



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

BRUNA MOREIRA WAZLAWOSKY

**A POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES CAMPONESAS E OS  
CAMINHOS DE ENFRENTAMENTO AOS SEUS DESAFIOS**

BRASÍLIA  
2019

BRUNA MOREIRA WAZLAWOSKY

**A POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES CAMPONESAS E OS  
CAMINHOS DE ENFRENTAMENTO AOS SEUS DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andréia de Oliveira.

BRASÍLIA  
2019

Bruna Moreira Wazlawosky

A POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES CAMPONESAS E OS CAMINHOS DE  
ENFRENTAMENTO AOS SEUS DESAFIOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, da  
Universidade de Brasília – UnB, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em  
Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andréia de Oliveira.

Banca examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andréia de Oliveira – Orientadora  
Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Michelly Ferreira Monteiro Elias – Examinadora interna  
Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB

---

M.<sup>a</sup> Nanah Sanches Vieira – Examinadora externa

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradecimentos sem fim a minha família por me ajudarem sempre a transcender os meus limites e dificuldades e incentivar minha capacidade criadora no processo de escrita desse trabalho. À minha mãe Saionara e a minha irmã Raquel, por sua força feminina e por serem meu círculo de fortaleza. E ao meu pai Hélio pelo seu exemplo de dedicação, por acreditar em mim e me lembrar de ter firmeza no propósito. Ao Beny pela companhia e silêncio amoroso nas manhãs e tardes solitárias de estudo. Também, à minhas raízes fortes e ancestrais que me ligam a terra, a minha família de pequenos agricultores do interior do Rio Grande do Sul.

Agradeço ao meu companheiro Airton por caminhar comigo em amor, por todo apoio e paciência, e outras tantas coisas além. Agradeço também aos meus amigos, amigas e irmãos de fé pelo afeto e inspiração para seguir sonhando, e que com gestos e palavras contribuíram de alguma forma para a realização desse trabalho, e um agradecimento especial ao meu amigo Ramón, pela solidariedade no ouvir e na troca de ideias sobre o tema da pesquisa.

Agradeço à Pachamama, Mãe Terra, que nos sustenta e tudo oferece, que também é Deus, essa força universal que nos rege e protege. À espiritualidade que me guia, abençoa, dá força e me faz caminhar. Sou grata.

A todos os trabalhadores rurais, em especial as mulheres camponesas, mulheres que nutrem a terra com suas mãos e que sonham com a transformação social e relações humanas mais justas em uma nova humanidade. Também, a todos aqueles que estão construindo a resistência popular em saúde, assim como aqueles que caminham pela via da agroecologia, acreditando em um novo modelo de produção e vida no campo.

Agradeço a minha inesquecível professora de sociologia do ensino médio, Nanah Vieira, por aceitar o convite de compor a banca examinadora, e por ter aberto as portas deste mundo de saber e naquele momento tão importante de escolhas, ter me sinalizado o Serviço Social como a área de estudo e atuação mais consonante à essência do que eu procurava em um curso de graduação. Agradeço à minha orientadora Andréia de Oliveira, por ter acreditado no meu projeto, pela paciência, dedicação, e disponibilidade, por suas considerações fundamentais e por ter aberto horizontes de reflexões.

Sinto de agradecer aqui também as vivências que tive durante a graduação na disciplina de Comunicação Comunitária com os professores Viviane Brochardt e Felipe Canova e as articulações acrescentadoras com a FUP – Faculdade de Planaltina, que me proporcionaram a possibilidade de conhecer diferentes perspectivas, e entre elas a oportunidade de conhecer os Acampamentos de Reforma Agrária 8 de março e Roseli Nunes. Nesse sentido também agradeço a experiência de conhecer o Assentamento Chapadinha que tive na disciplina ‘Projeto Rondon’ com os professores Manoel Pereira e Enaile Iadanza.

Enfim, agradecimentos amplos a toda a teia de relações tecida ao longo da vida que me trouxe até aqui.

“Sempre que penso nas mulheres, me vem a imagem de um rio enorme e caudaloso que temos que atravessar. Umhas apenas molham os pés e desistem, outras nadam até a metade e voltam, temendo que lhe falem as forças. Mas há aquelas que resolvem alcançar a outra margem custe o que custar. Da travessia, vão largando pedaços de carne, pedaços delas mesmas. E pode parecer aos outros que do lado de lá vai chegar um trapo humano, uma mulher esraçalhada. Mas o que ficou pelo caminho é tão somente a pele velha. Na outra margem chega uma nova mulher...”

Zuleica Alambert

## **RESUMO**

O presente estudo, desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica e documental, teve como objetivo analisar a política de saúde voltada para as mulheres rurais de acordo com seu contexto social, geográfico e de gênero, considerando a conjuntura de subalternização da política social aos interesses do mercado e seus desdobramentos no aumento da precarização e no desmonte da política pública de saúde, assim como na intensificação de medidas governamentais contrárias aos fundamentos democrático-populares, com consequências desfavoráveis e regressivas nas condições de saúde da população. Os resultados evidenciaram que as desigualdades de acesso e qualidade dos serviços são acentuadas às mulheres camponesas pelas relações de gênero que abrangem o campo, somada as especificidades femininas de saúde. A agroecologia e as práticas populares de saúde constituem-se em elementos centrais para a promoção da saúde, sob o entendimento e a vivência cotidiana dessas mulheres, que se dá em articulação com a luta pela garantia de um sistema público e universal de saúde.

**Palavras-chave:** Mulheres camponesas, saúde, saberes e práticas populares de saúde, agroecologia, luta, resistência.

## **ABSTRACT**

The present essay, developed through bibliographical and documentary research, aimed to analyze the health policy destined to rural women according to their social, geographical and gender context, considering the subalternization of social policy to the interests of the internal market and its consequences in precarious increasing and disassembly of public health policy, as well as in the intensification of governmental measures contrary to popular democratic foundations, with unfavorable and regressive consequences in the health conditions of the population. The results showed that the social inequalities of access to quality of services are accentuated to the rural women by the gender relations that cover the field, together with the feminine health specificities. Agro-ecology and popular health practices are central elements for the increasing of health, under the understanding and daily life of these women, which takes place in articulation with the struggle for the guarantee of a public and universal health system.

### **Keywords:**

Peasant women, health, knowledge and popular health practices, agroecology, struggle, resistance.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AMQCM – Articulação das Mulheres Quebradeiras de Coco

ANMTR – Articulação Nacional de Mulheres Rurais

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Consea – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Contag – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

DF – Distrito Federal

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

Fetraf – Federação dos Trabalhadores da Agricultura Familiar no Brasil

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IAPs – Institutos de Aposentaria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

Mapa – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

MIQCB – Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco de Babaçu

MMAs – Movimento de Mulheres Agricultoras

MMC – Movimento de Mulheres Camponesas

MMTRs – Movimentos de Mulheres Trabalhadoras Rurais

MP – Medida Provisória

MPA – Movimento dos Pequenos Agricultores

MS – Ministério da Saúde

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

Obteia – Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAV – Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAPO – Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPMF – Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PNSIPCFA – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

Prorural – Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

RAPs – Rede de Atenção Psicossocial

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO 1 – QUESTÃO AGRÁRIA, MULHERES DO CAMPO E GÊNERO</b> .....	19
<b>1.1 A questão agrária</b> .....	19
<b>1.2 Mulheres camponesas e a contextualização das questões de gênero</b> .....	21
<b>CAPÍTULO 2 – O SUS E O DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES DO CAMPO</b> .....	26
<b>2.1 O Sistema Único de Saúde</b> .....	26
<b>2.2 Breve histórico da política de saúde da mulher no Brasil</b> .....	32
<b>2.3 Políticas públicas de saúde que contemplam as mulheres camponesas</b> .....	34
<b>2.3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher</b> .....	36
<b>2.3.2 Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas</b> .....	37
<b>2.4 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres</b> .....	40
<b>CAPÍTULO 3 – RESISTÊNCIA E LUTA DAS MULHERES CAMPONESAS</b> .....	45
<b>3.1 Caminhos de enfrentamento aos desafios da saúde no campo</b> .....	45
<b>3.1.1 Saberes e práticas populares de saúde: O uso terapêutico das plantas medicinais como um modo de vida e resistência no espaço rural</b> .....	46
<b>3.1.2 A agroecologia na promoção da saúde</b> .....	50
<b>3.1.3 A organização sociopolítica das mulheres camponesas e sua luta por direitos em saúde</b> .....	55
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	65

## INTRODUÇÃO

No estudo aqui apresentado é analisada a política de saúde brasileira voltada para as mulheres camponesas<sup>1</sup>, de acordo com os contextos social, geográfico e de gênero, para entender as suas especificidades e as relações que envolvem a saúde das mulheres no campo, como a agroecologia, os saberes e as práticas populares de saúde, e a organização sociopolítica dessas mulheres, e o que tais questões representam em um contexto de precarização das intervenções do Estado, principalmente no desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS).

A motivação pela escolha e o interesse por esse tema vêm, primeiramente, de minhas raízes e da ancestralidade familiar que carrego enquanto parte de família de pequenos agricultores na Região Sul do País e, entre esses, muitas mulheres. Ao longo da vida, as vivências nos tempos que passei na “roça”, como é chamado o espaço do campo, entre o povo da Região Sul do Brasil, construíram uma visão onírica de que a percepção da vida no campo era de serenidade.

Entretanto, apesar de acreditar nessa simbologia, o passar dos anos e a entrada no espaço universitário, como estudante de Serviço Social, possibilitaram novos olhares e novas experiências, que abriram o horizonte para compreender mais profundamente as realidades do campo, que são permeadas por diversas complexidades, para além dessa imagem idealizadora de vida serena em contato com a terra.

Assim, ao informar-me da vida, do trabalho e da luta dos trabalhadores rurais; aprender sobre o movimento da agroecologia e as forças contraditórias que operam, ao mesmo tempo, na agricultura e se opõem ao equilíbrio socioambiental; conhecer pessoalmente acampamentos e assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST) do Distrito Federal (DF); entre outras questões, instigou-me a fazer outra leitura da realidade e ter uma conscientização maior sobre a questão agrária no Brasil; da reforma

---

<sup>1</sup> Pela categoria “camponesas”, entende-se as mulheres que tem seus modos de vida, habitação e trabalho ligados à terra. Entre elas estão agricultoras, extrativistas, arrendatárias, assalariadas rurais, sem-terra, acampadas e assentadas, ribeirinhas, quebradeiras de coco, indígenas e quilombolas. (Conceito adaptado do Movimento de Mulheres Camponesas - MMC. Disponível em: <http://www.mmcbrazil.com.br/site/node/43>. Acesso em: 10 nov. 2018, e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas - PNSIPCFA - BRASIL, 2013). Assim, por questões linguísticas, que envolvem a variação dos termos, a fim de evitar repetições na escrita, ao longo deste estudo, a referência a essas mulheres se dará de formas variadas, indo além da nomenclatura camponesa.

agrária, até as condições de vida, trabalho, e saúde das populações rurais, bem como uma inquietação a respeito da invisibilidade dessas populações.

Neste estudo, aborda-se a saúde no campo a partir de uma perspectiva de gênero, confluindo em alguns pontos que se tornam ainda mais complexos do que somente os desafios que a saúde no campo apresenta, devido às singularidades e especificidades das demandas das mulheres, no que tange à saúde, somadas ao contexto territorial em que vivem. Assim, entende-se que essa é uma situação de vulnerabilidade que demanda atenção, reflexão, análise e intervenção.

As dimensões de raça e etnia têm forte influência sobre o eixo temático do campo e seus desdobramentos sociais, econômicos, de gênero, trabalho, saúde, educação, costumes e modos de vida, entre outros. Assim, é extremamente importante considerar essas dimensões e fazer a leitura da realidade a partir delas, partindo do princípio de que são dimensões estruturantes da organização social, para que assim se construa um entendimento mais completo sobre as questões que perpassam o gênero no campo, tendo em vista que esse não é um lugar universal, que se expressa da mesma forma para todas as mulheres. Porém, por este estudo encontrar limites que se colocam principalmente em relação ao tempo e à grande abrangência que esses temas abarcam, tais dimensões não serão aprofundadas na análise a que se propõe este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A construção das ideias apresentadas ao longo dos capítulos que compõem este estudo, tem como base a revisão da literatura brasileira produzida sobre a temática definida, e análise de documentos e normativas governamentais, bem como produções advindas de movimentos sociais; artigos contidos em coletâneas de livros; estudos acadêmicos e demais produções científicas; além de materiais educativos e informativos disponíveis sobre o tema na internet.

O objetivo geral deste estudo é a análise da política de saúde voltada para as mulheres do campo, de acordo com seus contextos social, geográfico e de gênero, e como objetivos específicos: identificar as relações de gênero que permeiam o espaço do campo e sua relação com saúde das mulheres; identificar as principais demandas de saúde das mulheres do campo apresentadas no âmbito da 2ª Conferência Nacional de Saúde; contextualizar a luta das trabalhadoras rurais em movimentos organizados de reivindicação política por direitos, especificamente na área de saúde; compreender as principais diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, com ênfase no que é previsto para as mulheres camponesas dentro da política, bem como identificar políticas e

projetos que possam contemplar essa população; e abordar o uso das práticas populares de saúde por meio de plantas medicinais pelas mulheres camponesas, como forma de prevenção, promoção e cuidados com a saúde e sua relação com o SUS.

Assim, com o presente estudo visa-se compreender os pontos acima citados por meio das seguintes perguntas-problemas: O que envolve as relações de saúde das mulheres que vivem e trabalham no campo? E como essas relações estão associadas a um processo visível de desproteção do Estado para a atenção à saúde das populações rurais, principalmente as mulheres?

Nessa direção, parte-se do pressuposto de que as relações de saúde das mulheres do campo são marcadas por suas condições de vida e trabalho; pelo uso das plantas medicinais; pela valorização da agroecologia; e por uma dualidade entre a esperança e luta pelo fortalecimento das políticas de saúde, e a consciência das dificuldades da implementação de um sistema de saúde pública que abarque as demandas sociais do território, diante do processo de precarização das intervenções do Estado. Entretanto, mesmo compreendendo esse cenário de desmantelamento da política de saúde, as mulheres rurais seguem resistindo e reivindicando a saúde pública e universal como um direito social que deve ser garantido, fortalecido e ampliado pelo Estado.

É relevante ressaltar e reconhecer, aqui, que o olhar de análise construído sobre o objeto deste estudo vem desta pesquisadora que, embora mulher, vive na cidade. Assim, atenta-se para a imensa importância de que a leitura e intervenção sobre essas realidades considerem as amplas e profundas diferenças que existem entre o modo de vida urbano e o universo que permeia as relações da vida rural.

Um desafio que se coloca é o da apreensão dessas realidades com a textura que elas têm. Intervir nessas realidades precisa ser com as suas singularizações sobre nós, não o contrário. Ao invés de buscar-lhes para a apreensão de nosso olhar e valores, precisamos apreender-lhes e deles não nos separamos para a formulação de conhecimentos e políticas protetoras e potencializadoras da vida. Destacar a potência existente nesses territórios, distantes da hegemonia da razão urbana, letrada, industrial, consumista e abstrata, não deve nos impedir de ver e ouvir as diferentes naturezas da violência e os desenhos de limite que constituem esses lugares. (PULGA, 2009, p. 3 e 4).

A monografia está dividida em três capítulos. No primeiro, é exposta brevemente a questão agrária no Brasil, de forma a contextualizar o espaço territorial em que será pensada, ao longo da pesquisa, a saúde das mulheres que ali habitam e trabalham. Ainda nesse capítulo,

são apresentadas as mulheres camponesas e contextualizadas as questões de gênero manifestadas no espaço rural.

No segundo capítulo, abordam-se o SUS como conquista concretizada a partir da Constituição Federal de 1988, e o direito à saúde da mulher do campo. São analisadas, a partir de pesquisa documental, as políticas públicas destinadas à saúde das mulheres rurais, bem como as normativas, diretrizes, orientações governamentais e conferências sobre essa temática.

No terceiro capítulo, são apresentados, a partir da pesquisa bibliográfica, a conjuntura de resistência e luta dessas mulheres, e os caminhos de enfrentamento aos desafios da saúde no espaço rural.

### **Procedimentos metodológicos**

A metodologia utilizada para a realização deste estudo abrangeu pesquisas documental e bibliográfica, enquanto a interpretação e análise dos dados foram realizadas com base no recurso metodológico de análise temática, da abordagem qualitativa de pesquisa (MINAYO, 2006).

A pesquisa documental foi a base para a identificação e análise das políticas, dos programas e serviços governamentais de saúde que vêm sendo desenvolvidos para essa população, especialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, a fim de compreender a que passo o debate sobre a saúde das mulheres rurais está inserido em um contexto público, e como se tem empreendido avanços para a plena realização dos direitos em saúde dessas mulheres, no que tange à responsabilidade do Estado. Além disso, a pesquisa documental objetivou identificar as principais propostas da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres que contemplem as mulheres do campo, a partir da Resolução 561, de 6 de outubro de 2017, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).<sup>2</sup>

A pesquisa bibliográfica realizou-se a partir da leitura de estudos científicos e produções acadêmicas, bem como de produções advindas de movimentos sociais, que abordam a política de saúde voltada às mulheres camponesas, assim como outras questões que

---

<sup>2</sup> A Resolução CNS 561, de 6 de outubro de 2017, trata da publicação das propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas/os delegadas/os na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.

envolvem suas relações de saúde no espaço rural. Para tanto, buscou-se elementos sobre suas condições de saúde e as formas de enfrentamento e soluções encontradas por essas mulheres, como a organização sociopolítica, a agroecologia e os saberes e as práticas populares de saúde.

Para desenvolver a pesquisa, levantou-se, na base de dados Scielo, a produção científica a respeito das relações de saúde das mulheres camponesas, por meio da pesquisa de artigos, a partir dos descritores: [saúde da população rural], [mulher rural], [mulheres camponesas] e [agroecologia]. Também foram buscadas bibliografias na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos descritores: [saúde das mulheres camponesas] e [mulher rural/ com o filtro: saúde da mulher].

Além de artigos, nessa base de dados encontrou-se uma tese, que foi utilizada, tendo em vista a importância e relevância dos assuntos tratados para a pesquisa e a construção das ideias apresentadas ao longo deste estudo. Foram também pesquisados artigos na biblioteca virtual do Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Águas (Obteia) – que consiste em uma teia de saberes e práticas composta por trabalhadoras/es e gestoras/es do SUS, intelectuais e pesquisadora/es engajadas/os, e os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, com o intuito principal de avaliar essa política, bem como contribuir para sua implantação. Nesse espaço virtual, foram pesquisados artigos que tratam das questões de gênero no campo, da saúde das mulheres camponesas, dos agrotóxicos, da medicina popular e das plantas medicinais.

Em seguida, foram analisados os títulos dos artigos/tese e seus respectivos resumos, a fim de identificar se as bibliografias levantadas se relacionavam com o tema pesquisado. Na base Scielo, a partir do descritor [saúde da população rural] foram encontrados 46 artigos e selecionados quatro; com o descritor [mulheres camponesas] encontrou-se um artigo, que foi selecionado; o descritor [mulher rural] levou a quatro artigos, dentre os quais um foi selecionado; e a partir do descritor [1:agroecologia/2:saúde], de cinco artigos evidenciados, um foi selecionado.

Na BVS, foram encontrados quatro artigos e uma tese, a partir do descritor [saúde das mulheres camponesas]; e a tese foi selecionada; a partir do descritor [mulher rural/ com o filtro: saúde da mulher] encontrou-se 48 artigos e apenas um foi selecionado.

No *site* do Obteia, foram selecionados cinco artigos, que se relacionam com o tema deste estudo, a partir do título e do resumo. Posteriormente, a leitura completa de todas as bibliografias levantadas, objetivou confirmar sua relação com a temática e os objetivos do



presente estudo. Nesse processo de seleção, foi mantido um total de 13 artigos e uma tese, cujos conteúdos foram posteriormente analisados, e os resultados apresentados no decorrer da monografia (Quadro 1).

Quadro 1– Referências dos artigos e tese selecionados nas bases dados Scielo, BVS e Obteia

Artigo nº	Autoria	Título	Local/Revista/Ano
Artigo 1	COSTA, Marta Cocco da <i>et al.</i>	Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde	<i>Rev. Gaúcha Enferm.</i> , 2017, v.38, n.2. ISSN 1983-1447
Artigo 2	COSTA, Marta Cocco da; LOPES, Marta Julia Marques; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli	Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde	<i>Esc Anna Nery</i> , mar. 2015, v.19, n.1, p.162-168. ISSN 1414-8145
Artigo 3	RÜCKERT, Bianca; CUNHA, Daisy Moreira; MODENA, Celina Maria	Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura	<i>Interface (Botucatu)</i> , set. 2018, v.22, n.66, p.903-914. ISSN 1414-3283
Artigo 4	Teixeira, Iraí Maria de Campos and Oliveira, Maria Waldenez de	Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas	<i>Interface</i> , dez. 2014, v.18, suppl.2, p.1341-1353. ISSN 1414-3283
Artigo 5	PULGA, Vanderléia Laodete	A dimensão educativa da luta por saúde no Movimento de Mulheres Camponesas e os desafios político-pedagógicos para a educação popular em saúde	<i>Cad. Cedes</i> , dez. 2009, v.29, n.79, p.387-399. ISSN 0101-3262
Artigo 6	SALES, Celecina de Maria Veras	Mulheres rurais: tecendo novas relações e reconhecendo direitos	<i>Rev. Estud. Fem.</i> , ago. 2007, v.15, n.2, p.437-443. ISSN 0104-026X
Artigo 7	MANDU, Edir Nei Teixeira; SILVA, Graciette Borges da	Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares	<i>Ver. Lat.Am, Enfermagem</i> : 8(4): 15-21, ago. 2000
Artigo 8	PULGA, Vanderléia Laodete	Contribuições do movimento de mulheres camponesas para a formação em saúde	2013 – Obteia
Artigo 9	FERNANDES, Patricia; BOFF, Pedro; BOFF, Mari Inês Carissimi; SANTOS, Karine Louise dos	Etnobotânica de plantas medicinais: potencialidades do uso de fitoterápicos nas unidades básicas de saúde no Planalto Serrano Catarinense	2013 – Obteia
Artigo 10	SANTOS, Júlio César Borges dos; HENNINGTON, Élidea Azevedo	Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra	2013 – Obteia
Artigo 11	THUM, Moara Ailane; CEOLIN, Teila; BORGES, Anelise Miritz; HECK,	Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil	2011 – Obteia

	Rita Maria		
Artigo 12	LARA, Maristela Oliveira; BRITO, Maria José Menezes; REZENDE, Lilian Cristina	Aspectos culturais das práticas dos agentes comunitários de saúde em áreas rurais	2012 – Obteia
Artigo 13	AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi	Promoção da saúde, sustentabilidade e agroecologia: uma discussão intersetorial	<i>Saude soc.</i> , set. 2011, v.20, n.3, p.715-729. ISSN 0104-1290
Tese	PULGA, Vanderléia Laodete	Educação, cultura popular e saúde: experiências de mulheres trabalhadoras rurais	Passo Fundo; s.n; 2003. 159 p.

Fonte: Elaboração da autora, a partir de dados da pesquisa.

Além disso, foram utilizadas produções do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), a respeito de sua realidade de vida, saúde, gênero e direitos, no *site* da organização, assim como monografia acadêmica, estudos, artigos em coletâneas de livros, em revistas, disponíveis na internet e em outras fontes não anexadas na base Scielo, na BVS, no Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Águas, ou no *site* do MMC, mas que condizem com o tema tratado.

# 1 QUESTÃO AGRÁRIA, MULHERES DO CAMPO E GÊNERO

## 1.1 A questão agrária: breve aproximação

A complexidade que envolve a questão agrária<sup>3</sup> no Brasil exige a análise e o aprofundamento da temática na essencialidade de estudos e conhecimentos acumulados por autores voltados a compreender a realidade brasileira a partir da sua formação histórica, social e econômica, e que, nesse intento se dedicaram ao estudo sobre a questão agrária, como é o caso de Caio Prado Júnior; Florestan Fernandes; Celso Furtado; Nelson Werneck Sodrê; entre outros<sup>4</sup>. Entretanto, devido às limitações de um TCC de graduação, essa temática não será aprofundada, mas apresentada somente uma breve reflexão, a fim de contextualizar, mesmo que brevemente e na sua superficialidade, aspectos relevantes da realidade rural do País.

Cerca de 30 milhões de pessoas vivem em áreas rurais no País, representando 15,65% da população brasileira, segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Na distribuição da população rural, por região, 4,2 milhões de pessoas estão no Norte (26,49%); no Nordeste, 14,2 milhões (26,87%); no Centro-Oeste, 1,5 milhão (11,1%); no Sudeste, 5,6 milhões (7%); e, no Sul, 4,1 milhões de pessoas (15%).

A realidade do campo no Brasil é atravessada por questões como a concentração fundiária<sup>5</sup>; as desigualdades na distribuição de terras; os latifúndios<sup>6</sup>; a monocultura<sup>7</sup>; o agronegócio<sup>8</sup>; a grilagem de terras<sup>9</sup>; as relações de trabalho; exportações e importações; tecnologias de desenvolvimento agrícola; agrotóxicos; problemas socioambientais; interesses políticos; riqueza e pobreza; dificuldades de mobilidade; desigualdades de acesso

---

<sup>3</sup> A questão agrária envolve o conjunto de determinações, fenômenos, contradições e problemas da realidade social advindos da expressão do desenvolvimento do capitalismo no campo, sob uma perspectiva que contempla as dimensões sociais, econômicas e políticas (FERNANDES, 2001).

<sup>4</sup> No aprofundamento da temática, sugerem-se, dentre as referências relevantes, os estudos de: PRADO JR., Caio. **A questão agrária**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1979. PRADO JR., Caio. **História econômica do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2006. FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**, 34. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 2007. FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Globo, 2006.

<sup>5</sup> Concentração fundiária significa a posse da maior parte das terras por poucos proprietários.

<sup>6</sup> Latifúndios são propriedades agrícolas de grande extensão, pertencentes a um proprietário, uma pessoa, família ou empresa, e que, em sua maioria, são terras com grandes partes não cultivadas.

<sup>7</sup> Monocultura é a exploração do solo para a produção especializada de um único tipo de produto agrícola.

<sup>8</sup> O agronegócio consiste no contexto das relações industriais e comerciais da produção agropecuária com a finalidade de reduzir o emprego da mão de obra e lucro. É caracterizado pela desassociação aos ecossistemas naturais, pela monocultura, uso de agrotóxicos e tecnologias, desmatamento, empobrecimento do solo, etc.

<sup>9</sup> A grilagem de terras é a tomada ilegal e apropriação indevida de terras particulares ou do poder público que envolve a falsificação de documentos.

e oferta de serviços básicos; conflitos no campo; genocídio dos povos indígenas; ao mesmo tempo em que há minifúndios<sup>10</sup>, agricultura sustentável, preservação da biodiversidade, movimentos sociais pela reforma agrária, entre outras manifestações.

No contexto de produção capitalista, a economia tem papel fundamental nos sistemas de agricultura, perpassando a globalização; o mercado; e a modernização dos processos de trabalho e produção, que se deu historicamente por meio da substituição da mão de obra humana pelas máquinas. Com o processo de atualização e introdução de inovações tecnológicas no campo, os métodos produtivos intensificaram-se, assim como ocorreu a diferenciação estrutural e funcional dos ecossistemas naturais para agrossistemas, que perpassam a modernização por meio da artificialização agrícola (ALMEIDA, 2016). De acordo com Silliprandi (2009 *apud* ALMEIDA, 2016), esse cenário encontrou bases e apoios financeiro e técnico por todo o mundo, de influentes corporações e instituições internacionais, e ficou conhecido como Revolução Verde:

[...] uma proposta de produção agrícola que buscava, nos dizeres da ciência convencional e das grandes corporações, detentoras das tecnologias e do conhecimento, erradicar a fome no mundo e produzir alimentos em larga escala com o uso de novas tecnologias e insumos. (ALMEIDA, 2016, p. 18).

Esse formato de produção, segundo Almeida (2016), seguiu a linha proposta e promoveu um aumento na produtividade agrícola, contudo, do mesmo modo, instaurou o uso de agrotóxicos, transgênicos<sup>11</sup>, fertilizantes químicos, entre outros elementos e fatores que se transfiguram em problemas socioambientais. Compreende-se também que esse processo abriu espaço para o crescimento do agronegócio, e que tal contexto impactou diretamente nas formas de vida e trabalho da população rural, tendo em vista que o agronegócio tem uma visão mercadológica e hegemônica que prioriza o financiamento das grandes produções, dessa forma reduzindo o valor do trabalho e a produção dos pequenos agricultores. Esse cenário também trouxe impactos para a saúde das populações rurais que passaram a lidar cotidianamente com agentes químicos e tóxicos, seja diretamente, no decorrer do trabalho, ou indiretamente, pela alimentação e contaminação do solo e das águas dos rios (ALMEIDA, 2016).

---

<sup>10</sup> Minifúndios são propriedades rurais de pequenas extensões.

<sup>11</sup> Transgênicos são organismos vivos geneticamente modificados. No caso da agricultura, em geral, são sementes. (Os conceitos especificados tiveram como base o Dicionário *On-line* de Português e o portal Brasil Escola, disponíveis em: <https://www.dicio.com.br/>. Acesso em: 19 nov. 2018; e <https://brasilecola.uol.com.br/>. Acesso em: 19 nov. 2018, além dos próprios conhecimentos gerais sobre os temas).

Além disso, Luz (2014 *apud* ALMEIDA, 2016) ressalta que esse processo também estabeleceu mudanças nos saberes e fazeres tradicionais das famílias rurais, por meio da propagação de que seus conhecimentos são ilegítimos e ultrapassados. Desse modo, as práticas agrícolas tradicionais e a organização das relações de coprodução equilibrada e sustentável entre a agricultura e a natureza, que por centenas de anos orientaram a vida das populações rurais, se encontravam ameaçadas por esse processo de modernização.

Segundo Teixeira (2005, p. 22) “o conceito de modernização não pode se restringir aos equipamentos usados e sim, deve levar em conta todo o processo de modificações ocorrido nas relações sociais de produção”. Desse modo, é fundamental compreender que, assim como esses processos que envolvem a modernização, as citadas questões que permeiam a realidade do campo impactam direta e indiretamente, na realidade social e vida pessoal das populações que vivem e trabalham no campo.

Sabe-se das desigualdades de acesso da população rural aos serviços básicos, como educação e saúde, tendo em vista a distância dos grandes centros urbanos, onde há mais oferta e melhores condições de acesso a esses serviços. Tal cenário resulta em aumentados índices de analfabetismo e baixa escolaridade nas áreas rurais do que em áreas urbanas (CARNEIRO *et al.*, 2015).

A saúde das populações rurais é muitas vezes transpassada por práticas e técnicas do processo produtivo agrícola que são nocivas à saúde, como a exposição à radiação solar (SANTOS; HENNINGTON, 2013); exposição a animais peçonhentos; utilização de fertilizantes químicos; intoxicação por agrotóxicos; desgaste físico; lesões por esforços manuais repetitivos; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018), entre outros. Além disso e das condições desiguais de acesso e qualidade dos serviços de saúde, há um cenário que apresenta necessidades em relação ao saneamento ambiental, e que afeta diretamente a qualidade de vida e saúde (CARNEIRO *et al.*, 2015). Outra complexa questão relativa às desigualdades socioeconômicas no campo é a falta de acesso à rede elétrica em algumas regiões mais isoladas, que está relacionada à dificuldade em acessar programas e serviços de educação e saúde (IBGE, 2011).

## **1.2 Mulheres camponesas e a contextualização das questões de gênero**

Historicamente, o papel da mulher nas sociedades, assim como a sua condição, foi estruturado “[...] de forma particular, no tempo e no espaço, em cada civilização, assumindo

traços e peculiaridades segundo os valores, a cultura, a religião e a tradição de cada época” (FISCHER, 2006, p. 21). Contudo, a mudança da organização matrilinear<sup>12</sup> que predominava há muitos séculos, para a configuração mundial do patriarcado<sup>13</sup>, nos dias de hoje, foi um marco histórico fundamental da profunda transformação das relações sociais e representação da figura feminina na sociedade que, segundo Fischer (2006), ao longo do tempo, foi sendo associada ao casamento, à maternidade, aos cuidados da casa e da família, à reprodução, ao prazer masculino e à submissão, como um papel estabelecido e inquestionável, além da histórica negação da igualdade de direitos às mulheres.

A condição da mulher na sociedade atual, de acordo com Saffioti (1976), está atribuída aos primórdios históricos das relações e da organização social. Dessa forma, para a autora, esses desdobramentos atuais do patriarcado e das desigualdades de gênero<sup>14</sup> têm raízes nas condições históricas da relação homem-mulher no sistema escravocrata, que não deixaram de se manifestar com a abolição da escravatura e o advento do capitalismo, e ainda se expressam fortemente na atualidade. Com a transição para o capitalismo e a centralidade do trabalho como determinante das relações sociais, a condição das mulheres ainda não havia atingido um nível real de libertação – em níveis bastante distintos entre mulheres brancas e negras –, enquanto o homem é aquele que vende a sua força de trabalho, ganha dinheiro e tem o posto de chefe de família (SAFFIOTI, 1976).

Mesmo com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, no decorrer do processo de industrialização, a desigualdade entre os gêneros ainda é reafirmada pelas relações contraditórias estabelecidas no contexto da sociabilidade, fundamentalmente baseado na hegemonia masculina (FISCHER, 2006). O papel do homem, enquanto chefe de família e provedor da casa, ainda tem muita força e se manifesta em larga escala por todo o País e mundo, e intensamente no campo, e se desdobra em elementos como: os cuidados da casa e da família ficam a cargo das mulheres; a dupla, ou tripla, jornada e a divisão sexual do trabalho; a desigualdade de renda entre homens e mulheres; dentre outros.

---

<sup>12</sup> Segundo Faur (2003), a sociedade matrifocal e matrilinear era um sistema social centrado na mãe e na mulher. Mesmo a imagem feminina predominando, essa organização era caracterizada pelo equilíbrio entre o feminino e o masculino e pela ausência de hierarquias e domínio de um sexo sobre o outro.

<sup>13</sup> De acordo com Saffioti (2004), o patriarcado é uma estrutura de poder baseada na relação de dominação e hierarquia simbólica e material dos homens sobre as mulheres.

<sup>14</sup> Segundo Fischer (2006), o conceito de gênero indica uma construção sociocultural dos papéis feminino e masculino, que incide sobre as relações sociais por meio da sua representação e valorização na sociedade, em que essa relação perpassa “o conjunto de disposições pelo qual uma sociedade hierarquiza a sexualidade biológica nas relações sociais” (FISCHER, 2006, p. 31). Saffioti (1992) afirma ainda que o gênero, além de determinar as relações sociais, também repercute sobre os processos das transformações históricas.

De acordo com Carneiro *et al.* (2015), segundo considerações do Panorama de Decomposição da Renda em Diferentes Fontes, da Fundação Getúlio Vargas, as mulheres possuíam renda muito inferior aos homens, durante todo o período de 1992 a 2009. Em 2009, a renda média individual das mulheres camponesas era de R\$ 204,94, e passava de 50% a diferença de renda entre os gêneros.

À vista disso, sabe-se que a realidade das zonas rurais, de forma geral, apresenta adversidades, mas quando se trata de um olhar sobre as mulheres que trabalham e residem nesses espaços, esse panorama se torna ainda mais complexo, tendo em vista as suas singularidades e demandas específicas, e o contexto social, que é fundamentado no patriarcado e nas desigualdades de gênero. Considerando essas reverberações, ser mulher, no espaço do campo, envolve questões mais agravantes do que as próprias complexidades social e geográfica das áreas rurais, como a cultura machista, a violência, a opressão, a exploração, a divisão sexual do trabalho e a dupla, ou tripla, jornada de trabalho, entre outras questões.

De acordo com Fischer (2006), as mulheres rurais estão presentes simultaneamente nos processos que envolvem a casa e a roça. Elas carregam, segundo as regras morais da sociedade, a obrigação de:

[...] cuidar dos filhos, dos animais de pequeno porte, da lavoura em pequena escala e administrar a casa, sem acesso a qualquer recurso financeiro. Por outro lado, as atividades que envolvem decisão e dinheiro são tradicionalmente assumidas pelo homem. Resta à mulher desenvolver o chamado trabalho (in)visível, pois se constitui prática no meio rural a subsunção do trabalho doméstico às atividades agrícolas que, juntas, contribuem definitivamente para o abastecimento da produção alimentar e o bem-estar da família. (FISCHER, 2006, p.43).

Além disso, Fischer (2006, p. 45) trata da subestimação do trabalho feminino no campo e da descaracterização da sua jornada cotidiana de afazeres enquanto trabalho, assim, sua participação produtiva no semeio, na colheita, e em outros processos, é considerada muitas vezes como ajuda. Para a autora, “a ideologia patriarcal sacramentou a invisibilidade do trabalho da mulher rural na produção agrícola e, conseqüentemente, a desvalorização desse trabalho do ponto de vista monetário e social”.

Na revisão da literatura realizada sobre a temática, diferentes autores apresentam perspectivas semelhantes a essa, ao trazerem a invisibilidade do trabalho feminino no campo e a consideração desse como improdutivo ou ajuda; a organização patriarcal como força que incide nas relações de gênero; a divisão sexual do trabalho; a posição social do homem enquanto provedor da casa e do dinheiro; e a mulher no papel de mãe e dona de casa, sob uma

abordagem em que esses papéis legitimam condutas de dominação e subordinação e reforçam a falta de autonomia das mulheres. Tais perspectivas são abordadas nos estudos de: Costa *et al.* (2015; 2017); Thum *et al.* (2011); Sales (2007); Santos e Hennington (2013); e Teixeira e Oliveira (2014).

Ademais, esse cenário também tem expressão no fato de as mulheres rurais apenas terem reconhecimento constitucional da ocupação de trabalhadoras rurais a partir da Constituição Federal de 1988, por meio de muitas lutas (PULGA, 2009). Assim, entende-se que essa situação contribuiu para o respaldo e a legitimação histórica das desigualdades de gênero e da violência exercidas pelos homens, tendo em vista que o reconhecimento institucional é uma representação essencial que afirma a sua existência, seu trabalho e seus direitos, de forma que amplia essa conscientização para os homens, tendo em vista que, para si, essa já é uma situação resolvida. Entretanto, mesmo após o reconhecimento das mulheres enquanto trabalhadoras rurais, essas expressões ainda se manifestam com muita intensidade nas relações do campo, demonstrando a potência das forças que movem o sistema patriarcal.

Tal contexto tem relação direta com os processos de violência, que tanto na revisão bibliográfica quanto na documental, foi encontrado como ponto marcante das relações de gênero no espaço rural, ainda que haja uma nuvem de silêncio sobre esse assunto no que tange a dados, informações e à baixa quantidade de produções científicas a respeito das expressões da violência contra a mulher na cultura rural (PULGA *et al.* 2018).

Segundo considerações de Costa *et al.* (2017), as situações de violência para as mulheres do campo têm formas complexas e múltiplas e se manifestam potencialmente nas relações do dia a dia, no trato, no manejo e na posse da terra e na configuração do trabalho masculino situado na divisão sexual do trabalho, da posição de controle e poder que nasce da condição de detentor do dinheiro, de forma a inferiorizar a mulher, entre outros fatores.

Assim, entende-se que os processos de violência se expressam fortemente no espaço familiar e não se limitam apenas à violência física, mas possuem diversas formas e manifestações. Além disso, segundo Costa *et al.* (2017), a violência doméstica no campo, somada a toda sua complexidade, ainda passa pelo processo de naturalização e invisibilização, muitas vezes relacionado ao medo da exposição social e discriminação e à má qualidade dos serviços de acolhimento ofertado por parte dos profissionais.

Ainda, destaca-se a precoce iniciação das mulheres camponesas no mundo do trabalho. De acordo com Lorenzoni (2007 *apud* PULGA, 2009) cerca de 90% das mulheres rurais começaram a trabalhar ainda crianças, ou adolescentes, sem benefícios sociais, direitos



previdenciários e carteira assinada. A compreensão dessa informação pode ser interpretada a partir da assimilação dos impactos da cultura machista sob as mulheres, de forma que, desde crianças, as mulheres são vistas pela ótica estigmatizante do seu papel feminino na sociedade, perpassando a precoce inserção no mundo do trabalho nas lavouras, e, desde sempre, a educação direcionada às funções materna e de dona de casa.

Esse contexto realiza-se historicamente também por questões que tangem as condições estruturais e a cultura patriarcal, visto que, ao menos antigamente, muitas meninas não puderam seguir na escola, após determinado período escolar, com a imposição da família sobre a importância da dedicação exclusiva à roça, casa e família, renegando seus direitos e a igualdade entre os homens e as mulheres, pois, ao mesmo tempo, os meninos, muitas vezes irmãos da mesma família, tiveram a oportunidade e o incentivo de seguir no sistema de ensino, a fim de completar a formação e se inserir no mercado de trabalho.

## **2 O SUS E O DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES DO CAMPO**

### **2.1 O Sistema Único de Saúde**

Historicamente, a atenção na área de saúde, no Brasil, no período da Colônia e início do Império, esteve atrelada aos agentes da medicina, que faziam parte da elite, e prestavam atendimento apenas às camadas mais altas da sociedade. Para os pobres e negros escravizados, as práticas de saúde eram escassas e baseavam-se na solidariedade, assim, eram tratados por curandeiros ou submetiam-se aos cuidados de representantes das ordens religiosas, como a Santa Casa de Misericórdia. No período da República, passaram a ser praticadas atividades de saúde pública voltadas à manutenção da salubridade e em campanhas sanitárias dirigidas ao controle de epidemias e doenças infectocontagiosas, além da vacinação obrigatória em todo o território nacional, medida que encontrou resistência, por meio de manifestações populares (GIOVANELLA, 2012).

A intervenção estatal na atenção à saúde no Brasil inicia-se na década de 1920, com as políticas de assistência médica atreladas à previdência social. De acordo com Giovanella (2012), em 1923, são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), pela Lei Eloy Chaves, de natureza contributiva, que proporcionava benefícios aos seus contribuintes, como a assistência médica. Porém, esse modelo de prestação de assistência médica por meio da previdência era restrito e vinculado somente aos trabalhadores formais urbanos, como ferroviários, marítimos e estivadores.

No ano de 1933, o governo de Getúlio Vargas cria os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que também ofereciam benefícios de assistência médica em uma lógica contributiva, passando a abranger mais categorias de trabalhadores assalariados, embora ainda voltada para grupos reduzidos, se configurando em um acesso muito restrito, em que, além de algumas categorias urbanas, os trabalhadores rurais não tinham acesso.

A população rural por muito tempo esteve fora das políticas de saúde, que se traduziam por meio das ações campanhistas de saúde do Estado, que tinha centralidade nos centros urbanos, e também da medicina previdenciária, de modo que só na década de 1970 os trabalhadores rurais tiveram direito ao acesso à previdência.

No período da ditadura militar, houve a unificação desses institutos, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Assim, muitos brasileiros não tinham acesso à previdência e à assistência médica, destinadas aos trabalhadores de carteira assinada. Em um

movimento de universalização da cobertura previdenciária, os trabalhadores rurais alcançaram o acesso à previdência social em meados da década de 1970, por meio do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), e assim, passaram a ter o direito a acessar o serviço de saúde, embora ainda mediante a lógica contributiva (GIOVANELLA, 2012).

Contudo, de acordo com as necessidades de reestruturação do Estado, a atenção à saúde passou por diversas transformações ao longo dos anos em suas formas de organização e financiamento, modificações essas que, por vezes, favoreceram um modelo excludente de direitos sociais (LOBATO, 2012).

A partir do final da década de 1970, em meio a um contexto de abertura política e, mais adiante, o fim do regime militar, a saúde passa a “[...] assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2006, p. 94). Constituiu-se, então, o Movimento de Reforma Sanitária, que, segundo Aguiar (2011), se tratou de um projeto com a perspectiva de reformulações na área da saúde e do sistema de saúde, concebendo-a como direito social e dever do Estado.

A Reforma Sanitária também previa a concepção ampliada de saúde; a participação social; a atenção integral; a universalização do acesso à saúde; e a criação do SUS. Esse movimento pela democratização da saúde constituiu-se com a luta de diversas categorias, como os sanitaristas, intelectuais, sindicatos, trabalhadores, estudantes de saúde, lideranças populares, parlamentares, e entidades, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes).

No decorrer do Movimento de Reforma Sanitária, de crescentes debates e mobilizações da sociedade civil, com profissionais de saúde e movimentos populares, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, como importante marco para o debate da democratização da saúde e a defesa das pautas da Reforma Sanitária na agenda política constitucional. Em 1988, a promulgação da Constituição Federal supera o acesso à assistência médica ligada à previdência, abrangendo somente os trabalhadores formais contribuintes, e prevê o SUS, um sistema público, nacional e universal, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, em um movimento de reorganização do sistema de saúde, efetivando muitas das propostas levantadas pelo Movimento de Reforma Sanitária (AGUIAR, 2011).

A Constituição Federal de 1988 traz mudanças e conquistas legais, instituindo a saúde como um dos pilares da seguridade social, em conjunto com a previdência e a assistência

social. Além disso, constitui-se em um marco legal para a saúde como um direito social, bem como a educação, alimentação, segurança, trabalho, moradia, transporte, entre outros direitos, de acordo com o seu Art. 6º (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) determina os princípios e as diretrizes fundamentais do SUS, como a equidade, que se caracteriza pela igualdade na assistência à saúde, sem nenhuma forma de preconceito, por discriminação de raça, etnia, gênero, renda, religião, ou de outra ordem. Outro princípio do SUS é a universalidade:

O acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. [...] as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços [...]. (GIOVANELLA, 2012, p. 367).

O princípio da integralidade consiste em:

[...] um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso [...]. A ideia é que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. [...] No âmbito mais geral da política de saúde, a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população. (GIOVANELLA, 2012, p. 368).

A participação social e o controle popular também compõem os princípios do SUS, e se materializam por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, ambos de níveis nacional, estadual e municipal.

A participação da comunidade é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. (GIOVANELLA, 2012, p. 368).

Destaca-se, também, a descentralização:

A descentralização constitui eixo fundamental da reforma. O sistema único passa a ser de responsabilidade das três esferas de governo, onde cada uma tem atribuições próprias. A provisão direta de serviços passa a ser de responsabilidade dos governos municipais, com assistência da União e dos Estados. O sistema deve ser unificado em rede, ou seja, interligado em serviços pertencentes às diferentes esferas de

governo, que atendam aos pacientes de forma referenciada e de acordo com o nível de complexidade exigido. (LOBATO, 2012, p. 75).

Apesar de todos os avanços que a Constituição Federal trouxe enquanto marco legal para a saúde como direito social, e ao aumento das intervenções do Estado por meio do fortalecimento do setor público, a implementação do SUS em sua concepção original, ou seja, a sua operacionalização, vem passando por diversas dificuldades ao longo dos anos. O final da década de 1980 demonstrou-se favorável a debates políticos e democratização de direitos sociais, entre outras conquistas. Porém, a partir dos anos 1990, o papel do Estado passa por um redirecionamento, em meio ao contexto neoliberal vigente.

Implementar o SUS em sua concepção original significa romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias. (GIOVANELLA, 2012, p. 387).

Assim, segundo Bravo (2006), apesar dos inúmeros progressos previstos constitucionalmente, a política de saúde vem sendo desconstruída, e as forças neoliberais conduzem a uma crescente diminuição das intervenções do Estado, que se vincula ao mercado, faz parcerias com a sociedade civil e transfere suas responsabilidades para com as políticas sociais. Assim, os direitos na área da saúde são reduzidos, mas também na área trabalhista, provocando a precarização do trabalho e o aumento do desemprego, bem como o sucateamento da educação e o desmonte da previdência pública.

Dessa forma, entende-se que o Estado segue uma política de ajuste neoliberal,

[...] que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. (BRAVO, 2006, p. 101).

Nesse contexto, de acordo com Rezende (2008), a tendência é a diminuição da função executiva do Estado, desde a edição do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), no governo de Fernando Henrique Cardoso, a fim de reordenar a função do Estado enquanto coordenador e financiador. Diversas medidas foram instituídas, a partir do Plano Diretor de Reforma, derivando em privatizações, principalmente das políticas sociais da seguridade social, ao transferir suas ações, seus programas e serviços para a iniciativa privada,

com justificativas de modernização do Estado, melhoria dos serviços para a população, entre outras, mas que, na realidade, se reflete em focalização e fragmentação dos serviços, em contraponto à universalização e à integralidade.

Tal contexto de contrarreforma<sup>15</sup> traz impactos sociais, políticos e econômicos para os governos que se seguem. De acordo com Matias, Nóbrega e Silva (2017) os governos Lula e Dilma seguiram uma linha neodesenvolvimentista<sup>16</sup>, a partir do social-liberalismo. Assim, mantiveram a estruturação de seus governos sob a lógica neoliberal, dando continuidade à contrarreforma da seguridade social, porém, alternando entre medidas que sustentam o projeto neoliberal, dando continuidade à política de saúde da década de 1990, e medidas de fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2006). Dessa forma, entende-se que, no governo Lula, se concebe um projeto de Reforma Sanitária flexível, que:

[...] adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica [...]. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10).

Assim, de acordo com Bravo (2013) a Reforma Sanitária flexível se dá como um movimento de reconfiguração do projeto de Reforma Sanitária, em um quadro que altera e reduz as proposições ideais do movimento. Esse contexto mantém-se no governo Dilma, que dá seguimento ao sistema político-econômico do governo anterior.

Com o golpe de Estado e a posse do ex-presidente ilegítimo Michel Temer, diversas medidas foram implementadas, na contramão das conquistas históricas de direitos, em uma continuidade e intensificação das contrarreformas que incidem sobre a população, por um governo conservador e neoliberal. Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), algumas dessas medidas apresentam um risco à continuidade do SUS, como as propostas de Planos Populares de Saúde, com valores mais acessíveis. Há também medidas de revisão das políticas de atenção à saúde, trazendo retrocessos, principalmente à saúde mental, ao alterar conquistas da Reforma Psiquiátrica. Movimenta também alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a aprovação da Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016, do teto dos

---

<sup>15</sup> Segundo Granemann (2004, p. 30), as contrarreformas são entendidas como: “alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho. As contrarreformas, em geral, alteram os marcos legais – rebaixados – já alcançados em determinado momento pela luta de classe em um dado país”.

<sup>16</sup> De acordo com Matias, Nóbrega e Silva (2017), o neodesenvolvimentismo se caracteriza por uma política de desenvolvimento que busca o crescimento econômico, mantendo as bases neoliberais na economia que favorecem o capital internacional, e, ao mesmo tempo, a busca pela diminuição das condições de pobreza, contudo, sem alterar as estruturas que determinam as desigualdades sociais.

gastos públicos, que prevê o congelamento dos gastos pelo período de 20 anos, afetando diretamente o financiamento da política de saúde.

Nessa mesma direção, o governo de Jair Bolsonaro aprofunda o desmonte da política de saúde brasileira. Em apenas dois meses de governo, em meio ao visível despreparo para o exercício do cargo, ineficiência e indícios de corrupção, utiliza medidas que compõem um cenário de desmonte das políticas públicas, a favor do capital, a exemplo do afrouxamento na legislação do uso de agrotóxicos por parte do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), inserindo no mercado aumento significativo de novos produtos. Não são de agora as medidas governamentais para a desburocratização do uso de agrotóxico no Brasil, tendo em vista as medidas já implementadas antes mesmo do “pacote do veneno”, denominação popular para o Projeto de Lei 6.299/2002, que foi considerado um retrocesso na Lei de Agrotóxicos de 1989. Dessa forma, se o agrotóxico, no Brasil, já representava um grave problema de saúde pública, a inserção no mercado de mais produtos agravará ainda mais os perigos aos quais a população está submetida<sup>17</sup>.

O incentivo e a priorização do mercado também se acentuam na área da saúde, a exemplo da publicação da Nota Técnica 11/2019, intitulada Nova Saúde Mental, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2019. O teor do documento vai de encontro ao modelo assistencial proposto pela reforma psiquiátrica, ao propor a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, financiamento público para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia e, portanto, retomando e reforçando a lógica manicomial e desconstrução da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs).

A partir dessa breve contextualização histórica da conjuntura econômico-política e seus impactos nas políticas sociais, principalmente a política de saúde, entende-se que esse cenário gera desdobramentos expressivos para a saúde da população rural, que já apresenta dificuldades históricas de acesso à saúde, devido ao contexto territorial do campo.

---

<sup>17</sup> Disponível em: <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/sob-o-governo-bolsonaro-tres-agrotoxicos-sao-liberados-a-cada-dois-dias/>. Acesso em: 3 mar. 2019.

## 2.2 Breve histórico da política de atenção à saúde da mulher no Brasil

A atenção à saúde das mulheres inicia-se nas primeiras décadas do século XX, porém, tais políticas tinham um caráter ainda muito limitado, fragmentado e reducionista, considerando as mulheres somente pela ótica da reprodução (FREITAS *et al.* 2009). A partir desse cenário, de acordo com Giffin (2002), diversos movimentos de mulheres mobilizaram-se para que essa visão reducionista da atenção à saúde da mulher enquanto reprodutora fosse rompida. Assim, em resposta a essas reivindicações foram propostas algumas políticas de contexto mais integral à saúde das mulheres pelo Ministério da Saúde, embora ainda hoje apresentem limitações, principalmente em relação à postura dos profissionais de saúde.

Na década de 1970, foi criado o Programa de Saúde Materno-infantil, destinado ao controle das taxas de morbimortalidade feminina e infantil e o planejamento familiar. Em 1983, é criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com foco na saúde reprodutiva e no controle de natalidade.

Assim, de acordo com Freitas *et al.* (2009), em 2004, devido às necessidades de modificações para melhorar a atenção à saúde das mulheres quanto ao fortalecimento da integralização, e, segundo Costa (2000), diante das influências do movimento feminista e do Movimento de Reforma Sanitária, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM/2004), que ampliou o atendimento desse público para além da maternidade, e propôs diretrizes para garantir a qualidade e a humanização do atendimento, como princípios para uma atenção integral.

Essa política foi construída a partir de discussões com a sociedade, com áreas do Ministério da Saúde; gestores do SUS; movimentos de mulheres, mulheres negras e trabalhadoras rurais; pesquisadores; organizações não governamentais, entre outros, prezando, em sua construção, pelo entendimento das necessidades das mulheres, bem como suas identidades e regionalidades.

A PNAISM trouxe avanços no campo do planejamento familiar; no combate às violências doméstica e sexual; na atenção obstétrica; na atenção ao abortamento inseguro; no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos; na redução dos índices de mortalidade e morbidade por causas que possam ser evitadas e prevenidas; entre outros (BRASIL 2004). Apesar disso, atualmente, ainda existem grandes desafios, no que tange ao campo dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e, principalmente, a questão do aborto.



De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>18</sup>, o abortamento inseguro é uma das principais causas de morte materna. Tendo em vista o enorme conservadorismo manifestado no País, os direitos sexuais, reprodutivos e o direito à decisão da mulher sobre o próprio corpo ainda são questões que esbarram fortemente nas posições criminilizadoras da sociedade e do Estado, de cunho fundamentalista e religioso, que ultrapassam o campo individual de autonomia das mulheres sobre suas próprias escolhas e decisões sobre si, em um movimento de imposição de crenças, culpabilização, noções de certo e errado, e condenação por transgressão da lei, humana e/ou ‘divina’.

Assim, o atendimento nos serviços de saúde às mulheres que realizaram aborto, ou estão em processo de abortamento, é muitas vezes influenciado por essas questões de cunho moralizante e religioso, que dificultam a compreensão sobre o assunto e se manifestam em forma de discriminação, intolerância, punição e violência institucional por parte dos profissionais de saúde (SOARES, 2014).

Outra demanda em relação às complexidades da PNAISM é a consideração de outras especificidades das mulheres, que vão para além da abordagem de gênero. Segundo o Documento Orientador da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, essa é uma abordagem fundamental, que direciona um olhar às mulheres, considerando as vulnerabilidades a que estão sujeitas nos cenários social, político, econômico e cultural.

Contudo, é de extrema importância a também consideração das mulheres em suas diversidades e vulnerabilidades, que perpassam as classes sociais, a raça, etnia, as deficiências, a orientação sexual, identidade de gênero, as mulheres ciganas, encarceradas, do campo, da floresta e das águas, em situação de rua, em conflitos de terra, etc., abarcando, assim, mais integralmente, a saúde das mulheres, tendo em vista que suas diferentes especificidades incidem diretamente sobre sua qualidade de vida e os processos de saúde-doença.

Além dos programas e políticas que perpassaram a trajetória histórica para a implementação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, existem outras iniciativas governamentais com foco na saúde da mulher, como o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); a Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela

---

<sup>18</sup> Organização Mundial da Saúde. Folha informativa - Mortalidade materna. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820). Acesso em: 21 nov. 2018.

Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras (2005); a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005); o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (2007); a Rede Cegonha (2011); o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) (2012); entre outras ações (ANDRADE, 2014).

Assim, percebe-se uma trajetória histórica de ações, planos, pactos, programas e políticas públicas que vêm pensando modelos de atenção à saúde da mulher e suas demandas. Contudo, observa-se na exposição dessa trajetória, que as iniciativas do Estado brasileiro voltadas à saúde das mulheres de modo geral ainda são muito recentes, tendo sido elaboradas e concebidas com mais solidez nos últimos 20 anos. Desse modo, entende-se que essas questões ainda não se apresentam de forma estrutural no âmbito histórico das políticas públicas brasileiras, que apesar de apresentar avanços no decorrer dos anos, ainda dispõe de muitos desafios. Nesse sentido, infere-se que esse contexto reflete sob a condição de saúde das mulheres camponesas, no que concerne à escassez de ações e medidas que contemplem integralmente as suas especificidades e demandas.

### **2.3 Políticas públicas de saúde que contemplam as mulheres camponesas**

As populações rurais têm seus modos de vida próprios, assim como seus processos de saúde e adoecimento têm suas particularidades. A determinação da saúde<sup>19</sup>, nesse espaço, é delineada por diversos condicionantes sociais, culturais, políticos e econômicos, que permeiam o cotidiano de vida dessas comunidades. Registra-se, nesse contexto, o uso indiscriminado de agrotóxicos que contamina o ambiente e impacta nas seguranças alimentar e nutricional; a perda da diversidade de alimentos; conflitos pela terra; e a pobreza, que se transfigura em mínimas condições de acesso a direitos básicos, como água potável, rede de esgoto, acesso à educação, terra, moradia, ao trabalho digno, aos serviços de saúde, entre

---

<sup>19</sup> Segundo Albuquerque e Silva (2014), a noção de determinação social da saúde abarca, a partir de uma perspectiva materialista histórico-dialética, o entendimento dos seres humanos como seres biológicos atravessados por uma teia de relações sociais provindas do modo de produção capitalista. Essa concepção vai além do reconhecimento dos impactos dos fatores/determinantes sociais na saúde e na doença de forma individual e fragmentada, compreendendo a determinação das condições desiguais de saúde a partir das relações capitalistas, de modo a entender porque essas condições se impõem e como se desdobram em limites e possibilidades para as diferentes existências e realidades sociais. A perspectiva de determinação social da saúde é utilizada neste trabalho pois melhor contempla a linha teórico-metodológica adotada.

outros (PULGA *et al.* 2018). Nesse cenário, a saúde da mulher também é marcada por todas essas determinações, e ainda apresenta outras singularidades.

O ambiente cotidiano de sobrecarga de trabalho, a opressão, discriminação e violência doméstica, compõem alguns dos fatores que incidem fortemente sobre os processos de saúde e doença da mulher camponesa. Considerando essas diversas formas de expressão da violência, manifestam-se sofrimentos e adoecimentos, sentimentos de angústia, medo, ansiedade, culpa, impotência, por vezes não compreendidos pelos profissionais de saúde e não enquadrados como desdobramentos dos processos de violência, mas, segundo Pulga *et al.* (2018), enquanto causas mal definidas ou queixas difusas. Isso ocorre tendo em vista o cuidado fragmentado e muitas vezes centralizado na mulher sob a ótica reprodutora que existe nos serviços de saúde, em contraponto a uma atenção à pessoa humana de forma integral (PULGA *et al.*, 2018).

Esta realidade traduz as múltiplas faces da violência como fenômeno presente no território vivo do campo e da floresta, que opera no contexto de suas vidas e se materializa no seu corpo em sofrimento, dor ou adoecimento, cuja relação entre esse fenômeno da violência com a saúde nem sempre é percebida pelos profissionais de saúde. (PULGA *et al.*, 2018, p. 29).

Além disso, de acordo com Pulga *et al.* (2018) segundo considerações dos estudos recentes na área de Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), foi observado que grande parte dos agrotóxicos ocasionam alterações adversas no sistema reprodutor, estando ligados ao aparecimento de câncer de mama e ovários, infertilidade, desregulação do ciclo menstrual e malformação dos órgãos reprodutivos.

Tendo em vista as demandas apresentadas por essa população específica, é de suma importância a formulação de políticas públicas de equidade que prestem o serviço de atenção à saúde adequadamente, considerando a teia de relações sociais, econômicas, geográficas, históricas, políticas, étnicas, raciais e de gênero, a fim de contemplar as reais necessidades e trilhar um caminho de solução para as necessidades existentes.

### 2.3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Com o intuito de compreender os pontos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), é importante considerar que a iniciativa trabalha sob uma ampla concepção do processo de saúde e doença a partir dos seguintes objetivos:

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; 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; Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004, p. 67).

Em seus objetivos específicos, a política aponta para o desenvolvimento de ações voltadas à atenção em saúde para a mulher em situações como: gênero, violência doméstica e sexual, saúde mental, saúde da mulher negra, indígena, lésbica, residente e trabalhadora da área rural, mulher em privação de liberdade, adolescente, terceira idade, bem como a questão da mortalidade materna, entre outros. Destaca-se a menção à mulher do campo nos objetivos específicos:

Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade:  
– implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal;  
– introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde. (BRASIL, 2004, p. 72).

No que se refere à população rural, a PNAISM reconhece que suas condições de saúde são determinadas por fatores como relações de trabalho; gênero; mobilidade espacial, no caso dos assentamentos e acampamentos; ritmo de trabalho, pobreza, baixa escolaridade e situações de violência. A política aborda as desigualdades no acesso à assistência pré-natal e maternidades, em comparação à mulher que vive nas zonas urbanas, e a popularidade do parto domiciliar com parteiras tradicionais, que, apesar de poder ser uma escolha da mulher, muitas vezes se apresenta como a única opção, devido à dificuldade de acesso ao serviço de saúde hospitalar na zona rural. Além disso, trata da exposição ao agrotóxico como fator de deterioração da saúde e especificidade dos agravos de saúde da população rural.

Em suas diretrizes, a política trata do princípio da humanização nas práticas de saúde e do respeito às diferenças no atendimento, sem discriminação e imposição de crenças e valores

peçoais, por parte dos profissionais. A PNAISM aponta sua abrangência para a mulher em todos os ciclos de vida, segundo as especificidades das diferentes faixas etárias e variados grupos populacionais, como lésbicas, presidiárias, com deficiência, mulheres negras, indígenas, residentes em lugares de difícil acesso, residentes de áreas urbanas e rurais, entre outras particularidades.

Dessa forma, observa-se que a realidade de saúde da mulher que reside ou trabalha na área rural é abordada na política, porém, de forma muito breve, tendo em vista a amplidão de fatores que envolvem as relações de saúde no campo. Além disso, faltam medidas voltadas à real transformação da situação de saúde nas áreas rurais, pois é constatada uma tendência superficial nas citações a esse público. A maior integração das diversidades e especificidades das mulheres de diferentes grupos populacionais dentro dessa política é de suma importância, tendo em vista a magnitude da PNAISM, em um contexto nacional, e por ser referência no que tange à saúde da mulher.

### **2.3.2 Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) foi aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, instituída por meio da Portaria 2.866, de 2 de dezembro de 2011 e alterada pela Portaria 2.311, de 23 de outubro de 2014, que a estendeu às populações “das águas”. Apesar de ter sido concretizada no ano de 2011, desde 2005 o Ministério da Saúde vem pensando a questão das necessidades de atenção à saúde dessas populações e trabalhando na elaboração dessa política, através do Grupo da Terra, instituído pela Portaria 2.460/2005.

A política é direcionada aos povos da floresta, aos camponeses - sendo trabalhadores rurais acampados ou assentados, agricultores familiares e assalariados temporários que habitam ou não no campo -, além das comunidades tradicionais, como quilombolas e ribeirinhos, populações atingidas por barragens e habitantes ou usuários de reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas. O objetivo é garantir o direito e acesso à saúde,

[...] 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 sua qualidade de vida. (BRASIL, 2013).

A PNSIPCFA compreende a saúde a partir das determinações<sup>20</sup> das condições sociais, econômicas, ambientais e culturais, relacionadas à qualidade de vida dessas comunidades e populações, e reconhece as questões de raça, gênero, e os riscos dos processos de trabalho enquanto fatores condicionantes da saúde. Sabe-se das condições desiguais de serviços, entre as áreas urbanas e rurais, pois apresentam limitações de acesso e qualidade dos serviços de atenção à saúde, bem como a escassez de saneamento básico, esgoto, água encanada e potável, formando, com a falta de recursos destinados a essas áreas, um cenário crítico (BRASIL, 2013). Assim, consideram-se as suas diversidades e demandas específicas, na estruturação de uma política que diminua as desigualdades no campo.

Com base na Portaria MS 2.866/2011, que institui a PNSIPCFA no âmbito do SUS, e no Plano Operativo da PNSIPCFA (2012-2015), observam-se questões pertinentes aos processos de saúde-doença no campo, como o reconhecimento dos saberes populares; a relação dos profissionais de saúde com as especificidades das populações; a questão dos agrotóxicos, além dos pontos e das proposições relacionados à saúde das mulheres rurais nessa política.

A referida portaria traz questões como o reconhecimento e a valorização dos saberes e das práticas tradicionais de saúde; a educação permanente dos profissionais de saúde em relação às necessidades e especificidades dessas populações, com base na interculturalidade<sup>21</sup>, assim como os processos de educação e informação às populações sobre os direitos de saúde; o estímulo à participação das representações nos Conselhos de Saúde e espaços de gestão participativa; o fortalecimento da articulação e intersetorialidade com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, como, por exemplo, a Secretaria de Política para Mulheres, da Presidência da República, e o acompanhamento dos impactos à saúde resultantes do uso de agrotóxicos e transgênicos.

---

<sup>20</sup> A portaria MS 2.866/2011, que institui a PNSIPCFA, utiliza o termo determinação social para considerar a natureza dos processos de saúde e doença. Entretanto, o texto da política utiliza a terminologia “determinantes sociais” para contemplar os condicionantes que envolvem esses processos. Contudo, em nossa análise, considerando a forma como está desenhada a política, entende-se que a base fundante de concepção está em uma perspectiva ampliada, mais relacionada ao conceito de determinação, subentendendo-se que se trabalham esses conceitos como sinônimos.

<sup>21</sup> A interculturalidade refere-se a uma interação democrática nas relações entre as diferentes culturas, que traz uma visão positiva da pluralidade social e cultural, respeito e valorização das diferenças do “outro”. Tal perspectiva supera os desdobramentos do etnocentrismo provindos do colonialismo, de forma a articular a horizontalidade e as diversidades que compõem historicamente o Brasil (FLEURI, 2003).

Em relação à especificidade das questões de gênero e a saúde das mulheres rurais contida na Portaria MS 2.866/2011, destacam-se os seguintes pontos:

Art. 3: II – contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integradas voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica;

[...]

XI – incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual;

Art. 4: II – inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo e da floresta;

[...]

VIII – consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre essas populações, considerando os aspectos de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, e inserir informações em saúde nos subsistemas sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

No Plano Operativo da referida política, as duas únicas menções às mulheres apontam:

**Eixo 1 – Acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde:**

– Promover a melhoria das condições de saúde das mulheres do campo e da floresta, considerando a Portaria nº 1.459/2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha; Portaria nº 3040/1998, que instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino; e a Lei nº 11.664/2008, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

[...]

**Eixo 4 – Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo e da floresta:**

– Os indicadores devem ter como referência à morbimortalidade e ao acesso destas populações a atenção integral à saúde, incluindo: a estratégia de saúde da família; as ações de atenção voltadas à criança, ao/a adolescente, ao/a jovem, à mulher, ao homem, ao/a idoso/a, ao/a trabalhador/a e à saúde bucal; o controle de doenças; e a promoção da saúde (alimentação saudável, redução do uso abusivo de álcool, tabagismo, outras drogas e violências).

Dessa forma, entende-se a PNSIPCFA como importante marco histórico no âmbito do SUS para o reconhecimento das determinações sociais que incidem no processo saúde/doença das populações que vivem e trabalham nos espaços do campo, da floresta e das águas. Verifica-se a importância dada a diversas questões correntes neste estudo, que perpassam outros fatores das relações de saúde no campo, além dos que dizem respeito às mulheres. Na política, há o reconhecimento das questões de gênero enquanto fator condicionante da saúde e nota-se um compromisso com a implementação de ações e serviços de saúde que considerem

as especificidades das mulheres. Porém, sem retirar os seus significados e sua representação de progresso, essas medidas são ainda superficiais e insuficientes, perante um cenário que apresenta inúmeras demandas que vão para além dessas tratadas.

Para exemplificar, podem ser apontadas algumas demandas enfatizadas na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, um espaço coletivo de âmbito nacional que promoveu o debate sobre as questões de saúde entre mulheres de todo o País, inclusive as mulheres do campo, no ano de 2017. Como exemplo de demandas ainda existentes no espaço rural, apesar dos esforços e das políticas voltadas a esse segmento, as participantes da conferência apontaram a falta de ações para reduzir o uso de agrotóxicos e a conscientização dos seus efeitos sobre a saúde; a falta de reconhecimento e valorização da agroecologia; e das práticas populares e alternativas de cuidado à saúde; a urgência em fortalecer as políticas de enfrentamento à violência contra a mulher e a capacitação de profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais de violência e de agravos e doenças relativos ao trabalho; a necessidade de garantia de realização de exames; a importância da humanização do atendimento à mulher na gestação, no parto e pós-parto; e a necessidade de implantar ações de prevenção à contaminação pelo HIV e infecções sexualmente transmissíveis; dentre outras muitas demandas e proposições, a seguir detalhadas.

#### **2.4 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres**

Para além de programas e políticas, existem outras iniciativas de cunho político-social que visam a fomentar a participação popular em políticas públicas, como é o caso das conferências nacionais, que asseguram o debate entre a sociedade e o Estado, afirmando o princípio de participação popular previsto na Constituição Federal de 1988.

Em agosto de 2017, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o tema Saúde das Mulheres: Desafios para a Integralidade com Equidade, e o objetivo de sugerir diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres. O evento foi realizado em Brasília/DF, contou com a participação de 1.800 pessoas, e teve forte pauta sobre a defesa do SUS; a implementação da PNAISM; e as políticas de equidade para a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros); população negra; população em situação de rua; e a população da floresta, do campo e das águas.



A partir da leitura do Documento Orientador da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, percebe-se em sua organização o propósito de discutir diversos temas, como o papel do Estado nos desenvolvimentos socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e saúde das mulheres; o mundo do trabalho e suas consequências na vida e saúde das mulheres; as vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na PNAISM; e as políticas públicas para mulheres e participação social, assuntos esses que compõem os eixos do Documento Orientador.

Ainda foram levantadas diversas questões com o objetivo de serem discutidas e pensadas, dentro da conferência, entre as mulheres, considerando suas semelhanças, bem como suas diferenças e especificidades, de acordo com os contextos social, geográfico, étnico, de geração, orientação sexual e identidade de gênero.

Como resultado da 2ª Conferência, para além das questões de representatividade, controle social e participação popular, foi elaborada a Resolução CNS 561, de 6 de outubro de 2017, composta pelas propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas delegadas e delegados participantes, entre as quais foi dada atenção, nesta pesquisa, àquelas propostas que contemplam as questões que perpassam a saúde da mulher rural, com a finalidade de evidenciar como esses espaços de controle social e debate entre sociedade e Estado possibilitam o diálogo com os movimentos sociais, principalmente com as mulheres camponesas.

A Resolução está organizada em quatro eixos, mas, na sequência, daremos destaque às propostas que dialogam mais diretamente com a saúde da mulher camponesa: 1) O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres (48 propostas); 2) O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres (73 propostas); 3) Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (105 propostas); 4) Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social (59 propostas).

No eixo 1 – O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres, identificam-se propostas relativas à redução do uso indiscriminado de agrotóxicos e a conscientização sobre os seus malefícios; implementação de ações políticas de incentivo à pesquisa dos impactos dos agrotóxicos na vida e saúde das mulheres; bem como o acompanhamento e a fiscalização do uso de agrotóxicos na agricultura. Há também propostas pertinentes ao estímulo e à conscientização da importância do consumo de alimentos orgânicos; à valorização da agroecologia; ao

diálogo com as práticas alternativas e populares de cuidados à saúde; garantia de acesso às políticas de educação popular em saúde<sup>22</sup>; à responsabilização do Estado, Distrito Federal e municípios por ações de prevenção e tratamento de problemas relativos à exposição de mulheres aos efeitos solares e agrotóxicos; e a ampliação e garantia do acesso à água potável. Propõe-se, também, a imediata revogação da Emenda Constitucional 95/2016, que congela os gastos públicos por 20 anos, e atinge diretamente o financiamento da política de saúde brasileira.

No eixo 2 – O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres, propõe-se o fomento de ações educativas para profissionais da saúde com foco em situações de maior vulnerabilidade, como as populações do campo, da floresta, das águas, indígenas, ciganas, entre outros, bem como a formação de profissionais para dar atenção à mulher em diversas especificidades, a fim de garantir o acolhimento e a acessibilidade a todas as mulheres no SUS.

Há propostas para a capacitação de profissionais da saúde para o reconhecimento de sinais de violência, e de agravos e doenças relativas ao trabalho, assim como a qualificação e o aumento do número de profissionais para a identificação, notificação e tratamento dos agravos relacionados ao uso de agrotóxicos e outros agentes químicos; além da garantia de realização semestral do exame de colinesterase a todas as trabalhadoras rurais expostas ao manuseio de agrotóxicos.

Atenta-se à garantia do direito trabalhista das mulheres do campo, bem como ribeirinhas, quilombolas, autônomas, indígenas, entre outras, assim como a garantia de atenção integral em saúde às mulheres trabalhadoras rurais, em todos os níveis de atenção. Propõe-se também a construção de creches e escolas de tempo integral para os filhos de trabalhadoras, e a construção de casa de acolhimento para mulheres da zona rural e ribeirinhas que não têm moradia na cidade.

No eixo 3 – Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, identificam-se propostas em relação ao atendimento da mulher considerando as suas especificidades territoriais, as localidades longínquas e questões de acessibilidade. Destacam-se as propostas 20 e 78, respectivamente: “Implantar e

---

<sup>22</sup> A educação popular consiste em uma perspectiva de prática educativa e trabalho social com fins emancipatórios, de promoção de autonomia, cidadania participativa e formação de consciência crítica. É uma forma integrativa de pensar e fazer saúde, que promove o diálogo entre os movimentos populares, os serviços e os espaços acadêmicos. Apresenta-se como um caminho de contribuição em tecnologias, metodologias e saberes para a construção de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS, apontando para um projeto de sociedade e de saúde mais justo (BRASIL, 2012).

garantir atendimento móvel multiprofissional em saúde voltado para as mulheres das populações do campo, das florestas e das águas com devido suporte técnico e logístico de transporte” e “Criar unidade móvel garantindo o direito à acessibilidade da mulher com deficiência, cadeirantes e/ou muletantes, composta por equipe multiprofissional para atender às mulheres de comunidades rurais e de difícil acesso. Esta unidade deve ser equipada com aparelhos, por exemplo, mamógrafos, USG, entre outros”.

Identificam-se, também, propostas de fortalecimento das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher; atendimento humanizado e integral à mulher em suas diversidades; rapidez em exames e consultas; humanização nos períodos de pré-natal, parto e pós-parto; implementação de ações de prevenção contra o vírus HIV, infecções sexualmente transmissíveis, e tuberculose, para mulheres em situações de vulnerabilidade, entre elas, as mulheres rurais.

Além disso, propõe-se a implementação da PNAISM a partir de estudos dos perfis epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a região e microrregião, e a garantia de orçamento para a execução desta política voltada às mulheres do campo, da floresta e das águas. É proposta a criação da Política Nacional de Promoção e Atenção Integral à Saúde das Mulheres em Situação de Vulnerabilidade, e a construção do hospital da mulher, com abordagem que contemple a diversidade das mulheres, entre essas as camponesas, e a ampliação de serviços à mulher em suas especificidades e diversidades.

No eixo 4 –Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social há propostas em relação ao reconhecimento das práticas populares de saúde, como:

Incentivar e capacitar a população em geral (urbana, ribeirinha, rural, assentamentos, indígenas, ciganas e comunidades quilombolas) a autonomia da prática da farmácia viva em parceria com Embrapa, Ministério da Saúde, Projeto Rondon e demais órgãos competentes. (Proposta 4).

Garantir a implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, nas três esferas do Sistema Único de Saúde, respeitando os saberes ancestrais e populares, em especial das parteiras, doulas, rezadeiras, ervateiras, benzedadeiras, investindo na formação permanente dos profissionais de saúde dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União (Educação Permanente em Saúde). (Proposta 24).

É retomada, ainda nesse eixo, a recomendação por profissionais capacitados, sensibilizados e especializados para atender, respeitar e compreender as diversidades e necessidades específicas de cada mulher, em sua especificidade.

Criar Plano de Ação Nacional “Dia D” da Saúde da Mulher do Campo, Águas e Floresta, visando ampliar, fortalecer e garantir os serviços de saúde às trabalhadoras rurais, incluindo acesso às especialidades médicas, assegurar o financiamento do SUS na garantia de políticas públicas de saúde da mulher e promover a Saúde Psicossocial da Mulher do Campo, incentivando as produções culturais, favorecendo o acesso aos meios de proteção à violência doméstica. (Proposta 23).

Também se levanta a importância de promover a articulação entre os movimentos sociais e sindicais com os conselhos de saúde e de políticas setoriais, para enfrentar as iniquidades em saúde que abrangem grupos em maior vulnerabilidade, e a ampliação da participação das mulheres das zonas urbana e rural, no controle social do SUS, bem como a proposta 54: “Garantir recursos para desenvolvimento de estratégias de comunicação, divulgação de direitos e participação social, em especial para a população do campo, da floresta e das águas”.

Considerando tais propostas/deliberações, construídas coletivamente entre mulheres de vários segmentos populacionais e regionais, no espaço da 2ª Conferência, e entre representantes das mulheres camponesas do País, é possível compreender que ainda existem inúmeras demandas no espaço rural, especialmente no que tange ao acesso e à acessibilidade das mulheres rurais à política de saúde pública, universal e de qualidade. Verifica-se, a partir dessas reivindicações, que os ideais dessa política ainda apresentam limitações na dimensão da aplicabilidade concreta e objetiva da realidade.

### 3 RESISTÊNCIA E LUTA DAS MULHERES CAMPONESAS

#### 3.1 Caminhos de enfrentamento aos desafios da saúde no campo

O cenário em que se apresenta o contexto da saúde no espaço rural é marcado por diversas circunstâncias e limitações que dizem respeito ao acesso e à acessibilidade aos serviços, bem como à qualidade desses; ao transporte e à mobilidade; à água e ao saneamento; à contaminação dos alimentos, do solo e das águas dos rios provenientes da cultura dos agrotóxicos; bem como a contaminação pelo manuseio sem equipamento adequado; as condições de trabalho; exposição ao sol; desigualdades e violência de gênero; e processos de violência relacionados aos conflitos pela terra, entre outros fatores que incidem sobre os processos de saúde e doença.

Na revisão da literatura sobre o tema, Rückert, Cunha e Modena (2018) e Teixeira (2014) destacam que, entre as populações rurais, há uma diversidade na interpretação da saúde, que integra o uso das plantas medicinais, alimentação saudável, causas socioeconômicas e psicossociais, ações de prevenção e apoio social, crenças que envolvem a espiritualidade e o misticismo, entre outros. Assim, segundo Pulga (2009), nesse contexto socioterritorial, o modo de pensar a saúde tem significados que vão além dos serviços ofertados, contemplando as diversas composições que envolvem a teia complexa da vida.

Considerando as questões pertinentes à realidade de saúde da mulher rural apresentadas ao longo deste estudo, entende-se que, conscientes de seus direitos e do significado de suas existências nesse espaço territorial, elas se organizam individual e coletivamente para o enfrentamento e o empenho cotidiano de resistência aos desafios existentes no espaço rural. Essa organização coletiva das mulheres se dá, principalmente, na vinculação a movimentos, como o MMC, que desenvolvem entre si práticas cotidianas de promoção, proteção e cuidado à saúde.

Trazem no cotidiano dessas práticas os princípios da educação popular em saúde como o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Esses princípios são norteadores de um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos no sentido da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. (PULGA *et al.*, 2018, p. 30-31).

As mulheres camponesas, portanto, se fortalecem enquanto cidadãs que buscam a qualidade de vida e saúde para si, sua família e sua comunidade, por meio da articulação e do desenvolvimento de ações cotidianas de:

[...] produção de alimentos saudáveis, a agroecologia, os quintais produtivos e as agroflorestas, a recuperação de sementes e mudas crioulas, o fortalecimento e uso de plantas medicinais, condimentares e aromáticas, as práticas populares e integrativas de cuidado como o *reiki*, as massagens, a meditação, dentre outras, o fortalecimento da luta em defesa do SUS e os processos de formação das mulheres na perspectiva libertadora, feminista, camponesa e popular. (PULGA *et al.*, 2018, p. 31).

Assim, por esses caminhos, se alinha a afirmação de um novo jeito de pensar e fazer saúde nesses territórios. Esses caminhos afirmam-se como processos de resistência e lida cotidiana aos desafios do espaço rural, de modo a sustentar e fortalecer suas existências, bem como as práticas e saberes milenares e outras formas concebidas como elementos da construção da saúde no campo. Contudo, é importante ressaltar que todo esse movimento se dá em articulação com a luta constante em defesa de um sistema de saúde público e universal (PULGA, 2013).

### **3.1.1 Saberes e práticas populares de saúde: o uso terapêutico das plantas medicinais como um modo de vida e resistência no espaço rural**

O uso terapêutico das plantas medicinais é uma prática cultural milenar, tão antiga quanto a humanidade. É um vasto universo que integra os modos de vida e costumes das populações rurais, que tem uma forte relação com os poderes curativos das plantas, ervas, cascas, sementes, frutos e raízes encontradas na natureza (FERNANDES; BOFF; SANTOS, 2013). Seu uso se dá de variadas formas e de modos específicos, por um conjunto de procedimentos terapêuticos (MANDU; SILVA, 2000), conforme as especificidades do cuidado e da intenção de cura, podendo ser por meio da alimentação, de chás, sucos, garrafadas, banhos, compressas, óleos, tinturas, pós, xaropes, pomadas, florais, defumações, benzimentos, entre outros. Essa relação cresce no seio da família e da comunidade, pois os conhecimentos tradicionais são fundamentados na oralidade como via de aprendizado e transmissão, e repassados de geração em geração pelos detentores do saber (FERNANDES; BOFF; SANTOS, 2013).

Na revisão da literatura, identificou-se que esses costumes estão ligados ao alto custo dos medicamentos industrializados e ao fato de ser uma opção natural e mais saudável

(THUM, 2001); à autonomia e ao fácil acesso a essas plantas curativas, tendo em vista que muitas mulheres as cultivam nas hortas, em seus próprios quintais, e se há falta de alguma espécie, recorrem aos vizinhos (MANDU; SILVA, 2000); à baixa resolutividade e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018), fatores que favorecem a continuidade dessas práticas.

Entretanto, ao mesmo tempo em que se dá essa configuração do uso das plantas medicinais em relação às adversidades do sistema de saúde, há um grande movimento que cultua esses saberes e práticas por si só, pelo que representam e simbolizam, como uma escolha pessoal e um modo de vida para com os cuidados com a saúde, em uma perspectiva mais naturalista, que revela uma relação de confiança com as riquezas da terra e as propriedades curativas das plantas. Assim, há forte valorização e legitimação das mulheres rurais pelas práticas tradicionais em contraposição às práticas médicas, sob um olhar de recusa à racionalidade da medicina ocidental científica, reconhecendo a importância de seus próprios saberes e não permitindo a sua desvalorização (MANDU; SILVA, 2000).

Segundo Carrara (1982), essas práticas permanecem vivas, principalmente porque têm fortes raízes na consciência dessas populações, que, por meio de suas vivências e experiências, reconhecem os fundamentos e a legitimidade desses saberes tão valiosos. Contudo, Mandu e Silva (2000) destacam que, certas vezes, tais práticas se dão em complementaridade ao tratamento médico, por entenderem que há alguns problemas de saúde mais graves que só podem ser resolvidos com recurso médico.

Esses costumes, que tem profundas raízes no universo cultural das comunidades, reverberam nas práticas profissionais cotidianas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>23</sup> nas áreas rurais, considerando que esses fazem parte da comunidade, pois nela residem e por isso estão inseridos na dimensão sociocultural local. Embora o conhecimento técnico biomédico tenha força nos serviços de saúde e o atendimento esteja voltado principalmente para a dimensão biológica de cuidados com a doença, a prática profissional dos ACS possibilita um espaço de respeito e conciliação entre os costumes populares e as práticas biomédicas (LARA; BRITO; REZENDE, 2012).

Na revisão da literatura, foi possível encontrar depoimentos de entrevistas com ACS que afirmam essa perspectiva conciliadora no cotidiano do seu trabalho:

---

<sup>23</sup> O Agente Comunitário de Saúde é uma categoria profissional do SUS e seu cotidiano “[...]é constituído de práticas educativas direcionadas para os cuidados preventivos específicos ou gerais e aquelas de promoção da saúde que melhoram a qualidade de vida, tendo como principal foco a família e como instrumento a visita domiciliar”. (LARA; BRITO; REZENDE, 2012, p. 674).

Acho que o trabalho do agente de saúde não está ali só nos livros, só nas fichas, acho que estar em adquirir conhecimento dos mais velhos e respeitar. Igual, por exemplo, uma criança tá doente, aí, pode ser que eles acreditem mais em benzeção, né? Aí a gente ensina o que é bom para o que ele tiver gripado, mas deixa-o fazer a parte dele o que eles acreditam. Mas reforça também para ela estar fazendo o que ela tem costume desde que não prejudique. É porque a gente de lugar pequeno tem muito isso (A10). (LARA; BRITO; REZENDE, 2012, p. 677).

Outra entrevista realizada com um ACS também evidencia esse ponto de vista:

Na minha área [...] tem uma senhora que trabalha com bálsamo e com azedinha do campo. Ela ensina pra gente, a gente passa pras pessoas e, muitas vezes, elas não precisam nem vir aqui no posto, resolve o problema. Então são experiências de pessoas mais velhas, são coisas da terra, que você pode plantar, pode ter em casa e resolve o problema (A9). (LARA; BRITO; REZENDE, 2012, p. 677).

Assim, os ACS se constituem como um elo entre o sistema de saúde com a população local e os conhecimentos populares do território (LARA; BRITO; REZENDE, 2014), possibilitando certa integração entre ambas as partes.

Considerando a força desses costumes e como se manifestam no cotidiano dos povos brasileiros, surgem políticas e programas direcionados ao tema, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC/2006) e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas (PNPMF/2009). Entre outras abordagens de práticas integrativas e complementares, a PNPIC institucionaliza as plantas medicinais e fitoterápicas no SUS, reconhecendo a riqueza desses saberes e propondo diretrizes voltadas ao seu fortalecimento e integração, como: a organização de uma lista nacional das plantas medicinais e fitoterápicas; o provimento de acesso dos usuários do SUS a essas plantas; a formação e a educação permanente de profissionais do SUS sobre o assunto; a ampliação e o fortalecimento da participação popular e do controle social; o incentivo à pesquisa; etc. (BRASIL, 2006).

No PNPMF, pontua-se o resgate, reconhecimento e a valorização dos conhecimentos tradicionais e populares do uso das plantas medicinais e remédios caseiros como elementos importantes na promoção da saúde, a partir do entendimento de que esses costumes se dão de forma conectada ao território e às reproduções sociocultural e econômica.

Além desse ponto, há outras propostas e princípios orientadores, que envolvem: a inserção de plantas medicinais e fitoterápicas no SUS em consonância com as diretrizes da PNPIC; ampliação das opções terapêuticas; melhoria da atenção à saúde aos usuários do SUS; o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovações relacionadas a essas plantas; a promoção do uso sustentável da biodiversidade; o acesso às plantas com segurança e



qualidade; o apoio e a promoção das atividades de produção e comercialização de plantas medicinais e insumos da agricultura familiar, etc. (BRASIL, 2009).

Entende-se que os saberes e as práticas populares de saúde se constituem em princípios socioculturais dessas populações e são concebidos como um movimento de afirmação e preservação de sua cultura e identidade. Contudo, também estão ligados a um processo de resistência a um modelo médico e farmacêutico hegemônico, que diminui, desconsidera e deslegitima a preciosa sabedoria e a simbologia dos conhecimentos populares (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014), ao mesmo tempo em que se utiliza dos princípios ativos encontrados na natureza para a produção de medicamentos industrializados.

Assim, é relevante pontuar que esse processo de negativa, silenciamento e invisibilização das práticas e saberes populares e dos sistemas simbólicos dessas populações existe e é possível entendê-lo como uma herança do período colonial, tendo em vista que desde a colonização o País segue em uma corrente de negação da alteridade do outro, ou mesmo o extermínio dessas alteridades, com fundamento nas ideias do eurocentrismo<sup>24</sup>. Dessa forma, reconhece-se aqui a importância da existência e do desenvolvimento dessas políticas e desses programas mencionados, que dão visibilidade a esses saberes e práticas tradicionais em saúde, em uma perspectiva de reconhecimento e valorização.

Por fim, essas práticas e saberes se constituem também como um processo alternativo de resistência diante da falta dos serviços do sistema de saúde (MANDU; SILVA, 2000), em um cenário econômico neoliberal que se desdobra na precarização e no desmonte do SUS, configurando-se em diversos limites e adversidades para a plena realização da política de saúde no espaço rural. Desse modo, a luta pela garantia e o fortalecimento do sistema público e universal de saúde é uma pauta fundamental das reivindicações das mulheres camponesas organizadas para o campo da saúde (PULGA, 2013), ao mesmo tempo em que constroem outras formas alternativas, que se constituem elementos na promoção da saúde, como a agroecologia.

---

<sup>24</sup> O eurocentrismo é uma forma de etnocentrismo e um sistema ideológico que expressa a dominação dos povos europeus ocidentais sob outros sistemas culturais, fundamentado na ideia de que o modelo europeu de desenvolvimento é superior, a referência ideal e um destino marcado para todas as civilizações (AMIN, 1994).

### 3.1.2 A agroecologia na promoção da saúde

A agroecologia, em uma breve explicação, consiste em um modelo de agricultura mais sustentável, que se coloca em oposição e resistência ao modelo de agricultura hegemônico baseado na exploração do solo, e se dá por meio da ciência, da prática e dos movimentos sociais. Os sistemas agroecológicos buscam pela preservação da biodiversidade da natureza e a produção de alimentos saudáveis, e se propõem a compreender os ecossistemas naturais e as formas de intervenção humana que menos tragam impactos ambientais negativos e promovam a fertilidade do solo, de modo que haja respeito aos processos ecológicos (SILIPRANDI, 2015).

Esse modelo, segundo Siliprandi (2015), expressa a proposta de transição dos atuais modelos de desenvolvimento rural para uma nova agricultura sustentável, que se diferencia para além do modo de produção, que também considera as relações econômicas, políticas e sociais que estão envolvidas nesse processo, em uma perspectiva emancipadora, e promove o protagonismo dos camponeses, detentores dos conhecimentos ancestrais das práticas agrícolas enquanto sujeitos ativos, trazendo como propósito a horizontalidade e o rompimento das relações de poder da ciência com os saberes tradicionais como elemento central.

Segundo Almeida (2016), o desenvolvimento rural sustentável tem como base o resgate dos conhecimentos tradicionais e a reconexão da agricultura com os ecossistemas naturais, de forma respeitável e harmoniosa com a natureza, assim como a reconexão dos próprios seres humanos com a “compreensão de pertencimento a um único sistema”. (ALMEIDA, 2016, p. 20).

De acordo com Hecht (2002), historicamente, desde os tempos antigos, as práticas e a ciência da agricultura foram agroecológicas, pois estavam ligadas às adaptações que os seres humanos faziam juntamente aos ecossistemas e às mudanças ambientais, e por meio dessas interações que aconteciam de forma coevolutiva com a natureza, concentravam conhecimentos, desenvolviam tecnologias e aprimoravam seus métodos.

Assim, entende-se que a agroecologia consiste em um resgate dos saberes e práticas agrícolas de antigamente, que foram ameaçadas pelo modelo de agricultura moderna, em um processo relacionado com a modernização agrícola da Revolução Verde, que perpassa a monocultura, o agronegócio e o uso intensivo de agrotóxicos, como exposto anteriormente.

Desde as décadas de 1980 e 1990, vem crescendo um movimento de contraposição ao modelo de agricultura convencional, conhecido como ‘agricultura alternativa’, que, aos

poucos, foi incorporando e se unificando nos princípios e valores da sustentabilidade ambiental e da agroecologia, vertente que tem crescido entre as populações camponesas e os movimentos sociais (SILIPRANDI, 2015).

Cada vez mais, os camponeses têm assumido as práticas sustentáveis, o cultivo de amplas variedades de cultivares não transgênicas e livre de agrotóxicos, e a busca pelo fortalecimento da solidariedade, promoção da segurança alimentar<sup>25</sup> por meio da alimentação saudável e o aumento da produtividade, paralelamente à preservação da agro-biodiversidade, seguindo a linha agroecológica (ALTIERI, 2010).

Assim, de acordo com Altieri (2010), os trabalhadores rurais resistem ao modelo hegemônico de desenvolvimento rural das grandes companhias agroindustriais que fortalecem uma “espiral” de pobreza, subemprego e degradação ambiental, por meio das práticas agroecológicas, com o intuito de promover, para além das mudanças no âmbito da produção, a autonomia e a qualidade de vida, o emprego, a saúde e alimentação das populações camponesas. Desse modo, segundo Siliprandi (2015), a agroecologia consiste em uma “integração virtuosa” do ser humano com o ambiente natural, perpassando pela dignidade do trabalhador rural e a construção de uma “sociedade sustentável”.

As mulheres rurais reconhecem a agroecologia como um modo de vida solidário, sustentável, saudável e integrador dos conhecimentos tradicionais e científicos (PULGA *et al.*, 2018). A prática agroecológica valoriza as atividades realizadas histórica e culturalmente pelas mulheres (SILIPRANDI, 2015), e assim, por meio dessa perspectiva de agricultura, as camponesas vêm fortalecendo sua identidade e lutando pela valorização e o reconhecimento de suas contribuições históricas no mundo do trabalho rural, buscando, além da nova relação com a agricultura, a transformação das relações sociais por meio da desconstrução e reconstrução de novos valores, que sigam no sentido da equidade (PULGA *et al.*, 2018).

Contudo, sabe-se da força da cultura patriarcal que está enraizada na sociedade como um todo, bem como nos modos de vida do espaço rural. Dessa forma, ao considerar as relações econômicas, políticas e sociais, essa proposta de nova agricultura deve também

---

<sup>25</sup> A segurança alimentar, em uma breve explicação, consiste no direito de todas as pessoas ao acesso à alimentação de qualidade e em quantidade suficiente, tendo como base a promoção da saúde por meio das práticas alimentares, respeitando a diversidade cultural e sendo cultural, ambiental, social e economicamente sustentáveis. (Conceito adaptado do *site* do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: [www4.planalto.gov.br/consea/acesso-a-informacao/institucional/conceitos](http://www4.planalto.gov.br/consea/acesso-a-informacao/institucional/conceitos). Acesso em: 22 dez. 2018).

considerar as questões de gênero no campo, de forma a superar as desigualdades e opressões (BURG e LOVATO, 2007), e promover maior autonomia.

De acordo com Burg e Lovato (2007), existem poucas discussões sobre a importância das mulheres no processo de reprodução da agricultura familiar que tem por base a agroecologia. É possível observar que ao longo do tempo essa questão ainda permanece invisibilizada. Esse elemento, segundo Siliprandi (2015), ainda tem pouca visibilidade nos debates e análises científicas sobre a agroecologia, embora muitas mulheres sejam pioneiras em aproximar os debates sobre a agroecologia e os modos sustentáveis de produção em suas comunidades, além do que, na prática, a atuação das mulheres no espaço rural e na agricultura é essencial e muito significativa, apesar de ser atravessada pela invisibilidade e divisão sexual do trabalho.

Nas mãos femininas, estão concentrados muitos conhecimentos, e essas desempenham um papel fundamental no conjunto de atividades da agricultura: criação de animais; preparo do solo, plantio e colheita; cultivo das hortas, pomares e plantas medicinais/ preservação de sementes crioulas; feitura de queijos, doces, pães, conservas, artesanatos; e a garantia da segurança alimentar, que está diretamente relacionada à questão da saúde, entre outras atividades valorizadas pela agroecologia (PULGA *et al.*, 2018).

Na perspectiva agroecológica, há um forte movimento de valorização da diversidade de produção e também da variedade alimentícia no âmbito do consumo, contribuindo para o fortalecimento da segurança alimentar (SILIPRANDI, 2015). Além disso, segundo Siliprandi (2015), soma-se o fato de a produção de alimentos saudáveis, limpos, frescos, fartos e sem resíduos químicos estarem voltados para o autossustento e a comercialização do excedente de produção, fluindo na redução da necessidade de consumir industrializados e em certo desinteresse por esses produtos.

“As mulheres camponesas vêm construindo no cotidiano das práticas de produção agroecológica novas formas de se relacionar, de promover a saúde e sua autonomia como mulher.” (PULGA *et al.*, 2018, p. 36). Nesse sentido, de acordo com Siliprandi (2015, p. 312), as mulheres camponesas articulam a ligação entre a agroecologia e a saúde por meio de três eixos principais:

[...] pelos vínculos entre a alimentação adequada e a proteção da saúde das pessoas; pela revitalização do uso de plantas medicinais e de outras práticas de medicina natural, que tradicionalmente eram realizadas pelas mulheres e foram desprezadas com a crescente “medicalização” da saúde; e, finalmente, pelo combate ao uso dos agrotóxicos, em conjunto com outras medidas de saneamento ambiental, em ações

que extrapolam a preocupação com a saúde humana e abrangem o meio natural onde as pessoas vivem e trabalham.

Assim, entende-se que as mulheres rurais têm um papel central na articulação da agroecologia com a saúde, considerando as atividades tradicionais que cotidianamente desempenham e que constroem essa relação. Entretanto, ainda que ocupem esse lugar valoroso de articuladoras da saúde e das práticas agroecológicas, é importante reconhecer que algumas dessas atividades que as mulheres assumem, principalmente a responsabilidade pela alimentação da família, se deve a uma cultura patriarcal e machista, que atribui esses papéis sociais.

Esse entendimento perdura entre as mulheres rurais, que questionam a divisão sexual do trabalho, a sobrecarga de tarefas e o papel feminino de responsabilidade pelo cuidado e reprodução da família, apontando como essa compreensão não contribui para concretizar as relações democráticas no campesinato (NEVES e MEDEIROS, 2013) e mantém a naturalização dessa forma de organização social do trabalho rural baseada na desigual divisão sexual de trabalho que gera invisibilização e sobrecarga feminina.

Em relação às contribuições das mulheres no movimento agroecológico, acrescenta-se a consideração de Pulga *et al.* (2018, p. 129):

[...] enfrentar o latifúndio, combater os adubos químicos, agrotóxicos, sementes transgênicas, monocultivos, padronização da alimentação e modelo de agricultura imposto pelo sistema capitalista é a luta constante do projeto de agricultura camponesa agroecológica e feminista, e o quintal é parte dessa estratégia. É a luta constante da cultura popular camponesa e das mulheres, fazendo-o diariamente através dos alimentos saudáveis colhidos dos seus próprios quintais produtivos.

Segundo Siliprandi (2015), o enriquecimento dos quintais agroecológicos, que consistem nas áreas ao redor das casas onde, em geral, as mulheres criam animais domésticos e cultivam flores, frutas e hortas, tem incorporado, cada vez mais, o cultivo de plantas medicinais, que tem um papel fundamental na autonomia das populações rurais em relação aos processos de cuidados com a saúde e a doença.

Conforme apontado por Pulga *et al.* (2018), os quintais produtivos são estratégicos na contraposição ao agronegócio e às relações envolvidas nele, assim como positivos para a valorização e o desenvolvimento da agroecologia, a produção de alimentos saudáveis e o poder de decisão sobre os próprios sistemas alimentares e produtivos, “além de colaborar com a liberdade e autonomia sobre as próprias sementes, sobre a terra e a água consumidas”

(PULGA *et al.*, 2018, p. 125), caminhos esses que confluem na construção da soberania alimentar<sup>26</sup>.

É imensa a relevância da alimentação saudável, com alimentos orgânicos, livre de agrotóxicos e transgênicos, para a saúde, bem como a relação dessas populações com as plantas medicinais, elementos de grande valor para a construção da saúde. Ainda assim, entende-se, neste estudo, a saúde como multideterminada, de modo que se relaciona também com as questões sociais, culturais, econômicas e de gênero desenvolvidas no seio das práticas agroecológicas, além das condições de trabalho.

Encontra-se como um desafio simbólico a esse círculo das práticas agroecológicas, saúde e alimentação saudável, a recente extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) por meio da Medida Provisória (MP) 870, no novo governo brasileiro, como medida que intenta desarticular um importante espaço de participação popular, tão significativo e fundamental no debate e criação de políticas públicas voltadas ao tema, como é o caso da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO), de 2012.

O Consea dedicava-se à promoção e garantia do direito humano básico à alimentação adequada e saudável, e tinha firme orientação contrária aos agrotóxicos. Sabe-se do viés de oposição da agroecologia ao modelo de agricultura convencional e, assim, é possível observar os jogos de interesses políticos e econômicos que marcam essas decisões.

Embora, na prática, esse círculo virtuoso que envolve a construção da saúde por meio de alimentos saudáveis provindos da agroecologia, permaneça sendo cultivado entre as pessoas, entende-se que essa medida simboliza uma desconsideração do atual governo à relevância da centralidade do direito à alimentação adequada e saudável na dignidade da vida humana e anuncia possíveis retrocessos no âmbito da desvalorização das práticas agroecológicas e da produção de alimentos livre de agrotóxicos, sinalizando em favor das monoculturas e latifúndios do agronegócio.

Por fim, compreende-se que a agroecologia desperta uma resignificação e renovação das formas de se relacionar com a natureza por meio de concepções e práticas que favorecem

---

<sup>26</sup> A soberania alimentar é um conceito que traduz o direito de liberdade e soberania de um povo para decidir sobre seus próprios sistemas alimentares e produtivos, assim como suas políticas e estratégias sustentáveis de consumo e distribuição, considerando e respeitando a diversidade cultural dos modos camponeses de produção, gestão e comercialização. Para além de um conceito, é entendido como um princípio que orienta a luta das populações rurais. (Conceito adaptado do Movimento de Pequenos Agricultores - MPA. Disponível em: <https://mpabrasil.org.br/soberania-alimentar-deve-ser-debatida-pelo-conjunto-da-sociedade/>. Acesso em: 15 mar. 2019.)

o equilíbrio do meio ambiente, promovem a autonomia, e estimulam a valorização da alimentação saudável e o cultivo e utilização de plantas medicinais, bem como as práticas de medicina caseira para os cuidados em saúde, entre outros pontos. Entende-se que os ideais das práticas agroecológicas e a luta das mulheres camponesas fundamentada no feminismo em busca de reconhecimento e igualdade são relações que circulam a agroecologia e se alinham a um modelo de vida, relações, produção, consumo e alimentação, que fluem na construção de um universo saudável em diferentes níveis, contribuindo para a promoção do bem-estar, da qualidade de vida e da saúde das pessoas envolvidas nesses processos em uma perspectiva integral.

### **3.1.3 A organização sociopolítica das mulheres camponesas e sua luta por direitos em saúde**

As mulheres brasileiras que atuam no campo têm uma trajetória histórica de movimentos de luta, organização, mobilizações e reivindicações por direitos, reconhecimento e visibilidade. Embora nem sempre tenham o reconhecimento de participação nas lutas sociais rurais, elas, por muito tempo, estiveram presentes de forma ligada e dependente da participação da figura do pai, irmão ou marido (SILIPRANDI, 2015), sob uma estrutura masculina pautada na exclusão e no silenciamento feminino. Na década de 1980 é que se dá o aparecimento dos primeiros movimentos específicos de mulheres rurais no Brasil, no cenário de redemocratização do Estado pós ditadura militar e o levante de movimentos sociais de mulheres e feministas.

Essas questões ecoaram e chegaram às mulheres rurais, fortalecendo a organização e articulação em grupos que lutavam pelo reconhecimento enquanto trabalhadoras rurais, pelo acesso à terra, aos direitos sociais e previdenciários, à participação política nos sindicatos e ao direito à sindicalização, de modo independente do marido, pai ou irmão (NEVES; MEDEIROS, 2013), e, segundo Siliprandi (2015), também por questões relacionadas ao atendimento de saúde para as mulheres.

No processo de construção da Constituição Federal de 1988,

As mulheres rurais estiveram presentes como participantes ativas, organizando abaixo-assinados (um deles com cem mil assinaturas) e realizando marchas até Brasília para defender a ampliação dos seus direitos civis. Obtiveram duas importantes conquistas na nova Carta: a menção explícita ao direito das mulheres à terra e sua inclusão como beneficiárias da previdência social para todos os fins

(aposentadoria, seguro-saúde, licença-maternidade) na condição de seguradas especiais. (SILIPRANDI, 2015, p. 119).

A Constituição trouxe uma ampliação significativa no que se refere à cidadania da mulher rural (SALES, 2007), contudo, Neves e Medeiros (2013) apontam que, para a efetiva garantia dessas e outras conquistas, se seguiram, e seguem, ao longo dos anos, muitas mobilizações, que fortaleceram a construção de uma identidade política e o surgimento de movimentos femininos autônomos, em parte incentivados pelas especificidades regionais e pela não priorização das questões levantadas pelas mulheres nos movimentos mistos formados por homens e mulheres. Dessa forma, esses espaços são lidos a partir de uma ótica positiva, como um espaço que possibilita o aprofundamento de debates entre as mulheres sobre questões como as relações de gênero e poder; o papel das mulheres dentro da família e da sociedade; a violência de gênero; e a divisão sexual do trabalho (NEVES; MEDEIROS, 2013).

Assim, ao longo dos anos formaram-se diversos movimentos, várias articulações e associações autônomas de mulheres rurais. com destaque para os Movimentos de Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTRs) ou de Agricultoras (MMAs), de caráter regional, sobretudo no Sul e Nordeste; a Articulação das Mulheres Quebradeiras de Coco (AMQCM), em 1989, atual Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco de Babaçu (MIQCB); a Articulação Nacional de Mulheres Rurais (ANMTR), em 1995; a Marcha das Margaridas, em 2000; e o MMC, em 2004, a partir da unificação de outros movimentos.

Além dessas organizações, uma quantidade expressiva de mulheres rurais em militância permaneceu dentro das organizações mistas, como o MST e a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), lutando internamente por mais espaços, participação e poder, nas instâncias de decisão, sendo esses trabalhos coordenados pelo Setor de Gênero no MST, criado em 1996, e pela Comissão Nacional da Trabalhadora Rural, na Contag, desde 1991, assim como em secretarias e comissões específicas de mulheres em movimentos mistos mais recentes, como a Federação dos Trabalhadores da Agricultura Familiar no Brasil (Fetraf) e o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) (NEVES; MEDEIROS, 2013).

Destaca-se, também, a organização Via Campesina, de âmbito internacional, criada em 1993, que consiste em uma articulação de diversos movimentos, como o MST, o MMC, o MPA, em que a temática das relações de gênero e a organização de mulheres são princípios centrais (SILIPRANDI, 2015). Ademais, segundo Siliprandi (2015), as mulheres indígenas e



quilombolas rurais também se organizaram, ao longo dos anos, em movimentos próprios que contemplam as suas especificidades.

Para Neves e Medeiros (2013), esse fluxo de participação feminina em ações sociopolíticas integra o processo de afirmação de identidade dessas mulheres dentro dos movimentos e “[...] vem se dando como fruto do questionamento de gênero que passou a ser incorporado nos discursos e nas práticas de distintas forças sociais, e ainda, em função do amadurecimento da organização política das próprias mulheres” (NEVES; MEDEIROS, 2013, p. 335).

As autoras também acrescentam que esses movimentos não têm se restringido apenas às reivindicações sobre a inclusão das mulheres camponesas em políticas públicas, mas “[...] avançam na proposição de um modelo de desenvolvimento para o campo que combina questões estratégicas presentes nos movimentos ecologistas/ambientalistas com elementos trazidos pelo feminismo” (NEVES; MEDEIROS, 2013, p. 336).

Sobre as trajetórias de organização sociopolítica das camponesas, é essencial mencionar duas mulheres, que são símbolos da resistência e da luta feminina no campo e precursoras dos movimentos de mulheres rurais: Margarida Maria Alves<sup>27</sup> e Elizabeth Teixeira<sup>28</sup>, ativistas e líderes camponesas que lutaram por direitos, justiça social e melhores condições de vida e trabalho no campo, pela reforma agrária e contra a exploração e a opressão, desde antes da década de 1980.

Esta é uma brevíssima contextualização sobre a história da organização e mobilização de mulheres trabalhadoras rurais, com o intuito de evidenciar a presença, a magnitude e a força das lutas, reivindicações, proposições e conquistas femininas no campo, pois sua história de luta e organização, como sujeitos políticos e sociais, vai muito além dessa sucinta descrição. Assim, serão destacadas aqui as formas como a pauta da saúde, um direito e elemento central da vida, se manifesta em alguns desses espaços organizativos.

---

<sup>27</sup> Margarida Maria Alves (1933-1983) foi eleita a primeira mulher presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Alagoa Grande, Paraíba. Lá fundou o Centro de Educação e Cultura do Trabalhador Rural. Nos seus 12 anos de presidência, o Sindicato moveu mais de 600 ações trabalhistas. Sua luta pela justiça no campo e pelos direitos dos trabalhadores rurais conflitava com os interesses dos grandes latifundiários e usineiros da região, e sofreu algumas ameaças de morte. Foi assassinada no dia 12 de agosto de 1983. Sua morte foi encomendada por usineiros da região, por motivações políticas.

<sup>28</sup> Elizabeth Teixeira tornou-se representante das lutas camponesas após o assassinato de seu companheiro João Pedro Teixeira, em 1962. Em continuidade à luta do marido, tornou-se presidente da Liga de Sepé na Paraíba, no mesmo ano, e ajudou na construção da história do movimento sindical rural brasileiro. Foi presa por diversas vezes e permaneceu na clandestinidade de 1964 a 1981. Sua história é retratada no documentário “Cabra Marcado pra Morrer” (1984), produzido pelo cineasta Eduardo Coutinho.

Conforme apontado por Siliprandi (2015), a questão da saúde já constava das reivindicações das mulheres camponesas desde a década de 1980, marco histórico do início dos movimentos das trabalhadoras rurais. Na segunda Marcha das Margaridas, em 2003, que contou com a participação de mais de 50 mil mulheres, em Brasília/DF, entre outras pautas históricas das mulheres camponesas, a importância das políticas de saúde integrou o conjunto de reivindicações, assim como a prevenção da violência contra as mulheres no meio rural.

A terceira Marcha das Margaridas ocorreu em 2007, também em Brasília, com cerca de 30 mil mulheres. Além das reivindicações históricas que compuseram a pauta da Marcha, a questão das seguranças alimentar e nutricional foi destacada, assim como a violência de gênero e também a agroecologia, como uma base essencial para a formação de um novo modelo produtivo para o campo, questões que estão direta e indiretamente relacionadas com o tema da saúde. Em 2011, a Marcha das Margaridas seguiu se apoiando na agroecologia, como um eixo estratégico central das pautas de reivindicações para o campo (SILIPRANDI, 2015).

Ainda no que tange à saúde, foi possível identificar, por meio da revisão da literatura, que o MST, movimento social de reconhecida importância e representatividade da luta camponesa, nacional e internacionalmente, tem uma concepção de saúde que segue pela linha das práticas populares que abrangem as plantas medicinais e a medicina tradicional, assim como incentiva a agroecologia e a alimentação saudável, ao mesmo tempo em que conscientiza e orienta a organização coletiva para a reivindicação da saúde pública e fortalecimento do SUS (SANTOS; HENNINGTON, 2013).

O MMC é um movimento social popular, autônomo e feminista, de âmbito nacional, formado por camponesas que lutam pela igualdade de direitos; pelo fim de todas as formas de violência, opressão, exploração e discriminação contra as mulheres; por novas relações sociais e de gênero; e em resistência ao sistema capitalista e patriarcal, que aspira a construção de uma nova sociedade fundamentada no resgate do valor humano e na valorização da relação das pessoas com a natureza, a partir de uma base socialista e democrática (PULGA, 2009). Além disso, a luta pelo direito à saúde é um ponto fundamental da pauta desse movimento.

Segundo a autora,

[...] as bases que dão solidez à luta por saúde no Movimento estão diretamente vinculadas à realidade concreta vivenciada pelas mulheres camponesas, para as quais as condições de vida e saúde são negadas em nome dos interesses mercantis dominados por grupos hegemônicos internacionais e que têm incidência direta no cotidiano de vida de milhares delas, que ficam doentes e sem acesso aos direitos, tanto de atenção à saúde quanto de melhores condições de vida no campo. (PULGA, 2009, p. 389).

De acordo com Pulga (2009), o MMC estrutura-se nas comunidades rurais por meio de grupos de mulheres que desenvolvem diversos trabalhos e experiências conjuntas, processos formativos, dentre outros, que caminham no sentido da conscientização das mulheres e seu fortalecimento como sujeito ativo, a partir de uma dinâmica educativa. Nesse sentido, a questão da saúde também é trabalhada. Há um jeito próprio segundo o qual as mulheres camponesas entendem a vida e a saúde “[...] que se expressa nas práticas populares de cuidado que desenvolvem, articuladas com a luta para a garantia de um sistema público e universal de saúde e com um novo modo de viver no campo. (PULGA, 2009, p. 391).

Esse novo modo de viver, cuidar e promover a saúde, a vida e a cidadania envolve a formação de grupos de mulheres organizadas que trabalham coletivamente em prol da saúde, entendida para além dos serviços de saúde, mas pela compreensão da dinâmica da vida em sua teia de complexidades e relações, como aponta Pulga (2013).

Esses grupos têm por base a acolhida, a escuta, o respeito, o diálogo e o acompanhamento como premissas básicas, e:

[...] o trabalho que essas mulheres realizam vai desde a reorientação alimentar, a energização, os chás, o uso de plantas medicinais e remédios feitos por elas para curar determinadas doenças, a mudança de postura nas relações familiares e cotidianas, até a conexão com o universo e a dimensão da fé e da transcendência. Aliadas a isso, são construídas redes de apoio solidário às pessoas que mais precisam, o que o grupo de mulheres e outras organizações da comunidade acompanham. (PULGA, 2013, p. 585).

A autora também aponta:

O cotidiano do cuidado em saúde tem uma dimensão social e cultural que exige sensibilidades e ferramentas para melhor compreender, sentir, avaliar, experimentar e viver múltiplos processos de cuidado. As práticas de saúde constituem redes, fluxos de saberes e de fazeres, de diálogos, de conversas em que todos se beneficiam: os que cuidam são cuidados e aqueles que procuram saúde obtêm respostas. (PULGA, 2013, p. 582).

E acrescenta:

Essas práticas mostram que os territórios da vida são mais amplos do que os serviços de saúde, por isso apontam a necessidade de se pensar a saúde com base na dinâmica complexa da vida, pois são práticas centradas na vida, em sua defesa, preservação, promoção e recuperação. As práticas são centradas na vida e no cuidado com o ser existencial e sujeito que se apresenta. Privilegiam o acolhimento, as relações de afeto, respeito às diferenças e de responsabilidade e pertencimento, construtoras de um novo jeito de fazer saúde, de cuidar da vida e do ambiente. (PULGA, 2013, p. 586).

Assim, segundo Pulga (2013), essa iniciativa desenvolvida pelas mulheres ligadas ao MMC poderia ser entendida como “redes sociais de saúde popular”, tendo em vista que as experiências englobam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio da utilização de terapias alternativas, populares e naturais, para cuidar da vida e da saúde de forma integral.

Também de grande relevância, são os MMTRs, movimentos de mulheres trabalhadoras rurais de caráter regional, que têm a saúde como dimensão central nas pautas políticas. Nesse sentido, a saúde é vista sob uma concepção ampla e integral, ligada à garantia de direitos fundamentais e à necessidade de reorganização do modo de produção e das relações sociais e de gênero no campo, na perspectiva de construção de um novo modelo de vida e desenvolvimento (PULGA, 2003), como se pode observar em trecho de um documento do movimento que sistematiza essa concepção:

Na compreensão acerca da promoção da saúde do MMTR, três elementos são básicos: O primeiro estabelece uma relação entre o conceito de promoção à saúde com o Projeto de Sociedade que se quer construir. A promoção à saúde está vinculada diretamente ao modo como vivemos, aos princípios que defendemos, ao alimento que comemos, ao ar que respiramos, as amizades e relações interpessoais e sociais que cultivamos, ao que pensamos, enfim, ao projeto de vida e de sociedade. O segundo, resgatando o que já trabalhamos no item sobre o que o MMTR faz e o jeito de fazer o trabalho de promoção à saúde, mostra que não podemos separar o trabalho de promoção à saúde da conscientização, da perspectiva da formação política e de militantes; da instituição de direitos como a moradia, terra, saneamento básico, educação e do engajamento nas lutas gerais por mudanças estruturais do sistema capitalista neoliberal. O terceiro tem a ver com o conceito de saúde integral, ou seja, a concepção de integralidade da atenção à saúde que tem como pressupostos: a) uma visão de ser humano integral, como sujeito social e portador de direitos de vida, dignidade e cidadania; b) o compromisso ético com a vida - sua defesa, preservação e qualificação em todas as suas dimensões (humana, da natureza, da biodiversidade); c) um projeto de desenvolvimento da sociedade entendido como processo de construção de vida digna a todas as pessoas, que integra as várias dimensões e princípios da vida e da saúde e não da lógica do capital; d) a saúde como direito de todos e dever do Estado, através da efetiva implantação do SUS, com o caráter de relevância pública da saúde, e, portanto, colocada sob o controle social e a participação popular, conforme a Constituição Federal e suas leis complementares; e) a incorporação da concepção de Educação Popular nas práticas junto com as mulheres e famílias, compreendendo que o processo e as relações construídas no campo da saúde também são educativos; f) o entendimento de que Saúde é um aspecto integral da vida diária, não se limitando apenas em ficar bem depois de uma doença. A saúde é vista num contexto mais amplo, significa bem estar/estar bem que compreende a harmonia de nosso SER dentro e na relação com os outros. Já a doença é o reflexo (da desarmonia desse bem estar), a falta de saúde é a desarmonia do nosso SER INTEGRAL, pois saúde está diretamente ligada à maneira com que vivemos. Assim, a promoção à saúde implica na compreensão integral da vida e do ser humano, articulado ao Projeto de Sociedade que se busca construir. (MMTR/RS, 2003 *apud* PULGA, 2003).

Por fim, as questões de saúde apresentadas nesses movimentos e espaços organizativos são entendidas e trabalhadas sob uma concepção ampliada do significado do que é a saúde e das relações que a envolvem, em uma perspectiva integral. Desse modo, identifica-se que essas questões circulam em torno da articulação entre a resistência popular nos territórios rurais – ligadas à valorização da agroecologia e das práticas populares de saúde – com a luta pela garantia de um sistema público e universal de saúde que se estabelece no fortalecimento do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi analisada a política de saúde voltada para as mulheres do campo, de acordo com seus contextos social, geográfico e de gênero, em um cenário de precarização das intervenções do Estado, principalmente de desmonte do sistema público universal de saúde. Foram destacadas as especificidades e relações que envolvem a saúde das mulheres no campo, como a agroecologia, os saberes e as práticas populares de saúde, e a organização sociopolítica dessas mulheres.

Os resultados das pesquisas bibliográfica e documental permitiram evidenciar as lacunas na produção científica sobre a política de saúde das mulheres camponesas, especialmente sobre as condições de acesso, resolutividades e impacto das políticas, considerando as iniquidades em saúde a que essa população está submetida. Por outro lado, destacaram-se a importância e o significado político-científico do Obteia e seus esforços na constituição de um observatório que contribua para a avaliação, o planejamento e a implementação das políticas de saúde no campo.

No Brasil, vive-se um período em que se aprofunda a subalternização da política social aos interesses do mercado, de modo que as medidas governamentais caminham para o esfacelamento dos fundamentos democrático-populares e, por conseguinte, impede a democratização da riqueza socialmente produzida; o acesso aos bens e serviços; e a viabilização de políticas sociais de cunho estatal e universalista, a exemplo do SUS. Conforme os resultados da pesquisa, tudo ocorre em razão do contexto neoliberal vigente, que contribui para a precarização dos serviços de saúde pública e o projeto de desmonte do SUS, que perpassa a desresponsabilização do Estado sobre suas obrigações e a transferência dessas para a iniciativa privada, caminhando em um sentido inverso à universalização, integralidade e equidade do sistema de saúde.

Sob essa perspectiva, perante as desigualdades de acesso, a qualidade inferior dos serviços, e outros desafios da saúde no espaço rural, verificou-se que essas dificuldades são acentuadas, entre as mulheres camponesas, pelas relações de gênero que abrangem o campo, somadas às especificidades femininas de saúde. Vimos também a agroecologia e as práticas populares de saúde como elementos centrais para a promoção da saúde, sob o entendimento e a vivência cotidiana dessas mulheres, que se dá em articulação com a luta pela garantia de um sistema público e universal de saúde. E também que o processo de entendimento da saúde

como direito e a reivindicação pelo fortalecimento do SUS se dão a partir da organização sociopolítica das mulheres camponesas em movimentos próprios, que abrangem a saúde para além de um serviço, mas a partir da teia de complexidades que envolvem diversas questões da vida, e por isso entendida e tratada de forma integral.

Considera-se fundamental o incentivo a pesquisas sobre o tema, com o objetivo de aprofundar o conhecimento da realidade da mulher do campo; dar visibilidade a essa população; e fornecer subsídios para o planejamento de novas políticas que abarquem de maneira mais eficiente as necessidades específicas desse contexto, tanto da saúde como de outros elementos que circundam a vida dessas mulheres. E nesse movimento, integrar suas proposições de um novo modelo de desenvolvimento para o campo, baseado na agroecologia e nos seus costumes e práticas tradicionais em saúde, que tem um valor imensurável. Conforme apontam Teixeira e Oliveira (2014, p. 1.352),

Conhecer o cotidiano dessas mulheres, seus saberes de experiência, suas compreensões de saúde, suas práticas populares de cuidado à saúde e seus processos educativos abre possibilidades de ampliação das compreensões sobre as necessidades de saúde da mulher camponesa, o que potencializa novas investigações e a criação de novas estratégias no campo da atenção à saúde no SUS, com o intuito de ampliar a inclusão e diálogo com as compreensões e com os modos populares de cuidar da saúde.

Nesse sentido, os espaços de participação política e controle social são essenciais nessa construção, e destaca-se aqui a importância das conferências, a exemplo da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. Por meio desses espaços, é possível dar voz a esses indivíduos e apreender suas especificidades, demandas e visões de mundo, em um movimento de escuta e compreensão sobre o que as mulheres rurais de fato consideram importante e necessitam no que tange à saúde nesses territórios, elemento essencial que deve preceder a criação de medidas ou políticas voltadas a uma população específica.

Ainda, apesar das limitações e dos desafios, é importante ressaltar que a PNSIPCFA é um marco histórico de reconhecimento das determinações sociais e das condições de saúde das populações rurais em seus contextos sociais e territoriais, e lê-se que sendo uma política de referência da saúde no campo, deveria incorporar, de forma mais abrangente, a questão de gênero e as especificidades de saúde das mulheres camponesas.

Entende-se que esta pesquisa contribuiu para o meu processo de formação acadêmica, no âmbito da graduação em Serviço Social, assim como evidenciou a perspectiva ético-política e os fundamentos do Serviço Social, tendo em vista os pressupostos analíticos

adotados, em consonância com os princípios do projeto profissional. Em função de um contexto regressivo, buscou-se enfatizar, neste estudo, temas como a dificuldade de acesso à saúde; a luta das trabalhadoras rurais em movimentos organizados de reivindicação política por direitos; os avanços e desafios das políticas públicas de saúde que pensem sobre as especificidades do contexto territorial das mulheres camponesas; a afirmação de identidade e preservação de seus costumes, entre outros pontos que consoam e se relacionam com o Projeto Ético-Político Profissional, na medida em que afirma o posicionamento na luta por direitos, pela defesa da justiça social e da equidade, pela universalização do acesso a direitos, bens e serviços relativos às políticas e aos programas sociais, etc.

Assim, espera-se que as reflexões contidas no presente TCC, possam também constituir-se em subsídios para despertar o interesse de demais estudantes e assistentes sociais para pensar e atuar com as demandas do campo, tendo em vista a falta de debate sobre as populações rurais no processo de formação em Serviço Social e, talvez, em outros cursos e campos de conhecimento no âmbito acadêmico universitário.

Acredita-se que este estudo pode fazer germinar sementes, tanto de fortalecimento dos avanços já registrados, quanto de novas ações que busquem pela mediação entre a plena realização do direito à saúde no âmbito do SUS e a sua promoção por meio da preservação e valorização dos modos de vida e costumes que essas populações do campo cultivam e reconhecem enquanto saúde, como a agroecologia em contraponto à cultura do agrotóxico, e o poder curativo das plantas medicinais provedoras de saúde.



## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes históricos do sistema único de saúde: breve histórico da política de saúde no Brasil. *In: AGUIAR, Z. N. SUS: sistema único de saúde – antecedentes, percurso, perspectiva e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 2014.
- ALMEIDA, Ramón da Silva Rodrigues. **O protagonismo das mulheres rurais no movimento agroecológico do Distrito Federal**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- ALTIERI, Miguel A. Agroecologia, agricultura camponesa e soberania alimentar. **Revista NERA** (Presidente Prudente), ano 13, n.16, p. 22-32, jan./jun. 2010.
- AMIN, Samir. **Eurocentrismo: crítica de uma ideologia**. Lisboa: Dinossauro, 1994.
- ANDRADE, Dina Luciana Batista *et al.* Análise das políticas públicas em saúde da mulher: uma revisão da literatura. **Revista Digital, EFDesportes.com**. Buenos Aires, año 19, n. 197, octubre de 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd197/politicas-publicas-em-saude-da-mulher.htm>. Acesso em: 9 maio 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação popular em saúde**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas: direitos e participação social**. Brasília, DF, 2015.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In: MOTA, Ana Elizabete et al.* (orgs.). **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine J.; PINHEIRO, Wladimir N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. Prefácio. *In*: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

BURG, Ines Claudete; LOVATO, Paulo Emilio. Agricultura familiar, agroecologia e relações de gênero. **Revista Brasileira de Agroecologia**, v. 2, n.1, 2007.

CARRARA, Douglas. A medicina popular. *In*: GENTILE DE MELO, C.; CARRARA, D. **Saúde oficial, medicina popular**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

CARNEIRO, Fernando Ferreira *et al.* Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural *versus* o Brasil urbano. **Revista Tempus** – Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 9, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1718/1440>. Acesso em: 28 set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Convocada a 2ª conferência nacional da saúde das mulheres**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/11nov23\\_pagina\\_inicial\\_converencia\\_sau\\_de\\_mulher.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/11nov23_pagina_inicial_converencia_sau_de_mulher.html). Acesso em: 10 maio 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Documento orientador da 2ª conferência nacional de saúde das mulheres**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2017/doc/2CNSmu\\_DocOrientador.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/2CNSmu_DocOrientador.pdf). Acesso em: 14 set. 2018.

COSTA, Ana Maria. Planejamento familiar no Brasil. **Bioética**, 2000;4(2):209-17. Disponível em: [www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/416/379](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416/379). Acesso em: 18 maio 2018.

COSTA, Marta Cocco da; LOPES, Marta J. M.; SOARES, J. S. F. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Esc Anna Nery**, mar. 2015, v.19, n.1, p.162-168. ISSN 1414-8145. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100162&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100162&script=sci_abstract). Acesso em: 30 set. 2018.

COSTA, Marta Cocco da *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2017, v. 38, n. 2. ISSN 1983-1447.

FAUR, Mirella. **O legado da deusa**: ritos de passagem para mulheres. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 2003.

FERNANDES, Bernardo Mançano. Questão agrária, pesquisa e MST. São Paulo: Cortez, 2001.

FLEURI, Reinaldo Matias. Intercultura e educação. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 16-35, ago. 2003. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141324782003000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141324782003000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 set. 2018.

FREITAS, Giselle Lima de *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(2): 424-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 7 maio 2018.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S103-S112, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2002000700011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 maio 2018.

GIOVANELLA, Lúgia (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl., organizado por Lúgia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato *et al.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GRANEMANN, Sara. Necessidades da acumulação capitalista. **Revista Inscrita**, ano VI, n. IX, p.29-32, 2004.

HECHT, Susanna. A evolução do pensamento agroecológico. *In*: ALTIERI, Miguel. **Agroecologia: bases científicas para uma agricultura sustentável**. Guaíba: Agropecuária, 2002.

IBGE. **Atlas do espaço rural brasileiro**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 302 p.: mapas.

IBGE. **Censo agropecuário 2006**. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 777 p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

LARA, Maristela O.; BRITO, Maria J. M.; REZENDE, Lilian C. Aspectos culturais das práticas dos agentes comunitários de saúde em áreas rurais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 673-680, 2012.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas sociais e de saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

MANDU, Edir Nei Teixeira; SILVA, Graciete Borges da. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. **Ver. Lat. Am. Enfermagem**: 8(4): 15-21, ago. 2000.

MATIAS, Thaísa S. C.; NÓBREGA, Mônica B.; SILVA, Alessandra X. (orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. [Livro eletrônico]. Campina Grande: EDUEPB, 2017. Disponível em: <http://www.uepb.edu.br/download/ebooks/Contrarreforma-Intelectuai-e-servic%25CC%25A7o-Socials.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência nacional da saúde das mulheres**: Convocada a 2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/conferencia-nacional-da-saude-das-mulheres>. Acesso em: 10 maio 2018.

NEVES, Delma Pessanha; MEDEIROS, Leonilde Servolo (orgs.). **Mulheres camponesas**: trabalho produtivo e engajamentos políticos. Niterói: Alternativa, 2013.

PULGA, Vanderléia Laodete. A dimensão educativa da luta por saúde no movimento de mulheres camponesas e os desafios político-pedagógicos para a educação popular em saúde. **Cad. Cedes**, dez. 2009, v. 29, n. 79, p.387-399.

PULGA, Vanderléia Laodete. Contribuições do movimento de mulheres camponesas para a formação em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 573-590, dez. 2013.

PULGA, Vanderléia Laodete. **Educação, cultura popular e saúde**: experiências de mulheres trabalhadoras rurais. Passo Fundo, s. n., 2003. 159 p.

PULGA, Vanderléia Laodete. **Um grito lilás**: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2009.

PULGA, Vanderléia Laodete *et al.* (org.). **Mulheres camponesas**: semeando agroecologia, colhendo saúde e autonomia. Porto Alegre: Rede Unida, 2018.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

RÜCKERT, Bianca; CUNHA, Daisy, M; MODENA, Celina, M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface** (Botucatu), 2018, v.22, n.66, p. 903-914.

SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidade. Petrópolis: Vozes, 1976.

SALES, Celecina de Maria Veras. Mulheres rurais: tecendo novas relações e reconhecendo direitos. **Rev. Estud. Fem.**, ago. 2007, v.15, n.2, p. 437-443.

SANTOS, Júlio César Borges dos; HENNINGTON, Élide Azevedo. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do movimento dos trabalhadores rurais sem terra. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1595-1604, ago. 2013.

SILIPRANDI, Emma. **Mulheres e agroecologia**: transformando o campo, as florestas e as pessoas. **Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2015.**

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S399-S406, 2003.

TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. **Interface** (Botucatu), dez. 2014, v.18, suppl.2, p.1341-1353.

TEIXEIRA, Jodenir Calixto. Modernização da agricultura no Brasil: impactos econômicos, sociais e ambientais. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros**, Três Lagoas, ano 2, v. 1, n. 2, p. 21-42, set. 2005.

THUM, Moara Ailane *et al.* Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm (on-line)**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 576-582, 2011. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472011000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000300020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 ago. 2018.