

As lições de desencontros em relação ao direito à saúde das mulheres camponesas

Neíres Alves de Freitas¹, Maria Rocineide Ferreira da Silva², Mikaele Alves Freitas³, Karine da Silva Oliveira⁴, Elem Juliana Silva Santana⁵, Roseni Pinheiro⁶

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar as práticas de cuidado no cotidiano de mulheres no Assentamento Águas Mortas, no município de Sobral, Ceará. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com uso do estudo de caso como metodologia. A pesquisa aconteceu no período de 2017 a 2018, sendo a coleta de dados realizada de julho a dezembro de 2017, por meio de um roteiro de observação e entrevista semiestruturada com um grupo de 20 mulheres assentadas. As práticas narradas pelas mulheres denotam novas formas de pensar o cuidado associado às experiências de vida dos sujeitos, às criações e recriações de ações a partir do cotidiano, em que as práticas centradas no modelo hegemônico não são capazes de atender às reais vocalizações deles, quando se pensa a complexidade da subjetividade humana. Assim, é urgente atentar-se para as condições das mulheres que habitam no campo, com foco em práticas educativas e de cuidado singulares, considerando-se saberes e práticas existentes nas manifestações de cuidado.

Palavras-chave

Integralidade em saúde. Saúde da população rural. Saúde da mulher.

¹Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará, Brasil. E-mail: neiresalves@gmail.com.

²Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, Brasil; estágio pós-doutoral pela Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil; coordenadora geral da articulação interfederativa e participativa/SE/MS. E-mail: rocineideferreira@gmail.com.

³Graduada em Psicologia pela Faculdade Luciano Feijão, Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: mikaeleafreitas@hotmail.com.

⁴Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará, Brasil. E-mail: karine_oliveira01@gmail.com.

⁵Graduada em Farmácia pelo Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: elemjuliana@gmail.com.

⁶Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil; estágio pós-doutoral pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil; professora associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosenisaude@uol.com.br.

Lessons from disagreements regarding the right to health of peasant women's

Neíres Alves de Freitas⁷, Maria Rocineide Ferreira da Silva⁸, Mikaele Alves Freitas⁹, Karine da Silva Oliveira¹⁰, Elem Juliana Silva Santana¹¹, Roseni Pinheiro¹²

Abstract

This article aims to analyze the daily care practices of women in the Warm Waters settlement, in the municipality of Sobral, Ceará. This is qualitative research, using case study as a methodology. The research took place from 2017 to 2018, with data collection carried out from July to December 2017, through an observation script and semi-structured interview with a group of 20 settled women. The practices narrated by the women denote new ways of thinking about care associated with the subjects' life experiences, the creations and recreations of actions based on everyday life, where practices centered on the hegemonic model are not able to meet their real vocalizations, when thinks about the complexity of human subjectivity. Therefore, it is urgent to pay attention to the conditions of women who live in the countryside, with a focus on unique educational and care practices, considering existing knowledge and practices in manifestations of care.

Keywords

Integrity in health. Rural health. Women's health.

⁷PhD student in Public Health at the State University of Ceará, Brazil. E-mail: neiresalves@gmail.com.

⁸PhD in Public Health from the Federal University of Ceará, Brazil; post-doctoral internship at the State University of Campinas, São Paulo, Brazil; professor at the State University of Ceará, Brazil. E-mail: rocineideferreira@gmail.com.

⁹Graduated in Psychology from Faculdade Luciano Feijão, Sobral, Ceará, Brazil. E-mail: mikaeleafreitas@hotmail.com.

¹⁰Master degree in Health Sciences from the Federal University of Ceará, Brazil. E-mail: karine_oliveira01@gmail.com.

¹¹Graduated in Pharmacy from Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina, Piauí, Brazil. E-mail: elemjuliana@gmail.com.

¹²PhD in Public Health from the State University of Rio de Janeiro, Brazil; post-doctoral internship at the Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro, Brazil; associate professor at the State University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil. E-mail: rosenisaude@uol.com.br.

Introdução

Desenvolver uma discussão acerca da mulher, do estilo de vida e das práticas de cuidado dela em um determinado lugar é essencial para abordar a questão de gênero, especialmente quando se trata das particularidades da mulher do campo. Nessa perspectiva, é importante considerar que as mulheres têm maior longevidade em comparação aos homens, mas enfrentam desigualdades e buscam mais atendimento de saúde. No Brasil, a população feminina representa uma parcela significativa do país, com expectativa média de vida de 80,1 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2019).

A inserção da mulher no mercado de trabalho é acompanhada por discriminação, tanto no campo informal como no formal, devido a iniquidades urbano/rurais e construções de gênero que favorecem o poder masculino e limitam as oportunidades para as mulheres (Costa; Lopes; Soares, 2015). A trajetória laboral das mulheres é marcada por dificuldades, incluindo desigualdade salarial, exclusão dos postos mais elevados e realização de funções invisíveis e sobrecarregadas (Manera; Manus, 2021). Além disso, as trabalhadoras enfrentam agravos à saúde devido às condições precárias e informais de trabalho, à exposição a riscos físicos e químicos, às extensas jornadas e aos baixos salários, resultando em envelhecimento precoce, doenças de pele e problemas osteomusculares (Rocha; Rigotto, 2017).

É fundamental atentar para as condições das mulheres que habitam no campo, especialmente nos assentamentos camponeses, enfocando as práticas educativas, as práticas de cuidados singulares destas mulheres (fitoterapia, meditação, festas comemorativas, celebração da colheita com o alimento posto, rezas, orações, benzimentos e outros), a interação social, a cultura popular, o acesso aos serviços de saúde e os modos de autocuidado e cuidado coletivo.

As populações rurais vivem a subnotificação dos contextos de vida insalubres, quando observadas as condições de territórios saneados. Em consequência do afastamento em relação às cidades, elas não possuem rede de esgoto e conservação de dejetos, estando expostas a diferentes riscos de contaminação nos espaços próximos às residências e de lazer de crianças e adolescentes, por exemplo. As condições de higiene também são reduzidas, não havendo ações para garantir a educação em saúde e meio ambiente, tema de responsabilidade da área da saúde. Apesar de a região possuir açudes, cisternas, condição de desmatamento do solo e seca intensa, não se nota intervenção da Vigilância Sanitária e Ambiental, mesmo nos distritos locais, diferente do que ocorre nos comércios da região com função punitiva e fiscalizadora (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

Em contrapartida, há nessas comunidades um ambiente rico em trocas, uma herança cultural de saberes e práticas terapêuticas e de saúde que visa o bem-estar individual e coletivo, mencionada por mulheres, transmitida entre gerações, atividades de autocuidado (rituais de higiene, cuidado com a pele, uso de alimentos e produtos naturais), símbolos (simbologia do parto, da cura, do sagrado, da dor, do nascimento, da morte e do luto), regras da comunidade (ajuntamento coletivo nos períodos de plantio para auxílio mútuo entre famílias), estas, essenciais quando trata-se de grupos que partilham modos de andar a vida com particularidade, e de modos de transformações das práticas de cuidado a cada geração.

Diante disso, este estudo tem o objetivo de analisar as práticas de cuidado no cotidiano de mulheres no Assentamento Águas Mortas, no município de Sobral, Ceará.

Método

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e abordagem tributária da pesquisa social, em Saúde Coletiva, com embasamento metodológico apoiado na fenomenologia construtivista. As abordagens positivistas sofrem recusa, nessa área, por serem diretas e neutras ao tratar elementos da vida social (Goldenberg, 2004).

O estudo de caso foi a abordagem escolhida, permitindo analisar as práticas de cuidado de mulheres no assentamento Águas Mortas, pertencente ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), na região Noroeste do Estado do Ceará (Yin, 2021). O território da pesquisa circunscreve-se no distrito de Taparuaba, a aproximadamente 25 quilômetros do assentamento. Esse distrito dispõe de um Centro de Saúde da Família (CSF), com três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), para prestação de serviços assistenciais em saúde, e uma equipe multiprofissional (E-MULTI), composta por assistentes sociais, psicólogo, profissional de Educação Física, nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta.

No Assentamento residem 28 famílias. Foram selecionadas, intencionalmente, seis mulheres para a entrevista, e todas participaram por meio da observação participante (Gil, 2017; Minayo, 2010). As mulheres foram selecionadas com base em critérios como destaque em lideranças comunitárias, participação ativa no cotidiano do assentamento, conhecimento da trajetória histórica da comunidade, reconhecimento como liderança, maior tempo de residência e idade.

O grupo envolvido na pesquisa contou com 20 mulheres, com idades variando entre 20 e 75 anos. Dezesete delas se consideravam, quanto à ocupação, donas de casa e agricultoras.

Além disso, três se consideravam apenas agricultoras, uma era pensionista, duas trabalhavam com confecção para recém-nascidos (costura e bordado), duas trabalhavam como secretárias donas de casa, e uma se dizia professora afastada.

Nesse estudo, buscou-se abranger mulheres de todos os ciclos de vida, incluindo mulheres envolvidas em diferentes atividades, ou seja, pluriatividades. Estas exercem diferentes funções sociais, seja por meio de trabalho informal (pelo desenvolvimento de qualquer atividade remunerada, mas sem vínculo empregatício, podendo ser um trabalho como autônomas), como, por exemplo, o trabalho com artesanato, costuras; ou o trabalho formal (quando o empregador e o empregado estão cumprindo um contrato que estabelece direitos e deveres entre ambas as partes), como dona de casa, exercício do microempreendedorismo individual, Agente Local e outros.

A coleta de informações foi feita em um ambiente confortável, que possibilitou a abertura ao diálogo e combinou métodos (a observação participante e a história de vida), uma estratégia comumente usada em pesquisas qualitativas, que permite conhecer elementos diversos, com maior amplitude de conceitos e explicações (Gil, 2012; Marconi; Lakatos, 2011; Minayo, 2010).

A pesquisadora principal conduziu todos os momentos da intervenção. O número de encontros foi programado de acordo com a necessidade sentida pela pesquisadora e pelas participantes, havendo quatro encontros. Cada um teve duração de aproximadamente 1 hora, com extensão dependendo da necessidade surgida. As informações registradas por meio da observação participante e as narrativas, na História de Vida, foram gravadas para interpretação e análise, como demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Representação dos encontros da intervenção

Encontros dos Círculos de Cultura			
Encontros	Acolhida	Desenvolvimento	Relaxamento/Avaliação
Primeiro encontro	“De onde vem a minha árvore: meu nome, minha história”.	Conhecendo a mulher do campo, uso de painel e tarjetas.	Uma palavra, um sentimento.
Segundo encontro	Música cantada: dança sênior.	História do Assentamento e do entendimento: ideia da chuva de ideias (história contada).	“Que bom! Que pena. Que tal?”.
Terceiro encontro	Música cantada: dança sênior.	História das práticas de cuidado existentes, roda viva.	Comando do abraço e agradecimento ao outro (abraço em dupla), avaliação do momento.
Quarto encontro	História contada: “O garotinho chamado amor”.	Apresentação do universo vocabular da mulher camponesa, uso das figuras geradoras.	Tocando o corpo, o cuidado de si coletivo.

Fonte: Freitas (2023).

A pesquisa foi submetida à apreciação do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Município de Sobral (NEPS) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável, obtendo parecer favorável com o nº de protocolo 66045617.1.0000.5260. As participantes tiveram as identidades preservadas, sendo referenciadas por codinomes (mulher assentada 1, 2, 3 = MA1, MA2, MA3, e assim por diante).

Resultados e Discussão

Para refletir a integralidade nos modos de vida da mulher camponesa, é fundamental se afastar de noções reducionistas, processos e cuidados da saúde. Todavia, propõe-se, de modo diferente, estabelecer mecanismos de diálogo e aproximação para materializar o cuidado, trazendo para o mundo expressões de distintas vocalizações sociais.

A integralidade é um princípio/diretriz do SUS que interpreta o ser humano e orienta o processo de trabalho nos serviços de saúde (Carnut, 2017). A defesa do sistema universal de saúde reflete o compromisso com a integralidade como direito constitucional, com intensas lutas para efetivação do direito de atenção integral na legislação vigente e avanços na implementação de ações e políticas.

Nesse contexto, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), representando o compromisso com a implementação de ações de saúde para garantir os direitos das mulheres, incluindo aquelas que vivem no campo, atendendo-as em diferentes fases da vida (Souto; Moreira, 2021). Este documento incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, e busca consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega também a prevenção e o tratamento de mulheres que possuem doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), HIV/AIDS e câncer ginecológico (Brasil, 2004).

Logo, é fundamental ampliar o escopo de ações da PNAISM para abranger as demandas específicas dos trabalhadores rurais, especialmente as mulheres, que muitas vezes são excluídas dos serviços de saúde devido à falta de abordagens integradas e intersetoriais (Souza, 2013).

Institui-se, no âmbito SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), mediante a portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que, dentre os objetivos, está o de garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade, e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida; reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de cada uma.

A PNSIPCF ratifica, ao concordar com o SUS, o cumprimento do princípio da universalidade, prezar por ações de saúde que sejam integrais, como materialização das

garantias constitucionais, promoção da equidade em saúde, e busca de saídas para os diversos problemas inerentes à vida, advindo dos modos de vida no campo, na floresta e nas águas.

Para tanto, faz-se mandatário a consideração pelos modos de produção e reprodução social da diversidade desses grupos que habitam no campo e o processo de saúde-doença-cuidado, crenças e valores deles em concordância com o direito sustentável (Brasil, 2013).

Assim, o acesso às práticas de saúde no SUS, por esse grupo, requer o respeito e a articulação de saberes e experiências importantes no âmbito do planejamento, da execução, do monitoramento e da avaliação contínua e permanente das ações, de forma intersetorial, para que a gestão de políticas públicas e setoriais implique-se nesse ato. Ao mesmo tempo, faz-se necessário que a gestão seja participativa, corresponsável em relação às decisões tomadas, e que haja partilha de informações, objetivando resultados efetivos para a atenção à saúde, qualificação do cuidado e integralidade da assistência (Brasil, 2013).

A consolidação de documentos, como os das políticas mencionadas, leva a refletir no avanço destas últimas e na tão almejada ruptura de retrocessos na história das políticas públicas para grupos sociais, por aferir a existência de direitos documentais e legais, que não constam apenas nos textos oficiais, mas, sobretudo, corporificam-se nos diferentes cotidianos de pessoas vulneráveis socialmente. Algumas são as experiências pouco exitosas vivenciadas por determinadas pessoas imersas em um contexto de desacordo com os direitos, sem acesso a eles, em relação aos serviços, à transformação da realidade e à mudança de contextos conflituosos devido à pobreza, às condições desiguais, injustas e sub-humanas de vida (Pinheiro; Luz, 2007). Esses reflexos são evidentes nas falas da mulher camponesa.

Eu não sei nem cadê o prefeito, nunca mais eu vi. Eu disse assim para o político: “você vai correr atrás desse poço, e eu atrás de voto”. Eu não vou atrás do prefeito, não, porque a história do prefeito é que tá tudo falido, que tá tudo ruim, não tem, não tem verba, nada, agora é só próximo ano. Para quem tá com sede hoje, e esperar próximo ano? A gente não, que nós vai na Taperuaba e compra um garrafão d’água, mas os animais que bebe mil litro de água por dia, ô, por hora, ou por segundo. Pois é, é isso que posso pedir, aí diz que é próximo ano. Querendo dizer que depois das eleições, se ele fosse eleito, aí o poço era garantido. Aí chegava um, chegou outro vereador, e chegava outro. Aí veio um lá em casa à noite e disse: “eu vou ajudar uma pessoa a cavar um poço para amenizar a situação aqui”. Aí esse indivíduo quis mandar cavar um poço aqui, é para ele que vou votar, e que vou pedir voto para ele. Pode vim um do céu, e dizer: “pega essa ruma de dinheiro”, e eu digo que não quero. Veio dois caras de Sobral lá em casa e perguntaram: “você quer quanto?”. E disse: “não quero um centavo seu, porque eu não sou doída, pois eu tenho juízo, e eu uso ele”. Com seis dias, cadê o comprometimento do povo aqui. Não vamos atrás de prometer a votação,

porque não tem. Chega um com 100 real, 50 real, 10 real, pegue, meu povo. Não é para dar? Mas tenha consciência, use a consciência, vamos aquela luz que clareou naquele dia que estava escuro? Mas não, o povo não enxerga isso. Então é que eu criei ódio de política. Agora, eu tô disposta, tô disposta novamente, a entrar para algum vereador para ver se as coisas melhoram. Talvez, eu entre para essa aí. Já tive uma vez com ela, lá em Sobral, ela disse que eu voltasse lá. Nós estamos precisando de muita coisa aqui. Para política, ela nunca tinha ganhado, nem tinha feito nada para mim, mas na direção da escola, para mim, ela foi 100%. A escola é muito organizada, eu nunca gastei um prego quando ela veio para cá. No dia que faltava merenda escolar, mandava dizer para ela, e no mesmo dia chegava, com botijão de gás e tudo. E aqueles outros diretores que entraram não era bom. Eles davam um trabalho medonho aqui nos aparelhos, tinha um que dizia: “senhora, me faz o orçamento, depois a senhora me traz”. Fiz o orçamento, levei, e depois fala: “ah! A escola não tem verba para isso, não, não sei que, não sei que, não sei que”. Eles não queriam arcar, a geladeira da escola deu o prego e pedi conserto várias vezes e precisei pagar do meu bolso porque eles mesmo não deram. Não é justo não, eu fazer isso. Aí ele coçou a cabeça, e não consertou não. Então é assim, se eles fizer algo por nós eu apoio, e se essa que tá aí fizer aquilo que nós estamos precisando em Águas Mortas, nas próximas eleições, eu apoio ela. Eu não tenho compromisso com ninguém, eu não tenho compromisso com o governo. Eu não vou me vender por nada, mas eu trabalho de graça. E eu quero uma coisa pra todos, e política é isso (MA6).

O Brasil é considerado um país que também é rural e camponês, a concordar que neste há uma diversidade de contextos e povos, o que remete a pensar o processo saúde-doença-cuidado como algo singular. Pois este universo é dotado de uma especificidade tamanha, que faz com que o SUS e a APS sejam organizados de modo a garantir esse cuidado, bem como a partir de práticas sociosanitárias que viabilizem o direito à saúde para populações mais vulneráveis, como é o caso das populações camponesas, com ênfase às mulheres do campo, estas associadas a modos de vida próprios, questões ambientais específicas, experiências de vida e de saúde e *modus operandi* de reprodução social incomum (Pessoa, 2018).

Nesse sentido, pode-se confirmar que as atividades do campo são especiais, que nem sempre dialogam com outras práticas laborativas da cidade. Há atividades de produção unicamente do campo, como a pesca, o artesanato, a agricultura, o plantio, o extrativismo, a exposição solar e a aplicação de agrotóxicos de modo intenso. Estas características da mulher que coabita no campo deve ser tanto conhecida e reconhecida pelos serviços de saúde, como também valorizada, no que concerne a criação de serviços, práticas e políticas assistenciais e de saúde que as envolva, visto que expõe essa população a um conjunto de agravos à saúde, e a situações adversas.

Sabe-se que persistem desafios nos cotidianos das pessoas e instituições de saúde, como a busca por visibilidade, acesso a bens e serviços, condições de vida justas e políticas

inclusivas de saúde no país. Esses sujeitos enfrentam constantemente a negação de seus direitos, mas acreditam em uma sociedade acessível a todos, com um sistema de saúde universal que incorpora tecnologia para atender às demandas e permite práticas promotoras de vida e de cuidado (Pinheiro; Luz, 2007).

Como desafios prementes, ainda no contexto do SUS, estão o desempenho inferior de serviços de saúde localizados em áreas rurais e/ou camponesas, e as insuficiências destes serviços. A deflagração desse território, que não considera essas localidades mediante uma perspectiva sócio sanitária, com maiores riscos à saúde, maiores vulnerabilidades para promoção de ações educativas, com maiores dificuldades nas ações de prevenção de doenças e de delicadeza na potência que é a participação social como via de enfrentamento da pobreza, e de materialidade das políticas públicas e de saúde (Pessoa, 2018).

No cotidiano das populações camponesas, observa-se a emergência por espaços de debate, educação e promoção da saúde. A Conferência de Alma Ata, em 1978¹³, propôs uma mudança de paradigma na saúde, contrapondo-se às intervenções médicas tecnicistas que não atendiam às demandas assistenciais. Apesar disso, enfrentamos desafios históricos que nos levam a estudar estratégias para superá-los, incluindo limitações na formação histórico-acadêmica que, muitas vezes, é baseada em saberes rígidos, e matrizes curriculares técnicas e inflexíveis.

A prática da comunicação, conforme defendida por autores como Arendt (1972) e Freire (1999) das ciências políticas e educação popular, busca revelar o oculto, oprimido e confuso. No entanto, na contemporaneidade, a expressão da linguagem no espaço público tem se perdido, limitando o exercício da liberdade humana por meio da participação e do debate político para expressar desejos sociais e questões que causam incômodo, dor e preocupação. Veja a atitude participativa que mobiliza a mulher do campo.

Eu gosto muito de reunião. Eu não posso participar de todas as reuniões porque não faço é poder, mas o meu sonho é sempre chegar primeiro, não gosto de chegar atrasada. Porque se eu chegar atrasada, eu não peguei nada do início. Eu gosto de chegar numa reunião cedo pra mim ouvir, e prestar atenção. E se vou para a reunião para ouvir, e é algo fundamental, eu anoto, pra quando eu contar que, foi isso, isso e isso. Pra mim quando se fala em

¹³A Conferência de Alma-Ata ocorreu na sequência de uma série de conferências promovidas por organizações das Nações Unidas durante a década de 1970, que debateram uma agenda ampliada para uma nova ordem econômica internacional visando à redução das disparidades entre os países então chamados centrais e os chamados países do terceiro mundo. Halfdan T. Mahler, então diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), assumiu ser impossível dissociar o desenvolvimento econômico e social e a saúde, o que bem se expressa no ideário da Atenção Primária à Saúde (APS) integral e saúde para todos da Carta de Alma-Ata (Pires-Alves; Cueto, 2017).

reunião, reunido, eu acho importante demais. Não é porque eu venho uma vez por mês não... Mas é através da reunião que nós conseguimos alguma coisa, é através do diálogo, que você tem que conseguir algo. Porque se ele aqui ficar calado, só ele sabe o que é que ele quer. Mas se ele abre a boca e comentar, e dizer que é isso, isso e isso, quem sabe se nós podemos ajudar? Portanto é na reunião que devemos discutir os assuntos de interesse. (MA6)

É no coletivo que a gente tenta resolver os problemas, para amenizar a situação daquele nosso colega. Ver o nosso colega, e não tá nem aí para ele é muito assim. A gente tem que ajudar. Muita coisa de três anos pra cá tem sido conquistada só pelo coletivo, e a esperança é construir mais. (MA2)

Agora assim, na parte da associação, eu acho que todos têm que participar do coletivo, das reuniões. Porque, a partir do momento que a pessoa chega pra pedir pra morar, ele já vai ficar sabendo do que se trata um assentamento. Né? Assentamento é uma associação, assentamento é onde se vive uma comunidade, que depende um dos outros, pra ver o assentamento permanecer em pé. Se todos os assentados não quiserem se reunir, no propósito de procurar o melhor pro assentamento, ninguém vai viver bem. Porque só uma andorinha não faz verão não. Todos vivendo junto, todos vivendo em concordância, todos participando da reunião... tando presente você vai debater aquilo que você acha, aquilo que você não acha, aquilo que você concorda e aquilo que você discorda. [...] E outra que eu acho importante de ser realizado no assentamento, é como se fosse uma chamada, tá entendendo? Como se fosse participação. Claro que tem as ATAS, né? Mas é bom ter uma chamada de participação, que é pra quando essa pessoa vier com a audácia de querer ter mais direito do que os outros, você chamar e dizer assim: olhe, você tá em falta. Por que você tem mais direito mais do que outros? Todo mundo tem direito, mas tem direito quem? Quem participa, quem é participante. Quem tá ali unido, que tá ali em concordância. Uma corrente, ela não permanece sendo uma corrente, se as argolas tiver por fora não. Uma argola aqui e outra ali não é corrente, corrente é cada argola no seu cantim. Pra poder ser o que? Pra poder ser uma corrente, pra poder ser forte, e segurar algo, né verdade? Então é isso que penso. (MA2)

É perceptível a participação social no contexto de mulheres assentadas, no uso de sua função, enquanto agente política, quando participa do Coletivo (grupo de assentados que se ajudam quando precisam, seja para construção de uma casa, para quando há falta de água, ou, até mesmo, quando há necessidade de conserto de alguma estrutura no Assentamento, como de cercas e cisternas). Nesse espaço há ajuda mútua, o sentimento de cidadania, de convivência empática, de ver-se no outro, e da responsabilidade social para com o espaço em que habitam, assim como há o aparecimento de todos neste espaço público e comum. A importância da fala, do posicionamento e do pertencimento. E, por fim, validam o ideário de que tem direito aqueles que se colocam na luta, que reivindicam, e assim, na comunhão dos interesses, é possível materializar sonhos, interesses, desejos e buscas por saúde, educação, lazer, trabalho, esporte e outros direitos.

Na alusão à pólis ateniense, a esfera pública é concebida pelo exercício do poder entre os seres humanos, que treinam o falar e agir, experimentando a política pela liberdade dos sujeitos, participação e fundação da autoridade, com base na observação da tradição dos acontecimentos e tentativas de práticas do cotidiano.

Segundo Freire (1977), a liberdade emerge dos modos de ser e dos caminhos percorridos pelo homem, ganhando significado nas histórias de vida e percursos escolhidos. Considerada um axioma pedagógico, a liberdade, assim como a crítica, atua nas relações internas dos seres, mas se revela principalmente na consciência humana por meio das interações sociais. A educação como prática de liberdade não aliena nem domestica corpos dóceis, mas busca formar homens-sujeitos, não homens-objetos.

Em contextos de fortalecimento de instituições, setores e políticas públicas no Estado democrático de direito, é necessário reconhecer o papel potente dos Conselhos de saúde, consulta pública, audiência, movimentos sociais e atores envolvidos na efetivação do direito à saúde, compreendendo seus limites e possibilidades de intervenção para acompanhar, fiscalizar e reivindicar os *modus operandi* (Asensi, 2011). No campo, nem todas as mulheres se sentem motivadas a ocupar esse espaço devido à descrença, falta de informação ou outras escolhas ocupacionais.

Ampliar espaços democráticos e fomentar reflexões acadêmicas sobre participação social é uma estratégia sólida para o enfrentamento de problemas sociais. A sociedade civil tem papel crucial na fiscalização e na vocalização de demandas, acompanhando propostas e relatórios de gestão. Ademais, a judicialização da saúde permite o exercício de direitos pelos próprios indivíduos.

Teve conquistas nossa aqui. Foi da associação. Nós pedimos ao vereador... a gente colocou um vereador em frente e conseguimos o carro de aluno, e conseguimos essa escolinha que tá desativada, conseguimos um poço profundo. Então melhorou muito, muito, mas ainda tem muito a desejar (MA2).

Nós como assentados, nós poderia muito bem na época de eleições, pra escolher uma pessoa pra nós apoiar o assentamento. Porque se a gente apoiar uma pessoa, a pessoa que tá à frente da associação, vai ter todo o direito de ir lá nos calcanhar do camarada, e dizer que a nossa comunidade lhe apoiou, agora você vai ter que nos apoiar. Por que a gente... dá de César o que é de César. Então se o camarada quer apoio, então todo mundo apoia. Pra que? Pra aqueles projeto que a comunidade quer, que a gente deve colocar nas mão daquela dita pessoa, irá nos ajudar dentro da associação. Só que existe um porém. Dentro da associação, dentro da nossa comunidade, ninguém se reúne para apoiar uma pessoa só, tem pessoas que vêm de fora, que não têm nada a ver com o nosso distrito, que não vai fazer nada pelo nosso distrito,

não vai fazer nada pela nossa comunidade, muitas vezes a pessoa chega e apoia a pessoa do assentamento. Então acho assim, que por causa de problema pequeno, perdemos oportunidade grande da gente ter melhoria no nosso assentamento. Se todos se reunir e se combinar para votar numa pessoa só, toda associação vai ter a quem recorrer, não concordam? (MA6)

Na esfera de decisão, é possível estabelecer diálogos entre atores civis e jurídicos, horizontalizando as relações para valorizar os discursos em busca de direitos, pactuar agendas, construir ações recíprocas e, acima de tudo, evidenciar a dimensão participativa dos usuários, na assunção de responsabilidades e compromissos em função da materialidade da lei.

Enfrentar a dimensão formalista do direito é essencial para retificar os princípios e diretrizes da Legislação da Saúde, a Lei 8.080/90, a Lei 8.142/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB's). Tratam-se, a primeira, da Lei Orgânica da Saúde (LOA), e a segunda, da Lei que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e oferece outras providências.

As NOB's do SUS foram criadas para orientar o processo de descentralização da saúde no Brasil, a partir dos anos 90, após a publicação das Leis Orgânicas da Saúde. Tais normas são portarias de instrumentalização da administração pública, neste caso, do Ministério da Saúde (MS), que reforçam o poder regulamentador da direção nacional do SUS, representam instrumentos de regulação do processo de descentralização e tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (Levcovitz; Lima; Machado, 2001).

O direito social e de saúde dos assentados, vivenciado por anos, apresenta desafios, especialmente em regiões menos desenvolvidas, como o Nordeste. Nessas regiões, o sacrifício de assumir essa luta é mais árduo e de muitos embates. Observe as narrativas adiante:

Aqui precisa de trabalho meu amor. Trabalho que as mulheres ganhassem algo. Isso era muito importante. Existisse uma fonte de renda. Que elas ganhassem alguma coisa pra acompanhar esse bolsa família, que é pouco pra elas, eu acho. Pra mim o trabalho ocupa muito a mente, é muito gostoso a gente trabalhar. E se tiver trabalho, tá todo mundo ali trabalhando, ganhando aquela coisa, e ocupa a mente. Eu vejo assim, se o prefeito quisesse fazer, o mais indicado seria ele fazer as coisas por nós, a prefeitura, ou um secretário, ou qualquer, trazer alguma coisa pra nós, mesmo que fosse assim, mesmo que fosse aquele artesanato. Já era uma grande coisa. Tinha que ser por eles lá. Fazer algo pela comunidade, pelo povo (MA10).

Uma coisa que nós não temos agora é assistência técnica do INCRA. Porque um assentamento só pode caminhar, se tiver assistência, para poder conversar com as comunidades, para preparar os projetos. Eu acho, no meu

ponto de vista, que aqui em Águas Mortas, que é ponto de referência dos assentamentos, era pra ter um mini posto com ambulância, um motorista, era pra ter uma Enfermeira de plantão. Por quê? Porque muitas vezes um idoso passa mal, uma pessoa tá com a pressão alta. Por que muitas vezes a pessoa sai daqui tão debilitada, que não consegue ir num transporte de uma moto. Porque a pessoa corre risco de passar mal no meio do caminho e morrer. É como as pessoas dizem aqui: “é melhor tacar logo um pau na cabeça e morrer logo”. Porque não tem transporte, não tem dinheiro pra pagar um carro. Então, tudo isso precisa pro assentamento, médico dentro da comunidade. Pra ajudar as crianças, os idosos, que são as pessoas mais frágil, que são: os idosos, as criança, e as pessoas que têm doença já (MA2).

Quando questionadas sobre as práticas de cuidado e sua eficiência no suprimento das demandas, elas respondem:

Agora teve o outubro rosa. A gente só ouviu falar aqui por causa da televisão, do rádio, coisa assim. Mas uma pessoa vim dar uma palestra disso, aqui não existe, não tem de jeito nenhum. Eu só ouvi falar na televisão. Era pra ter no posto de saúde, essas coisa. Mas era muito bom vir uma pessoa dar uma palestra sobre isso (MA5).

Por exemplo: quando nós tivesse no período do outubro rosa, era pra vir pessoas aqui no assentamento, fazer esse projeto aqui, falar com as mulheres, orientar, e falar sobre a saúde da mulher. Como eu já citei, todos os assentamentos são excluídos das coisas que acontecem na cidade. Nós somos cidadãos, nós pagamos impostos, então nós temos direitos assim como eles lá da cidade, dos distritos. Se a cidade tem direito, nós também temos (MA2).

Pinheiro *et al.* (2013) considera a saúde como um bem inegociável, essencial ao direito humano e à dignidade. Os encontros e práticas com os sujeitos possibilitam o atendimento aos propósitos instituídos, contribuindo para a produção de saúde em sua dimensão ética, moral e de cidadania (Asensi, 2011; Pinheiro *et al.*, 2013). O diálogo sobre o direito à saúde ressalta a diversidade vivida em contextos plurais, com demandas variadas. A sociedade civil tem se apropriado cada vez mais da expressão dos direitos, criando novos espaços públicos que promovem novos padrões de sociabilidade e humanidade (Pinheiro *et al.*, 2013). Isso, sem dúvida, seria uma tentativa ousada e promissora na repercussão que os movimentos sociais e a participação popular alcançariam nas conquistas, com retornos sólidos e de mudanças que há tempos são ambicionados.

Considerações finais

A atual conjuntura nos leva a refletir sobre a efetivação do sistema de saúde universal no SUS e a tentativa de derrubada de conquistas de direitos fundamentais. É primordial repensar o acesso a serviços de saúde para sujeitos em situação de vulnerabilidade e exclusão social, respeitando a pluralidade de culturas e contextos.

A efetivação da PNSIPCFA requer o envolvimento de setores como instituições de saúde, lideranças comunitárias, sociedade civil e trabalhadores, dando voz a desejos, sujeitos, sentimentos e percepções. As práticas de cuidado no cotidiano do campo representam parte da cultura e devem ser diversificadas para atender às reais vocalizações dos sujeitos.

Não se pode deixar de considerar nesta pesquisa o valor de todas as práticas de cuidado construídas e transmitidas por gerações no cotidiano de um Assentamento camponês, a construção social, as crenças que são herdadas, os cuidados como construção social de valor humano e cultural. Elas têm um valor simbólico e de apreciação para a população local, pela repercussão e conservação perene do conjunto de práticas aprendidas e criadas, como a importância que se dá à tradição, ao elo entre os povos que passaram e à atitude de criar seus modos próprios de interação para a produção de saúde. Ao mesmo tempo em que não passa despercebido o conjunto de bens, serviços e práticas de cuidado que ainda não chegam ao cotidiano das mulheres e que são considerados necessários, direitos legais que há tempos não são garantidos.

Nesse sentido, torna-se primordial repensar o acesso a serviços de saúde para sujeitos, individuais e coletivos, em situação de vulnerabilidade e exclusão social, pois há de se respeitar a pluralidade de culturas, realidades e contextos em que os diferentes grupos estão inseridos, a singularidade dos desejos quando se pensa na saúde como um conceito amplo e que sofre interferência histórica, política, social e cultural.

É possível pensar, desse modo, na efetivação da PNSIPCFA por meio do envolvimento não só de setores como instituições de saúde, mas de lideranças comunitárias, da sociedade civil e dos trabalhadores. Isso implica em estudar saberes e práticas que deem voz a desejos, sujeitos, sentimentos, anunciação e percepções, desenvolvidos para mediação das relações e dos processos de aceitação dos direitos, mais especificamente de onde emerge a produção do cuidado como uma conexão seminal para a concretude da integralidade de fato e de direito mediante a garantia do acesso. E, assim, consubstanciar as práticas de cuidado como nexos constituinte e constitutivo da integralidade, para compreensão de sujeitos e contextos singulares.

É no cotidiano do campo que se percebem as práticas de cuidado da mulher, quando elas reverberam suas relações e se materializam em “conversas, o uso de ervas medicinais, o afeto, a espiritualidade, a meditação, o apoio social, a existência de redes sociais, a vivência familiar, as orações e os benzimentos, as celebrações como a da colheita, entre outras palavras de valor simbólico e singular que narram práticas presentes especialmente neste grupo, e neste lugar. As práticas de cuidado nesse ambiente representam parte da cultura, ou valor cultural, como a mediação da integralidade enquanto ações”.

No entanto, ainda se percebe algumas lições que conversam acerca do desencontro com o direito à saúde, que marcam a história de grupos imersos em situações de vulnerabilidade social no contexto brasileiro. Pois, é possível refletir sobre a delicadeza na forma de leituras de diferentes demandas e necessidades de saúde particulares de cada povo, que devem ser enfrentadas como práticas de cuidado não apenas provenientes do setor popular e informal, mas dos setores científico e assistencial, que estão distantes do campo, e mais próximos dos grandes centros urbanos. Nesse contexto, não se pode separar as práticas alternativas e holísticas, das convencionais, ou da alopatia. As práticas unicamente centradas no modelo hegemônico não são capazes de atender às reais vocalizações dos sujeitos, quando se pensa na complexidade da subjetividade humana, mas são direitos constitucionais, e precisam vir de encontro às subjetividades, como direitos concretos, em forma de práticas eficazes de saúde. Assim, os Assentamentos camponeses, com foco em práticas educativas e de cuidado singulares, modos de interagir, existir e possibilidades existenciais nesses espaços, considerando-se também, a arte, a estética, os saberes, as práticas, as manifestações de cuidado, as obras da cultura popular, o acesso a ações de saúde e modos próprios de exercerem o cuidado de si e dos outros. Esse construto que conforma o legado ou o *status* social é apresentado nas ações vividas. Por isso, o cotidiano é reconhecido como ambiente de fomento ao conhecimento das práticas individuais e coletivas de cunho terapêutico e relacionados à saúde, prestadas ao individual ou à coletividade, entendendo o cuidado como um valor cultural.

Portanto, como ponto de partida para iniciar e não fechar o pensamento para a atitude crítica de leitura do mundo, encoraja-se a profissionais, gestores e usuários do SUS, na luta pela expansão das práticas, mas não somente do que condiz com a formalidade do direito à saúde, mas, sobretudo, dos modos como este se concebe nas diferentes realidades sociais da saúde.

Para isso, haja vista que não se pretende refutar os saberes oriundos das racionalidades médicas e científica, mas a aproximação dos bens imateriais produzidos no campo, mostrados

no formato de saberes, dizeres, símbolos, práticas, ações específica de cuidado de si, do outro e do mundo, deste mundo vivido no particular. Como ponto de chegada e alcance do real na mediação da integralidade em saúde dos povos rurais e camponeses, anuncia-se inquietações e análises para pesquisas futuras, provenientes de sujeitos/populações em contextos de diversidades, invisibilidades e vulnerabilidade, o estudo de populações em situações de iniquidades, privação de liberdade e de bens necessários à dignidade humana, e o distanciamento dos direitos ditos constitucionais, para os vividos no real, na ponta, por estes sujeitos, sendo o direito à saúde, um princípio à vida.

Referências

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. Tradução de Mauro W. Barbosa de Almeida. São Paulo: Perspectiva, 1972.

ASENSI, F. D. Direito e saúde: três propostas para um direito material materialmente concebido. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011. p. 71-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. 82 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 5 jan. 2023.

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

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. DOI 10.1590/0103-1104201711515. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/?lang=pt#>. Acesso em: 27 abr. 2023.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M; SOARES, J. S. F. Violence against rural women: gender and health actions. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 162-168, 2015. DOI 10.5935/1414-8145.20150022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wtn3ZbpCSjLkK8TBQCF9ShB/?lang=en>. Acesso em: 27 abr. 2023.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1977.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 8. ed. São Paulo: RECORD, 2004.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 23 jul. 2023.

MANERA, G.; MANUS, R. O. M. Mulheres e trabalho: uma trajetória jurídico-literária da desigualdade formal e representativa. **Revista da Faculdade Mineira de Direito**, Belo Horizonte, v. 24, n. 47, p. 3-14, 2021. DOI 10.5752/P.2318-7999.2021v24n47p3-20. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/Direito/article/view/26075>. Acesso em: 27 abr. 2023.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, v. 42, p. 302-314, 2018. DOI 10.1590/0103-11042018S120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KvG6XQP4YRDdbNQm7fSK54DN/>. Acesso em: 5 jan. 2023.

PINHEIRO, R. *et al.* (org.). **Construção social da demanda por cuidado**: revisando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. p. 3.

PIRES-ALVES, F. A.; CUETO, M. A década de alma-ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2135-2144, 2017. DOI 10.1590/1413-81232017227.02032017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dBdyjfpLHpKbtzcv4VfJcM/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 4 jan. 2023.

ROCHA, M. M.; RIGOTTO, R. M. Produção de vulnerabilidades em saúde: o trabalho das mulheres em empresas agrícolas da Chapada do Apodi, Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 63-79, 2017. DOI 10.1590/0103-11042017S206. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8sHrWvR48V6wCrG3z6ZzCpq/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2023.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021. DOI 10.1590/0103-1104202113020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2023.

SOUZA, M. S. **Questão agrária e direito à saúde**: o lugar da saúde no projeto político do Movimento Sindical de Trabalhadores(as) Rurais. 2013. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/2013_MariaSocorroSouza.pdf. Acesso em: 4 jan. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Submetido em 09 de agosto de 2023.

Aprovado em 06 de novembro de 2023.