práticas está inteiramente ligado as práticas de autoatenção, possuindo sentidos e significados próprios os quais remetem a determinados contextos sociais, econômicos e culturais. Além de permitir a ampliação do olhar e do cuidado dos serviços e profissionais de saúde, no reconhecimento das variadas formas de cuidado além das biomédicas, e que essas possuem um significado singular para essa população, o que acarreta na diminuição das distâncias entre os saberes acadêmicos e populares/ tradicionais proporcionando um cuidado integral e real.

Podemos perceber também que existe uma barreira de acesso que impede que os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) se concretizem de maneira eficaz em contextos rurais, e até mesmo urbanos. No entanto, as barreiras encontradas no rural refletem importantes razões estruturais e os obstáculos que o Estado possui em cobrir as demandas advindas das áreas mais distantes.

A partir do encontro outras possibilidades de fazer saúde foram pensadas, trazendo à tona a necessidade de estudos mais profundos, para o levantamento das principais e reais demandas e necessidades da população rural e suas singularidades.

### **V. Agradecimentos e conflitos de interesse**

O manuscrito não apresenta relações que possam implicar em potencial conflitos de interesses.

### **V. Contribuições**

Jussara Máximo da Silva, contribuiu na elaboração e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação de dados; redação e revisão do manuscrito.

Everton Luís Pereira, contribuiu com elaboração e delineamento do estudo; revisão do manuscrito.final.

## **VI. Fontes de Financiamento**

Financiamento próprio.

## **REFERÊNCIAS**

1. Costa, Leandro Araújo da. Análise das práticas da estratégia saúde da família na visão dos movimentos populares do campo e das águas do Ceará. 2019.f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE). - Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019.
2. Soares, A. N.; Silva, T. L.; Franco, A. A. M.; Et al. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300332, 2020.
3. Arruda, N. M., Maia, A. G.; Alves, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n.6, p. 1-14, 2018.
4. Garnelo, L., Juliana. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil *SAÚDE DEBATE* v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018.
5. Travassos C, Viajava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007 out; 23(10):2490-2502.
6. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
7. MELO, Elizabete J. Gênero e jornada de trabalho em assentamentos rurais. *Revista Pegada Eletrônica*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 1-29, out. 2001.
8. SALVARO, Giovana I. J. Jornadas de trabalho de mulheres e homens em assentamento do MST. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2004.
9. SCHWENDLER, Sônia F. As relações de gênero e a educação de jovens e adultos nos assentamentos de reforma agrária. *SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO*, 2006. Anais.

10. Menéndez EL. Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. Tradução de Damin Kraus, Mariel Zasso. São Paulo (SP): Hucitec; 2009. p.17-7
11. BRUMER, Anita. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v.12, n.1, p.205-227, 2004
12. PAULILO, Maria Ignez. Trabalho familiar: uma categoria esquecida de análise. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v.12, n.1, p.229-252, 2004.
13. WOORTMANN, Ellen F. Herdeiros, parentes e compadres. Brasília: Hucitec, 1995, 336 p.
14. TEIXEIRA, C.; OLIVEIRA, D. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 1341-1353, 2014.
15. RODRIGUES, L. E. A. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, n. 2, p. 278-285, 2014.
16. Spink, M. J. P & Medrado, B. Produção de Sentidos no Cotidiano: Uma abordagem teórico- metodológica para análise das práticas discursivas. São Palo: Cortez, 1999.
17. Ressel, L. B., Et al., O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto & Contexto Enfermagem, 17 (4), 779- 786.
18. Mélló, R. P., Silva, A. A., Lima, M. L. C & Ppaolo, A. F. Di., Construcionismo práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. Psicologia & Sociedade. 26- 32, 2007.
19. BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3ª reimpressão. Lisboa: Edições 70, 2016.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
21. GAMA, A. S. M. et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, 2018.

22. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Coletivo Nacional de Saúde do MST. Relatos das Experiências em Saúde. Movimento Sem Terra – MST; 2005.
- 23 . Kassouf, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Revista de Economia e Sociologia Rural, v. 43, p. 29-44, 2005.
24. Garmelo, L.; e Juliana, L. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. SAÚDE DEBATE, v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018.
25. Scopinho, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1575-1584, 2010
26. Farias, A. Mulher no Campo: Os desafios para acesso aos serviços de saúde pública. Camargo - Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.
27. Fernandes, G., Astrid. A. Família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. Cogitare Enferm, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2010.
28. Ricardo, L. O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
29. Visbiski VN, Neto PHW, Santos AL. Uso popular das plantas medicinais no assentamento Guanabara, Imbaú - PR. Publ. UEPG Ci. Exatas Terra, Ci Agr. Eng., Ponta Grossa, 9 (1): 13-20 abr. 2003.
30. Amorozo, M.C.M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: Di Stasi, L.C. Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.
31. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricasy articulaciones prácticas. Ciênc saúde coletiva [serial on the internet]. 2003
32. Menéndez EL. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. Trab. Educ. Saúde. 2012;10(2):335-45.
33. Loza JMP, Valverde EM, Barreto YR, Arroyo DG. Percepción del proceso salud-enfermedad y demanda del cuidado en comunidades rurales de chimbote-perú. Enferm foco (Brasília). 2015; 6(1/4):72-6.

34. Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista Antropología Social*. 2005; 14:33-69.
35. KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, v.12, n.2B, p. 85-95, 1978.
36. KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry*. California: Regents; 1980, p.427.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do referencial teórico, foi possível reconhecer que ainda existem desigualdades de acesso aos bens e serviços de saúde nas áreas rurais, o ideal ainda não foi atingido que é a incessante busca da promoção, prevenção e tratamento da saúde, do atendimento e entendimento das reais demandas e necessidades da população rural. Compreender as questões implicadas nas relações entre trabalho, saúde, participação social e invisibilidade da mulher é essencial para que se possa ter uma visão ampliada da situação ou situações vivenciadas pelas mulheres rurais dentro de uma abordagem de integralidade. Os estudos apontam que uma parte significativa do tempo das mulheres é gasto em atividades de trabalho dentro e fora de casa, o que acarreta um prejuízo à saúde dessas mulheres, uma vez que, a sobrecarga de afazeres compromete seu acesso aos bens e serviços de saúde.

No entanto, devemos pontuar também que as mulheres rurais na sua pluralidade e singularidade na execução dos seus ‘afazeres’, possuem um papel primordial e essencial que vai ao encontro da produção, reprodução e manutenção social da agricultura familiar, seu papel no âmbito público é capaz de gerar renda o que proporciona a família uma melhoria na condição financeira, e isso, se funde ao seu papel doméstico que gera a família qualidade de vida e bem-estar.

Desvelar o cotidiano dessas mulheres, conhecer suas concepções de saúde-doença, suas experiências de vida e trabalho amplificam as possibilidades de entendimento sobre suas demandas, o que abre um leque de possibilidades para novos diálogos sobre o trabalhar, o cuidar e o viver no rural.

O trabalho das mulheres rurais necessita ser reconsiderado, retratado como trabalho produtivo, independentemente se realizado no âmbito público ou doméstico, para que assim, o acesso aos direitos sociais e de saúde sejam mais efetivos, partindo de uma perspectiva que ao reconhecer o trabalho, reconheço os seus direitos e a reconheço como mulher.

Os resultados aqui expostos possibilitam a compreensão que a experiência do adoecer, do cuidado de si e dos outros, das práticas de saúde utilizadas são construídas nas interações sociais, nas reflexões partilhadas sobre as vivências. Demonstra que o cuidado é guiado a partir da perspectiva de quem vivencia o processo de saúde-doença-cuidado, e que esse conjunto de práticas está inteiramente ligado às práticas de

autoatenção, possuindo sentidos e significados próprios os quais remetem a determinados contextos sociais, econômicos e culturais.

Podemos perceber também que existe uma barreira de acesso que impede que os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) se concretizem de maneira eficaz em contextos rurais, e até mesmo urbanos. No entanto, as barreiras encontradas no rural refletem importantes razões estruturais e os obstáculos que o Estado possui em cobrir as demandas advindas das áreas mais distantes.

No entanto, pensar que essas barreiras ultrapassam o espaço físico do urbano e o rural, e refletir que muitas vezes são barreiras invisíveis criadas por nós, no exercício de nossas funções, modificar os objetivos iniciais desta pesquisa pelos percalços enfrentados na caminhada, como a pandemia do COVID- 19 e logo após a impossibilidade de realizar as entrevistas em uma comunidade que eu fiz vínculo, por semanas e semanas me fizeram estagnar e desacreditar que seria possível concluir, muros se ergueram. Mas, ao dar um novo passo para outras possibilidades, pude ver que há sempre novas formas de fazer, de compreender e de olhar.

Não podemos deixar de falar também sobre a violência vivenciada pelas mulheres todos os dias, como a que mencionamos na metodologia. Todos os dias mulheres são agredidas pelos esposos, ex- companheiros, e isto são, situações veladas pela sociedade razão pela qual o conhecimento da real dimensão do problema, dificultando possíveis intervenções. A violência contra a mulher precisa ser considerada na criação de políticas públicas para que se possa prevenir e combater, fortalecendo a rede de apoio as mulheres que sofrem violência.

É necessário a formação de espaços de diálogos que visem a discussão da temática, uma vez que, que a necessidade de fala e escuta dessas mulheres é uma arma potente de expressão das suas lutas.

A partir do encontro do material aqui exposto, outras possibilidades de fazer saúde podem ser pensadas, trazendo à tona a necessidade de estudos mais profundos, para o levantamento das principais e reais demandas e necessidades da população rural e suas singularidades.

Essa pesquisa pode contribuir na possibilidade de ampliação do olhar e do cuidado dos serviços e profissionais de saúde, no reconhecimento das variadas formas de cuidado

além das biomédicas, e que essas possuem um significado singular para essa população, o que acarreta na diminuição das distâncias entre os saberes acadêmicos e populares/tradicionais proporcionando um cuidado integral e real.

## REFERÊNCIAS

BAZTÁN, A. A. **Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural**. Barcelona: Marcombo, 1995.

Bilge, Sirma. (2009), “Théorisations féministes de l’intersectionnalité”. *Diogenes*, 1 (225): 70-88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes Técnicos Institucionais. In: Revista de Saúde Pública. 2000;34(3):316-9

\_\_\_\_\_. e VEIGA, J. E. da. *Novas Instituições para o desenvolvimento rural: o caso do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF)*. Brasília, IPEA, 1999. (Texto para Discussão, 641).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS e outras DSTS*. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS. Editora do Ministério da Saúde, 2007.

ABRAMOVAY, R. *Bases para formulação da política brasileira de desenvolvimento rural: agricultura familiar e desenvolvimento territorial*. Brasília, NEAD/IICA, 1998.

COELHO, E. A. C.; SILVA, C. T. O.; OLIVEIRA, J. F.; ALMEIDA, M. S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites na prática profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIO DE SAÚDE- CONASS. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. **Caderno de informação técnica de Progesteros**. Brasília: CONSASS, 2004. (CONASS Documenta, 2).

CORREIA, M. C. (1999). A Observação Participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 30-36.

CRENSHAW, Kimberle. (2002). Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. ESTUDOS FEMINISTAS (1). Pp 177-188

CRUZ NETO, O. O trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social- Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

DUNCAN, M. S.; TARGA, L. V. Médicos para a atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. 2014; 9(32): 233-4.

EZPELETA, J.; ROCKWELL, E. *Pesquisa participante*. São Paulo: Cortez - Autores Associados, 1986.

FABIETTI, U.; REMOTTI, F. **Dizionario di antropologia, voce etnografia**. Bologna: Zanichelli, 1997.

HULKA, B.; WHEAT, J. Patterns of utilization: a patient perspective. *Medical Care* 23(5):438-460, 1985.

LOPES, M. J. M. **Les soins: images et réalités – lê quotidien soignant au Brésil**. 1993. 711f. Tese (Doutorado em Sociologia)- Université de Paris VII, Paris, 1993.

MACEDO, Roberto Sidnei. *Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação*. Brasília: Liber Livro 2010.

MELO, Eduardo Alves et al. *Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre*

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MOLLO, M. L. R.; FONSECA, P. C. D. Desenvolvimento e novo desenvolvimentismo: raízes teóricas e precisões conceituais. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 222- 239, abr./jun. 2013.

MST. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Setor Nacional de Saúde. Construindo o conceito de saúde do MST. Veranópolis: ITERRA. Cartilha de Saúde nº 5. 2000.

OLIVEIRA, Dora L.; MEYER, Dagmar E. Gênero e saúde das mulheres. In: OLIVEIRA, Dora L. (org.). *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.

retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 38-51, 2018.

RODRIGUES, Cristiano. (2013) Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. *Anais Eletrônicos*. ISSN 2179-510X. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10.

SCHWARTZ, MS; SCHWARTZ, CG. Problems in participant observation. *Amer J Sociol*. 1955;60:343-54.

SEGOVIA HERRERA, M. Risco e segurança do trabalho desde o ponto de vista de um grupo de trabalhadores de uma agência de distribuição de energia elétrica. In: ENCONTRO INTERAMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, I. São Paulo. **Trabalhos**. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1988. p. 63-9. (Resumo)

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, Ana Luiz D' Ávila, ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde e Desenvolvimento**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007.

## ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.923.983

Outros	doc	16/01/2020 19:14:27	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade.pdf	16/01/2020 19:14:01	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	carta_para_encaminhamento_de_pendencias.doc	16/01/2020 19:13:40	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Cartas.pdf	02/12/2019 23:09:16	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	02/12/2019 23:02:08	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Pedro.pdf	14/11/2019 10:23:40	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Tamara.pdf	14/11/2019 10:23:06	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Karolayne.pdf	14/11/2019 10:22:26	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Jussara.pdf	14/11/2019 10:20:27	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Cassio.pdf	14/11/2019 10:19:59	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 19 de Março de 2020

---

Assinado por:  
**Danielle Kaiser de Souza**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.923.983

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1460804.pdf	09/03/2020 18:35:24		Aceito
Outros	Cartaa.pdf	09/03/2020 18:35:04	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.docx	05/03/2020 19:11:47	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Carta.pdf	20/02/2020 18:56:59	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	20/02/2020 18:56:18	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	carta_para_encaminhamento_de_pendencias.docx	20/02/2020 14:31:11	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_4.doc	20/02/2020 14:30:45	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	30/01/2020 13:48:24	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	13_termo_concordancia_institucional.doc	16/01/2020 19:16:12	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia.pdf	16/01/2020 19:15:40	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento.pdf	16/01/2020 19:14:43	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito
Outros	14_termo_de_responsabilidade_e_compromisso_do_pesquisador190919.	16/01/2020 19:14:27	Pedro de Andrade Calil Jabur	Aceito

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.923.983

**"Objetivos Específicos:**

- Descrever as formas de organização de vida diária de mulheres rurais
- Conhecer as concepções de saúde e doença da população estudada;
- Identificar as demandas de saúde da mulher rural;
- Identificar práticas de saúde e os contextos de uso."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:**

"Quanto aos riscos pode haver exposição e desconforto diante da discussão em grupo, podem ocorrer emoções durante os relatos sobre as vivências rurais e a não compreensão de termos utilizados. Neste sentido, a equipe responsável pela condução das atividades será responsável por fazer todos os esclarecimentos necessários ao entendimento das participantes, visando reduzir quaisquer incômodos que possam surgir."

**BENEFÍCIOS:**

"Como benefícios do estudo será possível construir saberes, fortalecer as redes de cuidado e identificar as principais necessidades da mulher rural, para fortalecer a atenção à saúde e a formação de profissionais de saúde o âmbito da atenção primária."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa do professor Pedro de Andrade Calil Jabur e dos vice-coordenadores Tâmara Rios de Sousa e Cássio Henrique Oliveira da Conceição.

Colaboradores: Jussara Máximo da Silva, Priscilla Silva de Macedo, Karolayne Gonçalves Ferreira, Júlia Guimarães de Freitas Oliveira e Gabriella Pinheiro Almeida.

Número amostral = 400 participantes (obtido por cálculo amostral).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos foram adequadamente apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram sanadas.

Projeto aprovado.

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

## ANEXO II- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À REVISTA CIENTÍFICA



---

### [SD] Agradecimento pela submissão

2 mensagens

---

**Mariana Chastinet via Saúde em Debate** <saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br> qui, 1 de jul de 2021 às 21:25  
Responder para: Mariana Chastinet <revista@saudeemdebate.org.br>  
Para: Jussara Máximo da Silva <jussaramaximosilva@gmail.com>

Jussara Máximo da Silva,

Agradecemos a submissão do trabalho "A Pluralidade Feminina no Campo: Uma Análise sobre as Condições de Vida da Mulher Rural" para a revista Saúde em Debate.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/6359>

Login: jussaramaximo7242

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Mariana Chastinet

---

## ANEXO III- PLANILHA DO SCOPING REVIEW

NÚMERO	CITAÇÃO	AUTORES	TÍTULO	ANO	REVISTA	TIPO DE PUBLICAÇÃO	INSTITUIÇÕES DOS PESQUISADORES	MÉTODO - TIPO DE ESTUDO
1	(CEZAR-VAZ, <i>et al.</i> , 2016)	Marta Regina Cezar-Vaz, Clarice Alves Bonow, Marlise Capa Verde Almeida de Mello, Mara Regina Santos da Silva	Abordagem socioambiental na enfermagem: focalizando o trabalho rural e uso de agrotóxicos	2016	Revista Brasileira de Enfermagem	Artigo	FURG, Escola de Enfermagem Rio Grande-RS, Brasil. UFPEL, Faculdade de Enfermagem, Pelotas-RS, Brasil.	Estudo quantitativo transversal - Entrevistas
2	PINTO, <i>et al.</i> , 2016	Andressa Hoffmann Pinto, Celmira Lange, Carla Albereci Pastore, Patricia Mirapalheta Pereira de Llano, Denise Przylynski Castro, Fernanda dos Santos	Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural	2016	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	UFPEl	Estudo quantitativo transversal - Entrevistas
3	(RIQUINHO, <i>et al.</i> , 2010)	Deise Lisboa Riquinho, Tatiana Engel Gerhardt	Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural	2010	Saúde e Sociedade	Artigo	Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Estudo Qualitativo - Entrevistas
4	(WUNSCH, 2016)	Simone Wunsch, Maria de Lourdes Denardin Budó, Margri Beuter, Raquel Potter Garcia, Margot Agathé Seiffert	Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas	2014	Escola Anna Nery	Artigo	Universidade Federal de Santa Maria. São Luiz Gonzaga - RS, Brasil. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria - RS, Brasil.	Estudo Qualitativo - Etnografia
5	OLIVEIRA, e NINA, 2014	Josão Aldemir de Oliveira, Socorro de Fátima Moraes Nina	Ambiente e saúde da mulher trabalhadora: transformações numa comunidade da Amazônia brasileira	2014	Saúde e Sociedade	Artigo	UFAM e UEA.	Estudo Qualitativo - Entrevistas
7	EBLING, <i>et al.</i> , 2015	Sandra Beatriz Diniz Ebling, Elza Maria Fonseca Falkembach, Lizandra Andrade Nascimento, Marciele Moreira da Silva, Silvana de Oliveira Silva, Patricia Stangherlin Minussi	AS MULHERES E SUAS LIDAS : COMPREENSÕES ACERCA DE TRABALHO E SAÚDE	2015	Trabalho, Educação e Saúde	Artigo	URI,Santiago - RS. URI, São Luiz Gonzaga - RS.	Estudo Qualitativo - Entrevistas
8	MARQUES, <i>et al.</i> , 2014	Amaro Sérgio Marques, Daniel Antunes Freitas, Cláudia Danyella Alves Leão, Stéphanie Kettlin Mendes Oliveira, Mayane Moura Pereira, Antônio Prates Caldeira	Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola	2014	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	Unimontes- Campus Darcy Ribeiro	Estudo Quantitativo - Análise de dados
9	(BARBOSA, 2015)	Amanda Conrado Barbosa, Grazielle Marcolin, Mateus Marcolin, Alan de Souza	Atuação do enfermeiro como educador em saúde junto às mulheres rurais	2017	JMPHC   Artigonal of Management & Primary Health Care   ISSN 2179-6750	Artigo	UFMG	Estudo Qualitativo - Relato de Experiência
10	VIEIRA, 2010	Ed Wilson Rodrigues Vieira	Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais	2010		Artigo	UFMG - Escola de Enfermagem	Estudo quantitativo transversal - Entrevistas

17	(MARTINS, 2016)	Barbara. MARTINS	Gênero, empoderamento e mulheres rurais	2016	V Congresso em desenvolvimento social	Manuscrito	UNIMONTES	Estudo Qualitativo - Entrevistas
18	(LOMBARDI, 2006)	MAKOSKI-LOMBARDI	Desenvolvimento rural e gênero: A participação das mulheres na organização de um movimento social - o caso de Crabi - PR	2006	Biblioteca - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE	Dissertação	Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE	Estudo Qualitativo - Análise documental
19	FACCIN, 2016	Rodrigo. FACCIN	O trabalho de mulheres assentadas: Descortinando desigualdades	2016	Programa de Pós-Graduação em extensão rural	Dissertação	Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).	Estudo Qualitativo - Estudo de Caso
20	(BARBOSA, 2015)	Amanda Conrado Barbosa, Grazielle Marcolin, Mateus Marcolin, Alan de Souza	Atuação do enfermeiro como educador em saúde junto às mulheres rurais	2017	JMPHC   Artigonal of Management & Primary Health Care   ISSN 2179-6750	Artigo	UFMG	Estudo Qualitativo - Relato de Experiência
21	KASSOUF, 2005	Ana Lúcia Kassouf	Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil	2005	Revista de Economia e Sociologia Rural	Artigo	ESALQ-USP e CEPEA	Estudo Quantitativo - Análise de dados
22	GARNELO, <i>et al.</i> , 2018	Juliana. GARNELO, Luiza.; e LIMA	Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil	2018	SAÚDE DEBATE	Artigo	Fiocruz. ILM-D- Manaus /AM. UFOPA - Santarém/PA. ENSP - Rio de Janeiro/ RJ. UFAM - Escola de Enfermagem - Manaus/AM.	Estudo Quantitativo - Análise de dados
23	(FREITAS, 2018)	Neires Alves de Freitas	Mediações da integralidade do cuidado no cotidiano das mulheres do campo em	2018	Biblioteca - Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ	Artigo	UERJ	Estudo Qualitativo - Estudo de Caso

11	(BARROS, e TEIXEIRA, 2018)	Carmen. BARROS, Larissa.; e TEIXEIRA	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte	2018	SAÚDE DEBATE	Revisão	UFBA	Revisão da Literatura
12	(MENEGAT e FONTANA, 2010)	Rosane. MENEGAT, Robriane.; e FONTANA	CONDIÇÕES DE TRABALHO DO TRABALHADOR RURAL E SUA INTERFACE COM O RISCO DE ADOECIMENTO	2010	Cienc Cuid Saude	Artigo	Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- campus Santo Ângelo – RS/BR	Estudo Qualitativo - Entrevistas
13	(SCOPINHO, 2010)	Rosemirc Aparecida Scopinho	Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural	2010	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	Universidade Federal de São Carlos – SP	Estudo Qualitativo - Entrevistas, Análise Documental e Observação Participante
14	JUNIOR, 2011	Eduardo Espindola Fontoura Júnior, Kátia Reis de Souza, Rogério Dias Renovato, Cibele de Moura Sales	Relações de saúde e trabalho em assentamento rural do MST na região de fronteira Brasil-Paraguai	2011	Trabalho, Educação e Saúde	Artigo	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Cesteh/Ensp/Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ	Estudo Qualitativo - Entrevistas
15	Sonimar. <i>et al.</i> SOUZA	SOUZA	Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais	2018	Rev Bras Mcd Trab	Artigo	Universidade de Santa Cruz do Sul – Santa Cruz do Sul (RS), Brasil.	Revisão a Literatura
16	(PERALTA e ALENCAR, 2008)	Edna. PERALTA, Nelissa.; e ALENCAR	Ecoturismo e Mudança Social na Amazônia Rural: Efeitos sobre o papel da mulher e as relações de gênero	2008	Campos	Artigo	Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Pará	Estudo Qualitativo - Entrevistas

			uma comunidade de Assentados					
24	(FARIAS, 2017)	Alda. FARIAS	Mulher no Campo: Os desafios para acesso aos serviços de saúde pública	2017	#REF!	TCC	UFRGS	Revisão da Literatura
25	(FERNANDES, <i>et al.</i> , 2010)	Astrid. FERNANDES, Gisele. BOEHS	A FAMÍLIA RURAL EM FASES DE TRANSIÇÃO: MUDANÇAS NOS PAPEIS E TAREFAS DO CUIDADO FAMILIAR	2010	Cogitare Enferm	Artigo	UFSC	Estudo Qualitativo - Entrevistas
26	TEIXEIRA e OLIVEIRA, 2014	Iraí Maria de Campos Teixeira, Maria Waldenez de Oliveira	Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas	2014	Interface - Comunicação. Saúde, Educação	Artigo	Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).	Estudo Qualitativo - Observação Participante
27	(RICARDO e STOTZ, 2012)	Eduardo. RICARDO, Leticia., e STOTZ.	EDUCAÇÃO POPULAR COMO MÉTODO DE ANÁLISE: RELAÇÕES ENTRE MEDICINA POPULAR E A "SITUAÇÃO-LIMITE" VIVENCIADA POR TRABALHADORES DO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM-TERRA	2012	Rev APS.	Artigo	Universidade Federal de Minas Gerais, Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz	Estudo Qualitativo - Entrevistas, Observação Participante
28	(CLARINDO, 2014)	Maximilian CLARINDO	Medicina Popular e comunidades rurais da região da serra das almas, Paraná: O amálgama cosmo-	2014	Programa de Pós-graduação em Geografia	Dissertação	UEPG	Estudo Qualitativo - Entrevistas

			mítico-religioso tradicional					
29	(SCHAAF, <i>et al.</i> , 2003)	Alie. SCHAAF	Jeito de mulher rural: a busca de direitos sociais e da igualdade de gênero no Rio Grande do sul	2003	Sociologias	Artigo	UFRGS	Estudo Qualitativo - Entrevistas
30	RICARDO, 2011	Leticia. RICARDO	O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS	2011	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca	Dissertação	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.	Estudo Qualitativo - Entrevistas, Observação Participante
31	(NICOLAU, <i>et al.</i> , 2012)	Ana Izabel Nicolau, Renata Dantas, Ana Paula Gadelha, Ana Karina Pinheiro	Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos	2012	Revista Eletrônica de Enfermagem	Artigo	Universidade Federal do Ceará – UFC, Picos, PI	Estudo quantitativo transversal - Entrevistas
32	OLIVEIRA, 2019	Arleusson. OLIVEIRA	O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE RURAL NO BRASIL	2019	PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	Dissertação	Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Doutorado em Enfermagem.	Estudo Qualitativo - Entrevistas
33	COSTA, 2007	Maria Fernanda Lima-Costa, Divane Leite Matos	Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003)	2007	Cad. saúde pública	Artigo	Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais.	Estudo Epidemiológico - Transversal Descritivo

## ANEXO IV- FOTOS DAS OFICINAS





