



Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**GÊNERO, TRABALHO E SAÚDE MENTAL ENTRE TRABALHADORAS
RURAS ASSENTADAS NA REGIÃO DO MATO GRANDE POTIGUAR**

Maria da Graça Silveira Gomes da Costa

NATAL

2014

Maria da Graça Silveira Gomes da Costa

**GÊNERO, TRABALHO E SAÚDE MENTAL ENTRE TRABALHADORAS
RURAS ASSENTADAS NA REGIÃO DO MATO GRANDE POTIGUAR**

Dissertação elaborada sob a orientação da Prof.^a Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein e coorientação do Prof. Dr. Jáder Ferreira Leite apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

NATAL

2014

UFRN. Biblioteca Central Zila Mamede.
Catalogação da Publicação na Fonte.

Costa, Maria da Graça Silveira Gomes da.

Gênero, trabalho e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas na Região do Mato Grande Potiguar / Maria da Graça Silveira Gomes da Costa. – Natal, RN, 2014.

168 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Magda Diniz Bezerra Dimenstein

Coorientador: Prof. Dr. Jáder Ferreira Leite.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Transtornos mentais comuns– Dissertação. 2. Atenção primária à saúde – Dissertação. 3. Assentamentos rurais – Dissertação. 4. Saúde – Aspectos sociais – Dissertação. 5. Gênero – Dissertação. I. Dimenstein, Magda Diniz Bezerra. II. Leite, Jáder Ferreira. III. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. IV. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 159.972

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “Gênero, trabalho e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas na região do Mato Grande Potiguar” elaborada por Maria da Graça Silveira Gomes da Costa, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção de título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, ___ de _____ de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein (presidente da banca) _____

Prof. Dr. Jáder Ferreira Leite (Co Orientador) _____

Prof.^a Dra. Candida Maria Bezerra Dantas (examinadora interna) _____

Prof.^a Dra. Verônica Morais Ximenes (examinadora externa) _____

*Soy mujer. Y un entrañable calor me abriga
cuando el mundo me golpea. Es el calor de
las otras mujeres, de aquellas que no conocí,
pero que forjaron un suelo común, de aquellas
que amé aunque no me amaron, de aquellas
que hicieron de la vida este rincón sensible,
luchador, de piel suave y tierno corazón
guerrero.*

Alejandra Pizarnik

Este trabalho é dedicado aos meus pais, Iris e Moacyr.

Agradecimentos

Aos moradores do assentamento Paulo Freire III pelo carinho, pelo abrigo, pela confiança, pelos ensinamentos e pelo café com tapioca nos fins de tarde.

A Magda e Jáder por serem grandes orientadores e amigos com quem aprendi valiosas lições sobre afeto, ética, comprometimento e profissionalismo. Serei eternamente grata pelas contribuições que tanto me ajudaram a amadurecer.

Às professoras Candida Dantas e Veronica Ximenes pela leitura deste trabalho e por aceitarem compor a banca de avaliação do mesmo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em especial à Cilene, por ser uma profissional tão sensível e atenciosa com todos.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudo concedida.

Aos companheiros da base de pesquisa pelas discussões que tanto contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Aos amigos do programa *Motyrum* por me ajudarem na realização da pesquisa e, principalmente, por acreditarem que é possível sim, construir um mundo mais justo.

À Ana e Lais com quem compartilhei, desde o início dessa jornada, as dores e delícias do fazer científico.

À Kamila, pela amizade de sempre.

A Nathasia, João, Hugo, Paulo, Carol, Rayssa, Nativa e tantos outros amigos cujos os nomes não citei, mas que me ajudaram a não desistir e entenderam a minha ausência em momentos importantes.

À Nina, por alegrar minha vida diariamente.

Ao meu companheiro Breno, por me ajudar a passar pelos momentos de angústia com sua calma e paciência características. Obrigada por estar comigo em todos os momentos, mesmo quando havia uma distância geográfica entre nós.

Aos meus pais (Moacyr e Iris), irmãos (José, Flávio e Eduardo) e sobrinhos (Gabriel, Flavinho, e Rafael), por serem meu porto seguro e minha maior motivação para continuar lutando.

Sumário

Lista de Figuras	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Siglas	x
Abstract.....	xiii
Apresentação	14
Introdução e justificativa.....	17
1. Gênero, trabalho e saúde mental	23
1.1. Considerações acerca da categoria “gênero”	23
1.2. A divisão sexual do trabalho na estruturação da vida social	30
1.3. Gênero e saúde mental.....	34
1.4. Contribuições do conceito de gênero para a compreensão da interface saúde mental e trabalho	38
2. O rural e suas dinâmicas: histórias, movimentos e políticas.....	43
2.1. Breve histórico da questão agrária no Brasil	45
2.2. Agricultura familiar e Políticas públicas para o campo: o contexto dos assentamentos rurais de reforma agrária	53
3. Os percursos da pesquisa.....	58
3.1. A experiência do projeto Motyrum: construindo novas possibilidades	58
3.2. Nossas escolhas teóricas e metodológicas.....	61
4. Resultados e discussão: eixos de análise.....	69
4.1. Eixo I – Território, ambiente e saúde mental	69
4.1.1. <i>Condições de vida, ambiente, trabalho e saúde no assentamento Paulo Freire III</i>	75
4.1.2. <i>Rastreamento de TMC entre as mulheres assentadas</i>	92
4.2. Eixo II – Relações desiguais de gênero no meio rural.....	95
4.2.1. <i>O casamento e a tripla jornada de trabalho</i>	96
4.2.2. <i>Vulnerabilidade econômica e estrutural</i>	104
4.2.3. <i>Violência de gênero contra mulher</i>	108
4.3. Eixo III – Políticas públicas de saúde para o meio rural.....	115
4.3.1. <i>O cuidado na rede de atenção primária e psicossocial</i>	119
4.3.2. <i>Estratégias de suporte e cuidado em saúde mental entre as mulheres assentadas</i>	126
5. Considerações Finais.....	133
6. Referências	140
Apêndices	153
Anexos	160

Lista de Figuras

Figura		Página
1	Localização do Território de Mato Grande	76
2	Entrada do Assentamento Paulo Freire III	77
3	Cultivo de abacaxi em lote familiar	78
4	Colheita de caju em lote coletivo	78
5	Residências do assentamento Paulo Freire III	79
6	Área coletiva central do assentamento Paulo Freire III – galpão	79
7	Armazém de sementes – construção abandonada	80
8	Café da manhã na roça – café preto, cuscuz e carne guisada	82
9	Caixotes de mangaba para venda	82
10	Adolescente assentado extraíndo a castanha do caju	83
11	Renda média mensal do pessoal ocupado na agropecuária por atividade, segundo sexo - Brasil 2009 (em R\$ de set / 2009)	101
12	Distribuição das pessoas economicamente ativas e dos inativos residentes na área rural por sexo - Brasil 2009 (em %)	102
13	Distribuição do pessoal ocupado na agropecuária por posição na ocupação, segundo sexo - Brasil 2009 (em %)	102
14	Acesso a Hospital ou Posto de Saúde	117

Lista de Tabelas

Tabela		Página
1	Etapas da pesquisa de campo	63
2	Distribuição dos grupos de sintomas do SRQ-20 e frequência de TMC por afirmativas positivas entre mulheres do assentamento Paulo Freire III – 2013	93
3	Pessoal ocupado na agropecuária por atividade segundo o sexo (%) – Brasil, 2006	100
4	Agravos à saúde ocorridos nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa, segundo o sexo. (Nº de casos e coeficiente de incidência por 1.000 hab. – CI). Assentamentos e acampamentos, Brasil, 1999	116

Lista de Siglas

- ATES – Assessoria Técnica, Social e Ambiental à Reforma Agrária
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
- CUT – Central Única dos Trabalhadores
- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- EMATER/RN – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do RN
- FUNRURAL - Fundo de Previdência e Assistência ao Trabalhador Rural
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
- MAST – Movimento dos Agricultores Sem Terra
- MAPA- Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
- MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário
- MMC – Movimento de Mulheres Campesinas
- MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
- NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONGs – Organizações não governamentais
- PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
- PAIS – Produção Agroecológica Integrada e Sustentável
- PBF – Programa Bolsa Família
- PETI – Programa de erradicação do trabalho infantil

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSIPCF – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas

PNRA – Plano Nacional de Reforma Agrária

PRONAF - Programa Nacional do Fortalecimento da Agricultura Familiar

PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PRORURAL - Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

PROUNI – Programa Universidade Para Todos

RN – Rio Grande do Norte

SRQ-20 – *Self-Reporting Questionnaire*

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

WHO - *World Health Organization*

Resumo

A carência de estudos voltados à saúde mental da população rural, o impacto socioeconômico, familiar e afetivo que os transtornos mentais produzem e o lugar de vulnerabilidade que as mulheres ocupam nas áreas rurais, impõem a necessidade de investigar a realidade de mulheres assentadas e trabalhadoras rurais, visando subsidiar a elaboração de programas e políticas públicas de saúde mais eficazes e culturalmente sensíveis que levem em conta as especificidades dessa população. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo investigar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e os possíveis fatores associados à emergência de tais transtornos entre mulheres residentes de um assentamento rural do RN. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa que parte de uma abordagem quantitativa e qualitativa de inspiração etnográfica. Inicialmente aplicamos uma versão adaptada do questionário sócio-demográfico-ambiental elaborado pelo Laboratório de Análises Estratégicas da UFRN/Departamento de Geologia para avaliar a qualidade de vida das famílias do assentamento e o instrumento de rastreamento em saúde mental *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para identificar a prevalência de TMC nas mulheres adultas da comunidade. Complementando o rol de ferramentas, nos valem da observação participante do cotidiano do assentamento e entrevistas semiestruturadas com as mulheres que apresentaram hipótese positiva de TMC buscando apreender os atravessamentos que constroem a experiência subjetiva de ser mulher nesse contexto. Os resultados apontam a alta prevalência de TMC (43,6%) e sugerem a articulação entre pobreza, falta de redes de apoio social e comunitária, relações desiguais de gênero e a ocorrência de TMC. Constatamos ainda que as assentadas não acessam a rede de saúde para tratar de questões relativas à saúde mental e que o único recurso de cuidado ofertado pela atenção primária é prescrição de medicação ansiolítica, destacando-se a religiosidade e o trabalho como os mais importantes fatores de suporte à saúde mental entre as mulheres no contexto do assentamento rural.

Palavras-chaves: transtornos mentais comuns; atenção primária; assentamentos rurais; determinantes sociais da saúde; gênero.

Abstract

The lack of studies aimed at the mental health of the rural population, the social, economic, familial and emotional impact that mental disorders produce and the vulnerability that women have in this context, lead us to believe in the need to investigate the mental health demands of female rural workers, in order to subsidize the development of more effective and culturally sensitive public health programs and policies that take into account the specificities of this population. The present study aims to investigate the prevalence of common mental disorders (CMD) and the possible factors associated with the emergence of such disorders among women living in a rural settlement in Rio Grande do Norte. This survey has a quantitative and qualitative character with an ethnographic approach. As methodological strategies, we made use of an adapted version of the socio-demographic and environmental questionnaire prepared by The Department of Geology/UFRN's Strategic Analysis Laboratory to evaluate the quality of life of the families from the rural settlement and the mental health screening test Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) to identify the prevalence of CMD in adult women from the community. Complementing the role of methodological tools, we use the participant observation and semi-structured interviews with women who presented positive hypothesis of CMD attempting to comprehend the crossings that build the subjective experience of being a woman in this context. The results point to the high prevalence of CMD (43.6%) and suggest the link between poverty, lack of social support, unequal gender relations and the occurrence of CMD. We also verified that the settled women do not access the health network to address issues relating to mental health and that the only recourse of care offered by primary health care is the prescription of anxiolytic medication. In this context, the religiosity and the work are the most important strategies for mental health support among women.

Keywords: common mental disorders; primary health care; rural settlements; social determinants of health; gender.

Apresentação

De acordo com Lourau (p.111, 1993) “a pesquisa necessita de dúvidas e não de certezas prévias” e foi a partir de uma série de dúvidas, inquietações e questionamentos que comecei a construir as trilhas que venho percorrendo até agora. Durante minha graduação fui bolsista de iniciação científica em uma pesquisa na área de Antropologia que investigava as relações de gênero e geração em contextos rurais e essa experiência fez com que eu tivesse contato com a realidade dos acampamentos e assentamentos rurais do RN. Na mesma época, me integrei ao movimento feminista e comecei a acompanhar grupos de estudos e coletivos feministas dentro da universidade.

Em 2010, participei como pesquisadora e militante da 3ª Ação Internacional da Marcha Mundial de Mulheres¹ (MMM) no Brasil onde realizei entrevistas com militantes oriundas de movimentos de luta pela terra e de mulheres camponesas como o MST, a Via Campesina e o Movimento de Mulheres Camponesas. Nessa ocasião, como uma forma de ajudar no andamento da Marcha e uma estratégia de inserção em diferentes grupos, me integrei como voluntária da equipe de saúde do evento² e vi que era grande a quantidade de mulheres que reclamavam de sintomas como mal-estar, tontura, dor de cabeça e pressão alta. Chamou-me atenção que a maioria das mulheres que apresentava mal-estar era participante de movimentos que representavam as populações do campo e da floresta.

¹ “A Marcha Mundial de Mulheres (MMM) é um movimento feminista transnacional, que abrange uma grande variedade de discursos e propicia interações entre diferentes grupos e concepções políticas. A cada cinco anos, a MMM organiza uma grande ação internacional para dar visibilidade ao movimento. No ano de 2010, a MMM realizou sua 3ª ação internacional no Brasil, contando com quase 3 mil mulheres que percorreram cerca de 100 km, marchando pelo estado de São Paulo”(Costa & Schwade, 2012, p. 221).

² Todo evento era organizado e coordenado por militantes voluntárias divididas em diferentes equipes como saúde, segurança, mídia, entre outras.

Diante da expressão do sofrimento dessas mulheres, nós da equipe de saúde da Marcha organizamos rodas de conversa incentivando a sororidade³ entre as participantes para tentar trabalhar certos “sintomas” que surgiam em muitas mulheres no decorrer do evento. Curiosamente, esses “sintomas” eram trazidos nas falas na forma de expressões como “mal nos nervos”, “agonia na cabeça”, “estou com nervoso”.

Durante as rodas de conversa muitas mulheres relatavam um sentimento de culpa e aflição por estarem longe de seus lares participando de um movimento político, pois, segundo elas, seus filhos e companheiros, muitas vezes, responsabilizavam-nas por desarranjos familiares, pela ausência e pelo não cuidado da casa devido às constantes viagens que essas militantes faziam para participar de eventos políticos e de formação dos movimentos, o que nos fez questionar se aquelas expressões estariam sendo utilizadas para se referir a questões mais amplas que do que a expressão física de um sintoma emocional. As mesmas expressões eram utilizadas no contexto dos assentamentos, em especial, naqueles onde o cenário de vulnerabilidades psicossociais, tais como problemas socioeconômicos e exposição aos agrotóxicos, era mais grave.

Por tal razão, fui desenvolvendo um interesse especial em conhecer as condições de saúde mental da mulher trabalhadora, em particular da trabalhadora rural no Nordeste brasileiro, pois percebi o quanto esse tema – a articulação entre questões de gênero e saúde mental, principalmente no contexto rural – era ignorado dentro das discussões dos movimentos, dentro da agenda política feminista e ainda pouco analisado na academia.

Este estudo é, portanto, fruto de um conjunto de inquietações surgidas tanto através de leituras teóricas, de conversas com mulheres agricultoras, militantes dos movimentos do campo, feministas, etc., quanto de observações do cotidiano dos

³ *Sororidade* vem de *sóror*, que significa irmã em latim. Essa expressão é utilizada no movimento feminista para designar uma solidariedade que seria própria das mulheres, assim como a fraternidade se referiria à solidariedade entre *fraters* – irmãos.

assentamentos que conheci durante minhas pesquisas e andanças e, por isso mesmo, a escrita desse trabalho encontra-se permeada por muitas afetações.

Dessa forma, me implico no campo, ao mesmo tempo em que nele interfiro (e sou por ele inferida). De acordo com Passos e Benevides, “não há neutralidade do conhecimento, pois toda pesquisa intervém sobre a realidade mais do que a representa ou constata em um discurso cioso das evidências” (Passos & Benevides, 2009, p. 20). Nesse caso, mais do que intervir na realidade na forma de discurso e reflexão, minha atitude enquanto pesquisadora foi marcada por ações práticas onde meu posicionamento político e ético se fizeram evidentes.

Para Coimbra e Leitão (2007) ninguém deixa de ser afetado pelas produções, somos agentes dessas afetações e podemos transformá-las ou não, pois somos também agentes produtivos de subjetividades, sem a pretensa ingenuidade da “neutralidade científica” no ato do fazer pesquisa intervindo. Por isso, problematizar relações cristalizadas de gênero, trabalho e organização coletiva, respeitando o conhecimento e a singularidade dos sujeitos, relativizando as concepções estabelecidas do que é saúde mental, adoecimento, transtorno, etc., é importante para o estabelecimento de um posicionamento ético-estético-político no fazer da pesquisa e da escrita.

Assim buscamos contribuir, através deste trabalho, para o campo de estudos sobre gênero em sua interface com a saúde mental, mais especificamente no que se refere às populações rurais e suas demandas, como uma forma de subsidiar respostas institucionais mais eficazes para tais questões.

Introdução e justificativa

Nos últimos anos, a literatura vem apontando para a grande incidência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em populações adultas. Os TMC, expressão criada por Golberg e Huxley (1992) para caracterizar sintomas não psicóticos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, apresentam uma prevalência média estimada de 25% na população mundial (*World Health Organization* [WHO], 2001a) e entre 20% e 56% na população brasileira (Santos & Siqueira, 2010).

Além de causarem intenso sofrimento psíquico, os TMC geram incapacidade funcional comparável ou até pior a quadros crônicos já estabelecidos (Maragno, Goldbaum, Giani, Novaes & Cesar, 2006). Como apontam Araújo, Pinho e Almeida (2005), têm-se observado que os indivíduos com TMC apresentam taxas de mortalidade mais altas e, em média, duas vezes mais queixas em relação à saúde física do que a população geral.

Existem muitas críticas acerca do conceito de TMC. De acordo com Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), alguns autores argumentam que esse conceito propõe uma psiquiatrização e medicalização da vida. Por outro lado, ele pode ser usado como um modo de apreender determinada manifestação de sofrimento e como uma categoria que torna possível a investigação, a pesquisa e as associações entre variáveis sócio demográficas, o que pode ajudar na elaboração de intervenções em saúde que considerem essa modalidade de sofrimento.

Segundo Guimarães et al. (2005), os TMC, seguidos pelo uso abusivo de álcool, representam uma das maiores demandas de atenção em saúde mental nas classes populares entretanto, os serviços de saúde muitas vezes não conseguem dar conta de tais demandas por motivos diversos tais como a incompreensão a respeito de códigos culturais usados para expressar o sofrimento em alguns contextos, a hegemonia do

modelo individual e fragmentado de atendimento, a falta de diálogo entre a atenção básica de saúde e a rede de atenção psicossocial (RAPS), uma política de saúde mental voltada para os usuários com transtornos considerados graves, ausência de metodologias de cuidado e acolhimento para a clientela com queixas somáticas, entre outros (Vasconcelos, 2012; Fonseca et al., 2008; Guimarães et al., 2005).

Não obstante, é possível compreender essas questões “para além da individualização do problema, ampliando o foco do indivíduo para seu contexto de inserção social, suas relações com o mundo e condições de vida” (Fonseca et al., 2008, p.286). As condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos, assim como sua vulnerabilidade aos impactos ambientais são fortemente influenciadas pela posição social que ocupam e que pode ser definida por meio de uma série de variáveis como renda, escolaridade, gênero e outras. Estas condições de vida e trabalho e seus efeitos psicossociais influenciam a situação de saúde de indivíduos ou grupos, bem como os diferenciais observados entre eles (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Ludermir e Melo Filho (2002) destacam que estudos epidemiológicos têm verificado a associação entre TMC e variáveis relativas às condições de vida e à estrutura ocupacional, havendo uma prevalência de TMC significativamente mais alta entre pessoas que se encontram em situações de maior vulnerabilidade econômica e psicossocial – pessoas excluídas do mercado formal de trabalho, com baixa renda e baixa escolaridade, sem redes de apoio social, viúvas ou separadas e que fazem uso regular de álcool e tabaco.

Algumas ocupações profissionais também aparecem mais associadas à emergência de TMC como professores, enfermeiros, motoristas e cobradores de ônibus e trabalhadores rurais (Santos & Siqueira, 2010; Faker, 2009; Costa & Ludermir, 2005). Apesar da indicação de vulnerabilidade em relação à incidência de transtornos mentais,

percebemos que o cenário acadêmico brasileiro não vem desenvolvendo um número expressivo de investigações voltadas à população rural, no que diz respeito à saúde mental, salvo nos estudos que tratam da relação entre o manejo de agrotóxicos e a ocorrência de transtornos mentais menores e graves, além de distúrbios psicológicos como depressões graves e propensão ao suicídio (Araújo & Greggio, 2009; Lobato, 2003).

Os trabalhadores rurais representam uma parcela da população que possui um risco substancialmente maior do que a população geral para o desenvolvimento de inúmeros problemas de saúde (Arcury & Quandt, 2009). Entre alguns dos fatores que levam a essas elevadas taxas de problemas de saúde incluem-se pobreza (Carroll Samardick, Bernard, Gabbard, & Hernandez, 2005), falta de infraestrutura básica como água potável e esgotamento sanitário (Carneiro et al., 2008) e condições precárias de habitação (Gentry, Grzywacz, Quandt, Davis & Arcury, 2007).

Não por acaso, é na área rural que são encontrados os maiores índices de insegurança alimentar, mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e analfabetismo no Brasil (Ministério da Saúde, 2005). Além disso, esse grupo populacional tem pouca retaguarda de programas e serviços de saúde. A carência de políticas públicas de saúde é ainda mais notável no que se refere à área de saúde mental, em função da dificuldade de acesso às políticas de atenção primária, via ESF (Estratégia Saúde da Família) e equipes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), bem como aos serviços especializados da rede de saúde mental.

Destarte, na América Latina, a pobreza é mais rural que urbana – 60% da população em situação de pobreza extrema vive em áreas rurais (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe [CEPAL], 2010). Os índices de pobreza também mostram que essa condição afeta mais mulheres do que homens nas zonas rurais da Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile e Paraguai, sendo que, para cada 100

homens pobres, existem 115 mulheres na mesma condição (Paulilo, 2004). De acordo com Heredia e Citrão (2006), embora comprometa todos os moradores das áreas rurais, a pobreza, a carência de infraestrutura, de serviços básicos, e de políticas públicas, atinge principalmente as mulheres, pois a esse conjunto de vulnerabilidades sociais somam-se as desigualdades específicas de gênero.

Na agricultura familiar, por exemplo, além de cuidar da casa, as mulheres participam do trabalho no campo e se responsabilizam pelo “quintal”, onde podem realizar atividades agrícolas e tratar dos animais. No entanto, essas atividades não são consideradas como trabalho porque não são contabilizadas em termos monetários (Heredia & Citrão, 2006). Assim, para muitas mulheres em regime de economia familiar, o trabalho agrícola é uma extensão das suas tarefas domésticas, de forma que 66,4% das trabalhadoras rurais são consideradas “economicamente inativas” (Ministério do Desenvolvimento Agrário [MDA], 2011).

Vários estudos epidemiológicos realizados em áreas rurais e urbanas apontam para um índice de prevalência expressivamente maior de TMC e de agravos na saúde mental entre as mulheres, além de demonstrar diferenças entre os sexos na expressão clínica e no curso dos transtornos mentais e do comportamento (Maragno et al., 2006; Bandeira, Freitas & Carvalho Filho, 2007; Coutinho, Rodrigues & Ramos, 2012). De maneira geral, as mulheres têm maior prevalência de depressão, transtorno de ansiedade generalizada, fobias de pânico e transtornos alimentares (Kohen, 2001). Além disso, alega-se que as mulheres também sofrem de transtornos de humor específicos, incluindo disforia pré-menstrual, depressão perinatal e perimenopáusicas, assim como transtornos de humor e de ansiedade associados à infertilidade e a gestações abortadas, além de serem menos tolerantes e metabolizarem de forma mais lenta o álcool e outras drogas (Steiner, 2005). Segundo Sadock e Sadock (2007), em países ocidentais a proporção da

incidência de transtornos alimentares como a anorexia nervosa e bulimia nervosa chega a ser de 10 a 20 vezes maior nas mulheres em comparação aos homens.

Diante desses resultados, é notável que a mulher se constitua como a principal consumidora de antidepressivos, anorexígenos, benzodiazepínicos, entre outros medicamentos psiquiátricos – enquanto os homens fazem “carreira” no uso de outros tipos de psicoativos, como o álcool. De acordo com o Relatório Brasileiro Sobre Drogas (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], 2009), estima-se que as mulheres de todas as idades sejam responsáveis por 70% do consumo de medicamentos psicotrópicos no Brasil.

Apesar da atualidade do tema proposto, pouco tem sido estudado no país no que diz respeito à saúde mental da mulher, salvo nas questões relacionadas aos chamados “grupos de maior risco” como gestantes, adolescentes e idosas, em uma perspectiva que se baseia no ciclo biológico da mulher, sem levar em conta as especificidades psicossociais enfrentadas pela população feminina.

Grande parte dos programas voltados à saúde da mulher – tanto por parte das políticas governamentais, quanto pelo terceiro setor e movimento feminista – são voltados para a questão da saúde reprodutiva, sendo muito recente (a partir da II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres em 2007) a discussão acerca da necessidade de uma política de saúde mental que leve em conta a perspectiva de gênero (Maluf, 2009).

Assim, diante dos dados epidemiológicos sobre a ocorrência de TMC no país, nos perguntamos:

- Por que as mulheres são mais vulneráveis e correm mais riscos de desenvolverem tais transtornos?
- Existe alguma relação entre a condição da mulher na área rural e na agricultura e a incidência de transtornos mentais?

- A que elas atribuem esses possíveis transtornos?
- Como eles afetam o trabalho, a família e cotidiano dessas mulheres?
- Como podemos identificar melhor as mulheres que estão sob risco? Que medidas preventivas podem ser adotadas?
- Como podemos desenhar melhores intervenções e tratamentos específicos para essas mulheres?

A carência de estudos voltados para as questões de saúde mental da população rural, o impacto social, econômico e familiar que os transtornos mentais produzem e o lugar de vulnerabilidade que as mulheres ocupam nesse contexto levam-nos a acreditar na necessidade de investigar mais a fundo as demandas de saúde mental das mulheres assentadas e trabalhadoras rurais, de forma a subsidiar a elaboração de programas e políticas públicas de saúde mais eficazes e culturalmente sensíveis que levem em conta as especificidades dessa população.

Dessa forma, nos propomos a investigar a prevalência de TMC e os possíveis fatores associados à emergência de tais transtornos entre mulheres residentes do assentamento rural Paulo Freire III no município de Pureza - RN. Para tanto, definimos como objetivos específicos deste estudo:

- (1) Identificar possíveis determinantes do aparecimento de TMC associados às condições gerais de vida, saúde e trabalho das assentadas;
- (2) Mapear os fatores identificados pelas mulheres como possíveis deflagradores de transtornos e suas consequências;
- (3) Caracterizar os modos de suporte utilizados pelas mulheres em relação ao cuidado em saúde mental.

A escolha de um assentamento rural enquanto campo de pesquisa se deve ao papel estratégico que esses espaços desempenham na atual realidade brasileira. Os assentamentos rurais se configuram como unidades produtivas agrícolas criadas por

meio da ação do Estado com vistas à redistribuição de terras em benefício de trabalhadores rurais familiares (Bergamasco & Norder, 1996). Eles são, portanto, dispositivos catalisadores de uma série de processos sociais que possibilitam a reconstrução da vida e o empoderamento⁴ de um grande número de trabalhadores rurais sem terra, ao permitir o acesso à propriedade da terra para uma população historicamente excluída que, muitas vezes, encontra-se inserida no mercado de trabalho de forma bastante instável e precária.

Além disso, esses territórios têm grande impacto na área rural do país, levando ao traçado de estradas, induzindo à formação de novos aglomerados populacionais, mudando o padrão produtivo e levantando novas demandas frente ao poder público, sendo espaços de concretização de uma série de políticas públicas que melhoram a condição de vida e trabalho da população (Leite, Heredia, Medeiros, Palmeira & Cintrão, 2004).

Este estudo se associa a dois outros projetos que já vinham sendo desenvolvidos no assentamento Paulo Freire III desde o início de 2012 e dos quais faço parte como colaboradora: a ação acadêmica integrada “Lições de cidadania em assentamentos rurais e movimentos sociais da Reforma Agrária” coordenada, à época da realização deste estudo, pelo Prof. Dr. Jáder Leite do Núcleo de Trabalho em Assentamentos Rurais e Movimentos Sociais da Reforma Agrária ligado ao Programa *Motyrum*⁵ de educação popular em Direitos Humanos da UFRN e o projeto de pesquisa “Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais no Nordeste brasileiro: diagnóstico, estratégias de cuidado e suporte na rede de atenção primária e psicossocial” coordenado pela Prof^a. Dr^a. Magda Dimenstein. A presença dessas ações acadêmicas, definidora da escolha do assentamento estudado não apenas por facilitar minha entrada enquanto pesquisadora no

⁴ Utilizamos aqui a ideia de empoderamento (*empowerment*) como uma “perspectiva de fortalecimento do poder pessoal e coletivo de pessoas e grupos submetidos a longo processo de dor, opressão e/ou discriminação” (Vasconcelos, 2003, p. 11).

⁵ Projeto anteriormente conhecido como Lições de Cidadania.

campo e por viabilizar uma compreensão mais completa e contextualizada da comunidade, como também pela relação de afetividade que se estabeleceu no decorrer das nossas ações de extensão e pesquisa, o que permitiu que nossas interlocutoras tivessem disponibilidade para tratar de alguns temas delicados conosco.

Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa que parte de uma abordagem quantitativa e qualitativa de inspiração etnográfica pautada na perspectiva da pesquisa-intervenção. Inicialmente, aplicamos uma versão adaptada do questionário sócio-demográfico-ambiental elaborado pelo Laboratório de Análises Estratégicas da UFRN/Departamento de Geologia para avaliar a qualidade de vida das famílias do assentamento e o instrumento de rastreamento em saúde mental *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para identificar a prevalência de TMC em mulheres adultas na comunidade. Complementando o rol de ferramentas, nos valem da observação participante com registro sistemático em diário de campo do cotidiano do assentamento e entrevistas semiestruturadas com as mulheres que apresentaram hipótese positiva de TMC buscando apreender os atravessamentos que constroem a experiência subjetiva de ser mulher nesse contexto.

No primeiro capítulo do estudo, delineamos um panorama teórico acerca da relação entre gênero, trabalho e saúde mental, apresentando o conceito de gênero na qual nos ancoramos e mostramos como esse conceito pode nos ajudar a entender as maiores demandas em relação à saúde mental das mulheres na contemporaneidade. No segundo capítulo, fazemos um resgate histórico de como surgiram algumas das maiores desigualdades entre o campo e a cidade no Brasil; apresentamos um panorama geral das condições de vida, trabalho e políticas públicas voltadas para a agricultura familiar nos assentamentos de reforma agrária do país.

No terceiro capítulo apresentamos os percursos da pesquisa; nossas escolhas teóricas e metodológicas; e explicamos o processo da pesquisa de campo, os instrumentos utilizados, número de participantes, etc.

No quarto capítulo abordamos os resultados e análises do trabalho de campo, apresentando um perfil geral das famílias assentadas e da realidade do assentamento, particularmente das mulheres participantes da pesquisa e o resultado do rastreamento em saúde mental alcançado através o uso do SRQ-20. Foram definidos três eixos de discussão: eixo I - a associação entre saúde mental e as condições ambientais e de vida dos assentados; eixo II - as relações de gênero na comunidade; e eixo III – a maneira como as políticas públicas são pensadas e efetivas junto a essa população.

Por fim, indicamos nas considerações finais as principais conclusões dessa investigação e ampliamos a reflexão sobre o assentamento estudado ao traçamos algumas perspectivas em relação ao processo de ganho de autonomia das mulheres nas áreas rurais brasileiras.

1. Gênero, trabalho e saúde mental

1.1.Considerações acerca da categoria “gênero”

Ao problematizar as condições de existência social de homens e mulheres, é necessário desprender-se de uma série de concepções universais e naturalizadas acerca dos fenômenos e estruturas sociais que são forjados ao longo da história. O campo intelectual dos “estudos sobre mulheres” e, posteriormente, dos “estudos sobre gênero” deve muito aos movimentos feministas que foram responsáveis pelo início da problematização sobre as relações desiguais entre homens e mulheres na sociedade.

No entanto as concepções teóricas, práticas e políticas feministas sobre o conceito de gênero são bastante diversas e não se desenvolveram de forma linear. Não sendo nossa intenção fazer uma discussão exaustiva sobre o assunto, buscaremos apresentar no presente capítulo os conceitos acerca da noção de gênero nos quais nos balizamos na elaboração deste trabalho, esperando que essa apresentação resumida não dê margem a interpretações simplórias do intenso embate de ideias travado nesse campo de estudos.

As temáticas dos estudos feministas e de gênero estão associadas tanto às grandes fases do feminismo quanto aos contextos e problemas que lhes suscitaram. Em linhas gerais, a história do movimento feminista é dividida por Kaplan (1992) em três grandes momentos:

- (1) A primeira onda que corresponde à fase universalista, humanista ou das lutas igualitárias pela aquisição de direitos civis, políticos e sociais, como a reivindicação do direito ao sufrágio feminino, no século XIX e começo do XX;

- (2) A segunda onda que se refere ao movimento a partir da década de 1960 e a luta pela afirmação das diferenças e da identidade em relação aos homens, sendo reconhecida teoricamente como a fase essencialista e relativista;
- (3) A terceira onda teria iniciado nos anos 1990, como uma crítica à visão essencialista e naturalizante dos gêneros, denominada de pós-moderna, derivada do desconstrucionismo, que deu apoio às chamadas teorias *queer*⁶.

Os “estudos sobre as mulheres” se desenvolveram no movimento feminista da década de 1960 e se ancoram na ideia de que o capitalismo patriarcal é responsável pela opressão feminina de forma universal. Essa corrente de pensamento se baseia nas diferenças biológicas entre os sexos e na construção social, econômica e histórica da categoria mulher (Piscitelli, 2001). Uma das principais contribuições dessa segunda onda da teoria feminista foi a ideia de que “o pessoal é político”⁷, ou seja, que a vida pessoal, familiar, afetiva e subjetiva dos indivíduos é algo que tem impacto no campo da política, rompendo com a dicotomia público-privado do pensamento liberal.

Esse momento do movimento feminista foi essencial para a elaboração de teorias pela ciência, que levassem em conta o feminino e o lugar da mulher na sociedade, em especial na História e na Antropologia. As teóricas feministas alegam que nas ciências, o papel das mulheres nunca foi levado em conta, sendo relegado à vida privada, como algo que não teria importância no desenvolvimento histórico da humanidade.

Por volta da década de 1980, o conceito de gênero começa a ser amplamente utilizado como uma ferramenta que ajuda a entender as distinções (hierárquicas) entre

⁶ As teorias *queer* derivam do movimento de mesmo nome que se opõe às identidades de gênero e ao padrão heteronormativo de vivenciar o corpo e a sexualidade.

⁷ Palavras de ordem do movimento feminista durante os anos 60 e 70 na Europa e Estados Unidos. Por muitos anos a frase foi atribuída à escritora feminista Carol Hanisch pelo seu ensaio *The personal is political*, no entanto, na introdução da reedição deste ensaio, em 2006, a autora afirma que o título foi selecionado pelas editoras do livro *Second Year: Women's Liberation*, no qual o texto foi originalmente publicado, portanto a origem dessa frase permanece indefinida.

características consideradas femininas e masculinas. O conceito de gênero foi elaborado em um momento específico da história das teorias sociais sobre a "diferença sexual", sendo construído a partir de diferentes pressupostos da teoria social também em uma relação direta com a elaboração política do movimento feminista.

Independentemente das diferentes concepções acerca do termo, pode-se afirmar que esse campo de estudos se ancora, de maneira geral, no pressuposto de que falar em gênero pressupõe falar em poder e da forma que ele se materializa, através das práticas e discursos em nossa sociedade.

Para Barth (2000), “somos treinados a suprimir os sinais de incoerência” (p.109), como se estivéssemos sempre nos detendo em uma busca, quase que obstinada, para encontramos um princípio ordenador capaz de demonstrar a coerência harmônica do todo social.

O processo de sociabilidade, ao qual Bourdieu (2010) denomina de arbitrário cultural, ocorre de forma invisível e anônima na forma de escolhas pretensamente aleatórias que agem sobre todas as pessoas como a realidade vivida, sentida e materializada em práticas, encobrendo seu caráter de arbitrário, de social, de humano. Nesse sentido, produz uma inversão entre os agentes e seu objeto.

Esse não reconhecer é construído socialmente, de forma que cada sujeito legitima essas relações como se fossem da ordem da natureza, pois está imbricado de tal forma que os faz agir, agidos, pelo social. Assim, ao ganhar este caráter de natural, essencializa-se e reifica-se em práticas, mantendo certa ordem social, que se perpetua como um arbitrário cultural.

No mesmo sentido, Douglas (2007) argumenta que para manter a estabilidade social, as instituições precisam de um princípio estabilizador, que é a naturalização das classificações sociais:

É necessário existir uma analogia por meio da qual a estrutura social de um conjunto fundamental de relações sociais será encontrada ou no mundo físico ou no mundo sobrenatural ou na eternidade ou em qualquer outro lugar, contanto que não seja encarada como um arranjo socialmente elaborado. Quando a analogia é aplicada de um determinado conjunto de relações sociais a outro e vice-versa, e destes conjuntos à natureza, sua estrutura formal recorrente torna-se facilmente reconhecida e revestida de uma verdade que se autolegitima (Douglas, 2007, p. 58).

Por trás de tal perspectiva reside uma percepção de cultura como algo reificado, uma espécie de entidade aparentemente muito bem delineada. Dessas analogias e complementaridades resultariam hierarquias políticas, como no caso da dicotomia feminino/masculino.

De acordo com Derrida (2004), há sempre um desequilíbrio de poder necessário entre as partes polarizadas e foi no interior do campo dos estudos sobre feminismo, gênero e sexualidade que os questionamentos acerca do modelo das oposições ganharam maior visibilidade e se desenvolveram com maior vigor. A autora feminista Hélène Cixous (1995) endossa a perspectiva derridariana sobre a assimetria na distribuição do poder entre os modelos binários, destacando especialmente aquela existente entre homens e mulheres.

Na medida em que sempre um dos termos é mais valorizado que o outro, necessariamente, um aparece como a norma, enquanto o outro é, simplesmente, o “outro”. É nesta mesma perspectiva que pensadoras feministas clássicas, como Simone de Beauvoir, argumentam que é justamente por meio dessas dicotomias que as mulheres

têm sido construídas como outras, de maneira que estão sempre sendo apontadas apenas como tudo aquilo que os homens não são.

Em meio ao crescente interesse político, social e acadêmico sobre as sexualidades, emergem também debates acerca da pluralidade e os limites do conceito de gênero. Nesse cenário, com o desenvolvimento das teorias pós-estruturalistas, vemos o surgimento da chamada “terceira onda” do feminismo que trouxe grande contribuição teórica aos estudos sobre gênero e sexualidade, através da rejeição aos conceitos universalizantes e as oposições binárias entre natureza e cultura ou sexo e gênero.

Nesse sentido, a abordagem (des)construcionista do gênero supõe que as identidades de gênero, além de não serem universais, não devem ser encaradas como um atributo individual, mas como um sistema de significados. Segundo Butler (2008), a noção de gênero deve abranger as relações de poder que produzem o efeito de um sexo pré-discursivo. O gênero seria uma estilização repetida do corpo, um conjunto de atos reiterados dentro de um marco regulador altamente rígido, que se congela no tempo produzindo a aparência de uma substância, de uma espécie de ser natural (Piscitelli, 2001).

Por conseguinte, não há identidade de gênero por trás das expressões do gênero; essa identidade é performativamente constituída pelas próprias expressões tidas como seus resultados, de forma que não somente o gênero é uma criação puramente social que carece de uma “essência” estabelecida através de uma série de dispositivos socializadores como a ciência, a família, a escola, etc., mas o próprio corpo humano está sujeito às forças sociais que o moldam e o alteram de várias formas (Butler, 2008; Giddens, 2005).

Segundo Souza Filho (2008; 2009), a ideia do determinismo biológico funciona como um dispositivo que produz discursos “especializados” como sendo verdades sobre

o sexo e o gênero, fazendo desses conceitos espécies de substâncias inerentes aos indivíduos, de forma a despolitizar o contexto social/cultural que apresenta uma série de hierarquias, jogos de poder e resistências. Bento (2006) acrescenta que as concepções universalizantes sobre gênero e dominação patriarcal, presentes no discurso de boa parte dos movimentos feministas considerados clássicos ou de segunda onda, reforçam a essencialização da identidade feminina, por apontarem para um processo de dominação masculina ligado a uma suposta condição biológica inerente às mulheres.

Diante dessas reflexões, buscamos utilizar o conceito de gênero, no presente trabalho, como uma categoria analítica que permite refletir sobre os contextos que são permeados por representações do masculino e feminino (Scott, 1995). Esse conceito, portanto, só pode ser compreendido enquanto um complexo de poder-conhecimento-práticas sociais (Hollway, citado por Nogueira, 2001).

Ao adotarmos uma perspectiva dinâmica da cultura, onde a ênfase não recai na forma, mas nos processos, podemos perceber que as identidades não se expressam de forma mecânica em culturas bem definidas ou delineadas, mas são sempre padrões múltiplos e parciais que estão dialogando. Portanto, considerar somente a relação de dominação homem–mulher é insuficiente, pois os atores sociais assumem diferentes e complexas práticas de acordo com aquilo que é considerado como norma.

Dessa forma, vemos que conceito de gênero tem sido útil para explicar muito dos comportamentos de mulheres e homens na sociedade relacionados com suas diversas circunstâncias e relações de poder que incluem a classe, geração, etnia, etc., contribuindo para compreender as discriminações que as mulheres enfrentam no trabalho, na vida pública, no exercício de sua sexualidade, na reprodução, na família e na luta pela construção de sua cidadania.

Segundo Kergoat (1996) toda relação social é sexuada. A organização da sociedade, tomando como análise as relações sociais, se dá produzindo e sendo reproduzida por uma lógica simbólica que se apresenta coerente para os sujeitos nela inseridos envolvendo todas as dimensões da vida social, política, cultural e econômica.

Essas relações são legitimadas por uma eficácia simbólica que tem o papel e a força de transformar o social em natural e o humano em divino e busca se associar ao biológico para validar-se como verdade inquestionável.

No que diz respeito às relações de gênero, essa lógica simbólica se apresenta nas relações entre as pessoas e isso se reflete na vida cotidiana, criando estruturas sociais e instituições que são responsáveis pela sua legitimação e manutenção, tais como a família, a escola, a Igreja, a comunidade etc. Para Bourdieu (2010):

A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica que tende a ratificar a dominação masculina sobre a qual se alicerça: é a divisão social do trabalho, divisão bastante estrita das atividades atribuídas a cada um dos dois sexos, de seu local, seu momento, seus instrumentos (Bourdieu, 2010, p.18).

Para as autoras da corrente do feminismo materialista francófono como Kergoat e Delphy, as relações de gênero, ou melhor, as relações sociais de sexo⁸, como todas as relações sociais, possuem uma base material, no caso o trabalho, e se exprimem por meio da divisão social do trabalho entre os sexos: a divisão sexual do trabalho. Dessa

⁸⁸ O conceito de relações sociais de sexo, tradução da expressão francesa *rappports sociaux de sexe*, tem como base o materialismo marxista. Ambos os conceitos – de gênero e de relações sociais de sexo – consideram a existência de relações que são transversais a todas as sociedades e, sobretudo, ambos rompem com o binarismo das categorias 'mulher' e 'homem'. Entretanto, há autoras que consideram a noção de "estudos de gênero" muito neutra e passiva do ponto de vista político, por não ressaltar suficientemente o lugar de opressão da mulher na sociedade. Autoras da corrente materialista francesa entendem que as relações de gênero estruturam a divisão social graças ao capitalismo e ao patriarcado, definidos como sistemas totais coextensivos (Scavone, 2008; Hirata, 2002).

forma, a divisão sexual do trabalho seria fundamental para a estruturação da ordem social.

1.2.A divisão sexual do trabalho na estruturação da vida social

Em um mesmo momento histórico, os sentidos atribuídos ao trabalho podem ser bastante diferentes e complexos. Em função da diversidade de práticas existentes, o que é considerado trabalho varia de acordo com os critérios estabelecidos por cada agrupamento social e suas circunstâncias políticas, econômicas, históricas e culturais. Contudo, a noção moderna de trabalho é fortemente ligada ao conceito engendrado, desde Adam Smith, pela economia política que relaciona o trabalho ao valor.

Karl Marx e os teóricos marxistas, influenciados por essa concepção de trabalho-valor, acreditam que o trabalho corresponde à atividade humana que transforma a natureza nos bens necessários à reprodução social. Na teoria marxista sobre o trabalho, houve uma preocupação acentuada em diferenciar o trabalho produtivo (aquele que produz mais-valia) do reprodutivo (que não produz mais-valia, mas é essencial para a manutenção do sistema capitalista). Segundo Hirata e Zarifan (2009), essa definição possibilitou avançar na conceituação do trabalho assalariado, inaugurando a ideia de trabalho como atividade social mensurável e passível de ser objetivado.

Todavia, nessa caracterização o trabalho doméstico acaba sendo considerado improdutivo, mesmo contribuindo na economia doméstica. A partir dos anos de 1970, essa definição passou a ser criticada por partir de um modelo assexuado de trabalho, em que “o masculino é apresentado como universal e as relações de gênero não são contempladas, além de se limitar à esfera da produção e de não incluir adequadamente as formas de trabalho diferentes da assalariada” (Brito, 2005, p. 881).

O gênero se manifesta materialmente em duas áreas fundamentais, de acordo com Mathieu (2009, p. 223): “1) na divisão sociosexual do trabalho e dos meios de produção, 2) na organização social do trabalho de procriação, em que as capacidades reprodutivas das mulheres são transformadas e mais frequentemente exacerbadas por diversas intervenções sociais”. Todas as outras características relativas ao gênero seriam marcas ou consequências dessa diferenciação social elementar.

Segundo Fonseca (2000), conceito de gênero enquanto construção e sua articulação com a categoria trabalho possibilitam não só uma redefinição do conceito de força de trabalho, mas também o reconhecimento de que o capital dialoga com os gêneros, tornando evidente sua capacidade e interesse, tanto de discriminar a mão-de-obra a ser utilizada, quanto de “generificar” as ocupações:

Afirmar, pois, que o trabalho passa por uma categorização de gênero, quer dizer que ele é “generificado”, ou seja, que, enquanto atividade a ser realizada, é (des)valorizado, segundo sua correspondência com os sentidos atribuídos ao feminino e masculino em uma dada cultura e em dado tempo histórico. Trata-se, portanto, do arbitrário cultural impondo-se na própria constituição de sua valorização e prestígios sociais, devendo-se situar sua análise, logo, para uma direção diametralmente oposta de uma suposta essencial natural e imanente (Fonseca, 2000, p. 24).

Assim, embora os papéis desempenhados por homens e mulheres variem nas diferentes culturas, os papéis atribuídos aos homens geralmente são mais valorizados e recompensados do que os das mulheres, os quais são quase sempre responsáveis pelas crianças e pelo trabalho doméstico. Essa divisão do trabalho, apesar de ser arbitrária e socialmente condicionada, é vista como uma disposição natural e universal e leva à desigualdade na distribuição de poder, prestígio e riqueza entre homens e mulheres.

Além disso, o conceito de gênero, ao mostrar a fragmentação e multiplicidade da categoria mulher em suas diversas circunstâncias de etnia, de nacionalidades, de orientação sexual, etc., também nos ajuda a pensar que além de sexo, o trabalho tem cor, classe e geração bem definidos, de acordo com aquilo que é ou não socialmente valorizado. No Brasil, por exemplo, a despeito de terem, segundo o censo de 2011, a maior parte dos diplomas universitários no país, as mulheres ainda têm salários mais baixos e são frequentemente encontradas trabalhando no setor informal da economia, enquanto as taxas de desemprego ainda são maiores para as mulheres (7,5%) do que para os homens (4,7%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2011). Entre as mulheres jovens e negras a taxa de desemprego chega a 25%. Além disso, as mulheres negras têm empregos mais precários, sendo que 71% trabalham na informalidade contra 54% de mulheres brancas e 48% de homens brancos na mesma situação (Instituto de Pesquisa Aplicada [IPEA], 2012).

Com a crise⁹ que vem afetando todos os países do sistema econômico neoliberal desde 2008, percebe-se que há uma diminuição em relação aos empregos estáveis em todo o mundo e uma intensa precarização social e do trabalho. Essa crise social, que é consequência do desenvolvimento da globalização desde meados dos 1980, aprofundou as consequências negativas de uma série de fenômenos de cunho neoliberal como as privatizações, a diminuição da proteção social e a redução de todos os serviços públicos (Hirata, 2011).

Diante desse cenário, nos padrões de trabalho presentemente adotados em nível internacional, a flexibilidade no volume dos empregos e no tempo de trabalho é garantida basicamente pelas mulheres (Hirata, 2001). De acordo com Brito (2000),

⁹ Deflagrada a partir do estouro da “bolha” financeira e imobiliária nos Estados Unidos da América, o que afetou o mercado de investidores em todo o mundo. Tal crise trouxe à tona um importante debate sobre a sustentabilidade do modelo econômico neoliberal e sobre a responsabilidade do Estado na regulação econômica.

podem-se notar três tendências analíticas em relação à inserção feminina no processo de reestruturação produtiva neoliberal:

- (1) Deslocamento de trabalho nas empresas multinacionais dos países centrais para os “países periféricos” que possuem custos de produção mais baixos e péssimas condições de trabalho;
- (2) Bi-polarização do trabalho assalariado feminino, ao lado de uma maior diversificação de tarefas e funções e de um crescimento de mulheres pertencentes à categoria estatística “profissões executivas e intelectuais” tanto em países do Sul quanto do Norte;
- (3) Maior vulnerabilidade das trabalhadoras frente à precarização do trabalho, processo que se reflete seja no aumento do setor informal seja nas modalidades de emprego baseadas em contratos temporários ou em outros regimes atípicos.

A conciliação entre trabalho remunerado e responsabilidades familiares parece ser um dos maiores desafios das mulheres diante do processo de transformação da estrutura das famílias e do mercado de trabalho. Vale lembrar, entretanto, que as mulheres pobres sempre estiveram inseridas no mercado, mesmo que informalmente e em péssimas condições de trabalho. Contudo, a entrada de mulheres de outras classes sociais, chama atenção para as dificuldades enfrentadas pelas trabalhadoras. Segundo Sorj, Fontes e Machado (2007), a carência de políticas públicas que permitam redistribuir ou socializar os custos dos cuidados familiares e o baixo nível de abrangência das políticas já existentes, confirmam que a gestão das demandas conflitivas entre família e trabalho permanecem em grande medida um assunto privado.

Essas tendências e as problemáticas apresentadas apontam que, além da carga do trabalho doméstico, do ponto de vista de gênero, o processo de exclusão ou de inserção precária da força de trabalho nas atividades econômicas não foi homogêneo, sendo mais

intenso para a população feminina, o que contribuiu sobremaneira para o processo de “feminização da pobreza”¹⁰ em escala global.

1.3.Gênero e saúde mental

No campo científico, é intenso o debate acerca das influências genéticas e biológicas e de fatores sociais, históricos, econômicos e culturais em relação ao desenvolvimento de transtornos mentais, de acordo com o sexo e o gênero dos indivíduos.

Como mencionamos anteriormente, as mulheres têm maior prevalência de TMC em todo o mundo. Em relação aos sintomas de depressão e transtorno de ansiedade, essa proporção chega a ser de duas a três mulheres para cada homem (Ludermir, 2008). De acordo com Zanello (2010), existem duas perspectivas norteadoras na interpretação contemporânea sobre os dados epidemiológicos relacionados à depressão e ansiedade.

A primeira corrente refere-se a uma perspectiva biologizante, pautada no discurso médico, que tem muito força no mundo ocidental. Dentro dessa perspectiva, a explicação para a maior prevalência de mulheres entre os casos de depressão e ansiedade seria a existência de hormônios específicos no corpo feminino, sobretudo o estrógeno, que agiriam na modulação do humor das mulheres, da menarca à menopausa. Essa concepção remete aos tratados hipocráticos e mostra como a apropriação de uma suposta “natureza da mulher” pelo saber médico foi essencial para disciplinar o corpo feminino e criar padrões de normalidade científica que representam o discurso considerado legítimo sobre a identidade feminina (Vieira, 2008).

Entre os séculos XVIII e XIX a Medicina passa a exercer um importante papel político dentro do contexto da emergência do capitalismo, se constituindo como objeto

¹⁰ O conceito feminização da pobreza procura explicitar a grande presença de mulheres entre os pobres, seu aumento progressivo e os condicionantes dessa realidade (Campos, 2011).

de reflexão e prática e servindo como apoio científico indispensável ao exercício do poder do Estado (Machado, Loureiro, Luz & Muricy, 1978). O controle social exercido pela medicina se refere à organização da sociedade como um todo, inclusive no tocante à moral, à sexualidade e à reprodução, sendo essas questões comumente associadas à mulher e à necessidade do controle populacional. Para Foucault (1980), essa profusão de discursos acerca da reprodução e sexualidade teve como função proporcionar uma sexualidade útil e politicamente conservadora. No mesmo sentido, Turner diz que:

O modelo médico em relação ao corpo feminino que se estabelece então, concordante com as normas sociais vigentes, implica que as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se estivessem sexualmente ligadas em matrimônio com finalidade reprodutiva. Relações extraconjugais eram associadas a distúrbios, assim como a masturbação e a prostituição, que, sobretudo, significavam doenças (Turner, citado por Vieira, 2008, p. 26).

Nesse contexto, a ginecologia e a obstetrícia surgem como as ciências femininas por excelência que atrelam a mulher à sua função reprodutiva. Para Rohden (2009), a ginecologia e toda a produção acerca da sexualidade e reprodução na mulher, se constituem como conhecimentos elaborados com base na percepção de como as mulheres são diferentes dos homens. Segundo a autora não existe uma ciência do homem que tenha como ponto de partida a diferença entre ele e a mulher. Nesse sentido, a ginecologia não surgiu apenas como um estudo das doenças femininas, mas também como um estudo das próprias diferenças sexuais. Uma das ideias presentes nesses estudos era de que as diferenças entre os sexos não se restringia apenas aos órgãos genitais, mas às características fisiológicas, psicológicas e cognitivas dos indivíduos.

Com o desenvolvimento da Psiquiatria no século XIX, mais um saber específico em relação à população feminina se estabeleceu. As “descobertas” médicas e biológicas da época corroboravam com a crença de que haveria uma natureza ambígua da mulher, que se manifestava em seu próprio corpo. Lugar de ambiguidades e espaço por excelência da loucura, o corpo e a sexualidade feminina inspirariam grande temor aos alienistas, constituindo-se em alvo prioritário das intervenções normalizadoras da psiquiatria. Assim, no organismo da mulher estariam inscritas as predisposições fisiológicas ao desenvolvimento da doença mental. A gravidez, a menstruação e o parto seriam, portanto, os aspectos essencialmente priorizados na definição e diagnóstico das moléstias mentais que afetavam mais frequentemente as mulheres (Engel, 2007).

Vemos que essa perspectiva, que compreende a saúde mental da mulher como sendo definida pelo corpo, tem raízes históricas ligadas ao processo de disciplinarização dos sujeitos que são calados em sua subjetividade.

A segunda perspectiva de análise dos dados epidemiológicos relacionados à depressão e ansiedade entre mulheres refere-se, de acordo com Zanello (2010), à leitura sociocultural dos índices epidemiológicos. Nessa perspectiva “os sujeitos são escutados e, neste sentido, são questionados os fatores envolvidos nestas formas específicas de sofrimento” (Zanello, 2010, p. 309).

Dentro dessa corrente, enfatiza-se a importância das relações de gênero e dos papéis de gênero atribuídos às mulheres não só enquanto analisadores dos fatores de risco para o desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão, mas principalmente em relação ao poder de homens e mulheres de gerenciar suas próprias vidas, para lidar com tais riscos, proteger suas vidas e influenciar a direção do processo de desenvolvimento de saúde (Pan American Health Organization, 1995).

Os riscos à saúde relativos às questões de gênero são múltiplos e interligados. Muitos surgem da maior exposição das mulheres à pobreza, discriminação e desvantagem socioeconômica: as mulheres constituem cerca de 70% dos pobres do mundo e ganham significativamente menos do que os homens em trabalhos remunerados (WHO, 2001b). Entre alguns outros fatores relacionados à maior prevalência de TMC entre mulheres estão as iniquidades de gênero no acesso à educação (Ludermir & Melo Filho, 2002); violência doméstica e sexual (Ludermir, Schraiber, D'Oliveira, França-Junior, & Jansen, 2008); inserção precária no mercado de trabalho (Ludermir, 2000); sobrecarga do trabalho doméstico (Pinho & Araújo, 2012); e, no caso específico das mulheres do campo, a invisibilidade do trabalho feminino na agricultura familiar e o padrão rígido e assimétrico das relações de gênero na área rural (Bonfim, Costa & Lopes, 2011). Compreende-se, portanto, que a opressão multifacetada sobre as mulheres na sociedade pode ser particularmente conducente à loucura e aflições mentais (Vasconcelos, 2003).

Por tal razão, o empoderamento das mulheres se faz essencial no sentido da promoção da saúde. De acordo com Noqueira e Remoaldo (2010):

No domínio da saúde empoderamento (*empowerment*) deve ser encarado como o processo através do qual os indivíduos ganham capacidade para compreender as suas situações e aumentam o controle sobre os fatores que atingem a sua saúde. Neste processo, cada um adquire um poder (resultante da informação que detém e da assimilação que fez da mesma) que permite decidir e controlar a sua própria vida. O empoderamento alimenta sentimentos de autocontrole e autonomia, elevando a capacidade de decisão e de liderança e conduzindo a sentimentos de maior satisfação (Noqueira & Remoaldo, 2010, p.27).

Essa concepção mostra que, na discussão sobre os determinantes da saúde mental das mulheres, tornou-se imperativo mudar o foco do indivíduo para o reconhecimento dos fatores mais amplos (econômicos, jurídicos, sociais e ambientais) que afetam a vida das mulheres. Para além das estatísticas sobre as diferenças entre os sexos nas taxas de determinados transtornos, é preciso examinar como as diferenças de gênero influenciam os riscos e vulnerabilidades de homens e mulheres, como se dá o acesso aos serviços de saúde, e quais as consequências sociais e econômicas trazidas pelo adoecimento mental nos diferentes contextos, grupos sociais e períodos distintos do ciclo de vida.

A identificação e modificação dos fatores sociais que influenciam a saúde mental da mulher abrem a possibilidade de prevenção primária de certos transtornos mentais, reduzindo sua incidência. No entanto, nos serviços de saúde o modelo de atenção baseado na perspectiva biomédica de saúde mental ainda é hegemônico, sendo o sofrimento psíquico das mulheres, muitas vezes, calado através o uso inadequado de medicação e de intervenções ineficazes (Carvalho & Dimenstein, 2004).

A partir desses apontamentos teóricos apresentados até o momento, buscamos refletir a seguir sobre como o conceito de gênero pode nos ajudar a pensar sobre a articulação entre trabalho e saúde mental.

1.4. Contribuições do conceito de gênero para a compreensão da interface saúde mental e trabalho

A saúde mental é expressão de condições sociais, culturais e históricas das coletividades em que o trabalho desempenha papel crucial (Brito, 2000). Como vimos anteriormente, o trabalho realizado em nossa sociedade é determinado por complexo entrelaçamento de relações de poder, sociais, econômicas e políticas.

Questionar a saúde no trabalho a partir das relações de gênero nos permite entender qual o papel da divisão sexual na construção diferencial da saúde entre os gêneros na articulação da vida produtiva e reprodutiva (Thébaud-Mony, 2009). Os estudos da psicopatologia do trabalho ainda não consideram, de forma suficiente, a relação entre gênero e trabalho para entender o processo saúde/doença dos sujeitos, e só recentemente, vemos que a emergência do olhar sobre a mulher trabalhadora tem evidenciado a impossibilidade de separar, analítica e concretamente, os espaços de trabalho e de consumo, trabalho e descanso e trabalho remunerado e não remunerado, apontando novos temas de pesquisa (Brito, 2000).

Dejours (1992), problematizando a relação trabalho-saúde, defende que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, podendo tanto favorecê-la, quanto contribuir para o adoecimento. O emprego pode ser benéfico ao bem-estar, a depender também da condição de trabalho, da qualidade de sua organização e das percepções subjetivas da pessoa. Portanto, de acordo com Neves & Silva (2006), faz-se necessária não a verificação mecânica dos “impactos” do trabalho “sobre” os indivíduos, mas uma análise que leve à compreensão da complexidade da dinâmica das relações sociais.

Nos países industrializados, as pesquisas têm-se centrado geralmente nos efeitos do emprego sobre a saúde mental feminina, comparando as mulheres que são exclusivamente donas de casa com aquelas que desenvolvem uma atividade remunerada fora do lar (Ludermir, 2000). Santana, Loomis e Newman (2001) argumentam que as mulheres assalariadas relatam menos sintomas psicológicos, ansiedade, sintomas depressivos, angústia psicológica ou sintomas psicossomáticos, quando comparadas a mulheres não assalariadas.

Por outro lado, Ludermir (2008) acredita que as mudanças atuais no mundo do trabalho são importantes analisadores dos processos de sofrimento psíquico, pois

explicitam como as mudanças das atribuições tradicionais de gênero podem gerar conflitos para ambos os lados. O aumento da jornada de trabalho e o acúmulo das funções domésticas e profissionais trazem, muitas vezes, uma situação de fadiga e sobrecarga emocional.

Ludermir (2000) revisou alguns estudos que demonstram os impactos positivos do trabalho remunerado sobre a saúde mental, assim como os efeitos adversos do desemprego. A falta de remuneração e seus desdobramentos não são os únicos fatores que ligam desemprego aos transtornos mentais. Existem outras funções da inserção laborativa: a estruturação temporal do cotidiano, contatos com pessoas fora da família, metas que transcendem o nível individual, status e identidade. Os sujeitos desempregados seriam, portanto, privados dessas cinco funções do trabalho, que funcionariam como eixos de organização do viver cotidiano.

A autora também argumenta que as mulheres são muito afetadas emocionalmente pelo desemprego de seus companheiros e que os significados do trabalho são diferentes de acordo com os gêneros – enquanto os homens associam o trabalho informal à independência, as mulheres o associam à insegurança e aos salários mais baixos.

Contudo, como nos mostra Ludermir (2008), vários autores assinalam que a associação entre o desemprego e os transtornos mentais é mais frequente entre homens do que em mulheres, em especial nos desempregados de baixa renda. A experiência do desemprego varia de acordo com o significado que a sociedade lhe atribui, sendo bastante variável em relação à classe e ao gênero. Dessa maneira, o desemprego seria uma condição mais “amena” para as mulheres, já que delas não seria esperado o sustento da casa. No entanto, dados epidemiológicos de estudos atuais não confirmam tal hipótese (Barros & Oliveira, 2009; Ludermir, 2005; Argolo & Araújo, 2004).

As diferenças entre o significado do trabalho entre homens e mulheres também foi verificada por Amato, Pavin, Fernandes, Ronzani e Batista (2010) em um estudo sobre a prevalência de TMC entre bombeiros da cidade de São Paulo que verificou indicativos de depressão, estresse, comprometimentos em saúde mental geral prevaleceram para a amostra feminina. Os discursos de homens e de mulheres se organizaram diferentemente, tanto nas queixas sobre o trabalho e a vida pessoal e social, quanto nas consequências percebidas para a vida e a saúde.

Araújo et al. (2005) identificaram que existe uma relação entre o número de filhos, as características do trabalho doméstico exercido, o lazer, a renda, a situação conjugal, a escolaridade e as condições de saúde mental e bem estar psicológico dos sujeitos. Elas afirmam que, à medida que o número de filhos aumenta, também aumenta a quantidade de horas dedicadas ao trabalho doméstico, diminui o tempo disponível para o cuidado pessoal e para o lazer e, conseqüentemente, aumenta a prevalência de TMC, sendo os sintomas depressivos e de ansiedade os mais comuns entre as pesquisadas.

Assim, vemos que a insegurança causada pela vulnerabilidade socioeconômica e pelas más condições de trabalho parece levar a processos de grande estresse e sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que o trabalho e suas circunstâncias também pode ser um elemento de promoção de bem-estar subjetivo e saúde mental, em especial quando se trata do trabalho remunerado.

A articulação entre as desigualdades de gênero, o sofrimento psíquico, a baixa autoestima das mulheres e suas condições de vida, nos ajuda a pensar sobre o porquê da maior prevalência de sintomas como a depressão e ansiedade entre as mulheres. Vale lembrar que outros fatores como a violência de gênero, podem desencadear processos de intenso sofrimento psíquico e transtornos mentais entre as mulheres.

Para Neves e Silva (2006), sem desconsiderar as possíveis implicações dos sujeitos singulares na relação trabalho/saúde mental, deve-se refletir sobre o modelo de sociedade e sociabilidade em curso na contemporaneidade para entender como se dá essa relação. Trata-se de uma sociedade marcada pela centralidade do capital, onde a ideia de valor controla e determina o processo de trabalho.

Por essa razão, ao pensarmos a interface entre gênero, saúde mental e trabalho, devemos levar em consideração que as categorias gênero e trabalho são importantes dispositivos de construção da subjetividade dos indivíduos e dos coletivos, entendendo que a fabricação das subjetividades se dá por uma articulação de inúmeras instâncias, de forma que não se pode pensar em uma determinação ou primazia nesse processo de produção (Guattari, 2000).

2. O rural e suas dinâmicas: histórias, movimentos e políticas

Nos últimos 50 anos, o Brasil vem passando por um processo gradativo de “urbanização”. Enquanto em 1960, a população rural representava 54,9% da população brasileira em frente a 45,1% de população urbana, de acordo com o último censo demográfico (IBGE, 2010a), o Brasil tem uma população urbana de 84,4% e uma população rural de 15,6 %.

A concentração fundiária e dificuldade de acesso à produção e ao trabalho no campo reforçam a desigualdade social da população brasileira, alimentando o fenômeno do êxodo rural. Conforme dados do último Censo Agropecuário, realizado em 2006 (IBGE, 2006), dos mais de 5 milhões de estabelecimentos agropecuários, 47% possuem área de até 10 hectares. Inversamente, as grandes propriedades ocupam uma área de 43% dentre o total de estabelecimentos. Quando considerada a condição de produtor em relação às terras, 23% não são propriedade dos produtores.

O Brasil hoje em dia conta com um dos mais sofisticados sistemas de produção agrícola do mundo, sendo o setor agropecuário o mais rentável do país. No entanto, as desigualdades sociais e as condições precárias em que vive grande parte da população, tanto no campo quanto nas cidades, mostra a atualidade e a pertinência da discussão acerca da questão agrária no país. De acordo com Ieno Neto (2013):

Negligenciar a importância da questão da terra pode significar uma adesão acrítica à obsessão moderna pelo mundo urbano e a transformação da terra e da natureza em mercadoria a serviço dos interesses de lucro imediato do grande capital, tidos como formas inexoráveis de viver e produzir (Ieno Neto, 2013, p. 15).

Ao analisarmos o rural, devemos ter o cuidado de despojarmo-nos dos nossos olhos urbanos (Albuquerque, Coelho & Vasconcelos, 2004). Faz-se necessário entender a dimensão da subjetividade e da saúde mental em sua relação com a terra e o território - Sérgio Sauer em debate *on-line* sobre a “atuação de psicólogas (os) em questões relativas à terra”¹¹, promovido pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) em agosto de 2013, nos diz que: “devemos pensar a terra e as relações dessas pessoas com ela não só como meio de produção, mas enquanto um lugar. Mais do que o poder, a terra garante o direito de ser e de existir¹²”.

O cenário rural traz um grande desafio à Psicologia brasileira que vem se mostrando ser um campo teórico e de atuação eminentemente urbano (Albuquerque et al., 2004). Ao adentrarmos neste espaço enquanto psicólogos é imprescindível que tenhamos o cuidado de compreender os processos históricos, sociais e políticos dos contextos em que estamos inseridos para não cairmos na armadilha tecnicista de, através do nosso olhar teórico, construir especulações a partir de categorizações ou abstrações da ciência psicológica que não são adequadas a esse contexto, para que possamos ter uma atuação mais qualificada e desvelar a subjetividade da grande trama de atores que vive no meio rural.

Dessa forma, para desenvolver as questões trazidas nesta pesquisa, é necessário contextualizar a realidade das mulheres trabalhadoras rurais dentro do problemático e conflituoso campo brasileiro. Partindo desse entendimento, apresentamos a seguir um breve histórico da questão agrária no país, como forma de contextualizar melhor tal

¹¹ Desse debate, originou-se o primeiro documento de referências técnicas para a atuação dos psicólogos em questões relativas à terra. Ver: Conselho Federal de Psicologia. (2013) *Referências Técnicas para Atuação das (os) Psicólogas(os) em Questões Relativas a Terra*. Brasília: CFP.

¹² Disponível em: <http://www2.pol.org.br/aovivo/terra-lancamento/>.

cenário para que possamos compreender como se deu a organização da área rural brasileira em um campo que se apresenta cheio de disputas e em constante movimento.

2.1. Breve histórico da questão agrária no Brasil

A grande concentração de terras e as desigualdades sociais entre o campo e a cidade mostram como o processo de desenvolvimento do capitalismo no Brasil se deu à custa da exclusão social da maior parte da população do país. A estrutura fundiária e agrícola brasileira é marcada, historicamente, pelo grande latifúndio e exploração do meio ambiente, em detrimento do incentivo à agricultura familiar e sustentável.

Em uma de suas últimas conferências Celso Furtado (2004), um dos mais respeitados economistas brasileiros do século XX, declarou que:

No caso brasileiro, a estrutura agrária é o principal fator que causa a extremada concentração da renda. Não tanto porque a renda seja mais concentrada no setor agrícola do que no conjunto das atividades produtivas, mas porque, não havendo no campo praticamente nenhuma possibilidade de melhoria das condições de vida, a população rural tende a se deslocar para as zonas urbanas, aí congestionando a oferta de mão-de-obra não especializada (Furtado, 2004, p. 485).

Ainda de acordo com Furtado (1979), existe uma relação de causa e efeito entre a miséria da população rural brasileira e o tipo de estrutura agrária do país, cujo traço mais característico é a acentuada concentração da propriedade fundiária. A origem desse modelo de desenvolvimento remonta ao período colonial (de 1500 até 1850), quando os portugueses iniciaram o processo de apropriação do território daquilo que viria a ser chamado de Brasil. Nesse período, os colonizadores, sob a égide do capitalismo

mercantil europeu, passaram a produzir bens agrícolas e minerais para o abastecimento do mercado internacional, de forma que, em meados do século XIX, mais de 80% daquilo que era produzido no território brasileiro, era exportado. O modelo adotado para organizar as unidades de produção agrícola foi o *plantation* que se caracterizava pelas grandes fazendas de monocultura com produtos destinados à exportação e com a utilização de mão-de-obra escrava.

A terra, até então, era de propriedade da Coroa portuguesa que, para estimular o crescimento do modelo agroexportador e o investimento de recursos no território, divide as terras entre particulares (nobres, funcionários da Corte, etc.) e abre a concessão hereditária de uso das mesmas.

No Segundo Reinado, em meio à crise do modelo econômico da agroexportação, é aprovada a Lei nº 601 de 1850, a chamada Lei das Terras, que regulamentou a questão fundiária e lançou as bases legais que consolidaram o padrão da grande propriedade rural que resiste até os dias de hoje (Stédile, 2011). Essa lei estabelecia, pela primeira vez, que qualquer cidadão brasileiro (ou estrangeiro) poderia adquirir, mediante pagamento, as terras da Coroa portuguesa no Brasil. Dessa forma, ex-escravos¹³ e a população em geral, por não terem condições econômicas, ficaram impedidos de usufruir das terras brasileiras, que passaram de bens naturais a propriedades privadas.

Joaquim Nabuco, líder abolicionista, dizia no fim do século XIX que a simples abolição da escravatura não eliminava o problema do cativo; para tanto, era preciso que houvesse uma liberação das terras, fazendo com que os escravos libertos fossem transformados em pequenos produtores, assim como os colonos europeus que chegavam ao território brasileiro (Andrade, 2002).

¹³ Apesar da libertação legal dos negros ter ocorrido apenas em 1888, desde 1850, com a lei que proibia o tráfico de escravos; a lei do ventre livre de 1850, que tornava livres os filhos de escravos que nascessem a partir da promulgação da lei; e da lei Saraiva-Cotegipe que beneficiava os negros com mais de 65 anos de idade, houve um processo gradativo de libertação dos negros no Brasil.

Com a abolição da escravatura em 1888, através da promulgação da Lei Áurea, e impedimento ao acesso e ao uso das terras, os ex-escravos saem das senzalas e das fazendas e migram em direção às cidades para vender sua força de trabalho, se concentrando nos piores terrenos, com condições precárias de habitação e abandonando o trabalho agrícola. Assim, para Stédile (2011), a Lei das Terras é a “mãe” das favelas brasileiras.

Com o fim da escravidão, o modelo de produção em forma de *plantation* chega ao fim, e com ele entra em crise o modelo agroexportador e a crise política da Monarquia. A partir de então, inicia-se o período republicano¹⁴ e com ele, uma grande campanha pela vinda de imigrantes europeus para o Brasil, de forma a substituir a mão-de-obra escrava pela mão-de-obra especializada dos colonos estrangeiros. Esses colonos eram, em sua maioria, camponeses pobres não integrados ao sistema do capitalismo industrial europeu, advindos da Itália, Alemanha e Espanha e buscavam nas Américas, melhores condições de vida e trabalho. Esses imigrantes se concentraram principalmente no Sul e Sudeste do país, trabalhando nas grandes lavouras de café.

Enquanto isso, no restante do país, o problema da concentração fundiária esteve na raiz dos principais confrontos sociais desse período: as guerras de Canudos¹⁵ e de Contestado¹⁶.

Segundo Maestri (2005), é a partir da imigração de colonos europeus e da interiorização causada pela Lei de Terras que forçava os trabalhadores pobres a sair das zonas litorâneas, onde estavam as melhores terras e que já se encontravam ocupadas por

¹⁴ O período que vai de 1889 a 1930 é conhecido como a República Velha. Este período da História do Brasil é marcado pelo domínio político das elites agrárias mineiras, paulistas e cariocas.

¹⁵ Conflito entre os integrantes do movimento popular sócio-religioso liderado por Antonio Conselheiro e o Exército da República, que durou de 1896 a 1897, na então comunidade de Canudos, no interior do estado da Bahia.

¹⁶ Conflito armado que durou entre os anos de 1912 e 1916 envolvendo o Estado e o movimento de sertanejos e caboclos da região disputada pelos estados de Santa Catarina e Paraná, matando cerca de 10 mil pessoas.

fazendas que se dedicavam à exportação, que surge o campesinato brasileiro. O campesinato corresponde ao conjunto dos grupos sociais de base familiar que, em grau diverso de autonomia, se dedica a atividades agrícolas em uma determinada unidade de produção. Caracteriza-se pela produção baseada no trabalho da família (agricultura familiar), empregando eventualmente mão-de-obra assalariada, podendo ter autonomia total ou parcial na gestão da propriedade e da produção¹⁷ (Sandroni, 1999).

Nos anos de 1930, inicia-se o processo de industrialização no Brasil. Apesar de continuarem donas das terras, as oligarquias rurais perdem o poder político para a nascente burguesia industrial. Diante do fortalecimento da ordem social competitiva, as oligarquias ruralistas aliam-se à burguesia industrial e adaptam-se às novas condições econômicas, como agentes de integração do capitalismo comercial e financeiro no desenvolvimento da economia brasileira, defendendo, ao mesmo tempo, o nível de ocupação dos fatores da economia interna e resguardando o seu próprio setor de interesse, o agrário (Oliveira & Vazquez, 2010). Dá-se então, o processo de modernização capitalista da grande propriedade rural.

Esse processo proporcionou uma ainda maior concentração das unidades de produção, da aquisição de créditos e de insumos (fertilizantes, defensivos, mecanização) e da substituição das culturas tradicionais (gêneros alimentícios de primeira necessidade como o arroz, mandioca, feijão, etc.) por culturas modernas voltadas para a exportação (tais como cana, café, soja, trigo, etc.) que geram uma maior lucratividade (Graziano da Silva, 1981). Nesse contexto, cabia aos camponeses: fornecer mão de obra barata para a nascente indústria da cidade e produzir, a baixos preços, alimentos para a cidade e matérias-primas agrícolas pra o setor industrial (Stédile, 2011). Assim, como resultado

¹⁷ “Em geral, à medida que a produção capitalista avança, o campesinato vai perdendo espaço, enquanto cresce o contingente de assalariados itinerantes (os chamados bóia-frias) que compõem o proletariado rural” (Sandroni, 1999, p. 77).

dessa modernização, vemos a formação de uma classe de assalariados rurais com baixo poder aquisitivo; o desemprego em massa, especialmente o desemprego sazonal; uma maior precarização das condições de trabalho; e um intenso processo de exclusão social, o que levou mais de 28 milhões de pessoas a deixarem o campo em direção às cidades, entre 1960 e 1980 (Bergamasco, 1997).

Nesse período, surgem vários movimentos sociais que pautam o tema da reforma agrária, entre eles, os mais importantes foram as Ligas Camponesas, surgidas no Nordeste na década de 1950. Esse movimento foi responsável pela mobilização e organização do movimento de luta pela reforma agrária e pela formação de sindicatos de trabalhadores rurais, inéditos no país até então, o que culminou na formação da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) em 1963. No entanto, a partir do golpe Militar de 1964, as Ligas foram desarticuladas e seus líderes foram quase todos exilados, mortos, desaparecidos ou presos.

Ao longo do século XX foi preciso que o campesinato se consolidasse como classe social e o proletário rural se proliferasse enquanto contingente social expressivo, para que suas demandas aparecessem elaboradas em forma de programas políticos e propostas de modificação da estrutura fundiária no país.

Apesar das diversas propostas e projetos de lei de Reforma Agrária (do Partido Comunista Brasileiro em 1946, da Igreja Católica em 1950, do governo do Presidente João Goulart em 1963, entre outras), somente em 1964 é instituída a primeira lei de reforma agrária do país: o Estatuto da Terra - lei nº 4504/64. A criação do Estatuto da Terra foi a estratégia encontrada pelo Regime Militar para apaziguar as lutas camponesas. Ele também foi fruto da influência das teses da Comissão Econômica para

a América Latina e o Caribe (CEPAL)¹⁸ que preconizavam que para enfrentar o subdesenvolvimento era necessário desenvolver a indústria nacional e aumentar a distribuição de renda.

Além de estabelecer a “função social” da terra e a responsabilidade do Estado em criar condições para que todos tivessem acesso à terra a partir de “desapropriações por interesse social” esse estatuto aparece até hoje, paradoxalmente, como o mais eficaz instrumento de desapropriação de terras para fins de reforma agrária no país, ainda que a obrigatoriedade da indenização constitucional dos latifúndios desapropriados constitua adiantamento da renda fundiária, à custa dos recursos nacionais e, portanto, forte entrave à democratização da posse da terra e à expansão econômica geral (Maestri, 2005). No entanto com o Ato Institucional nº 5 de 1968, o AI-5, o mais repressor instrumento legal da ditadura militar brasileira, o Estatuto da Terra foi relegado e os movimentos de luta pela reforma agrária só foram ressurgir, de maneira organizada, no fim da década de 1970.

Apesar do AI-5, é criado em 1970 o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), que tem por objetivo realizar a reforma agrária, manter o cadastro nacional de imóveis rurais e administrar as terras públicas da União (INCRA, 2011). O INCRA absorve as atribuições do Instituto Brasileiro de Reforma Agrária e do Instituto Nacional de Desenvolvimento Rural, ambos criados em 1964, em razão da promulgação do Estatuto da Terra.

Vemos que as políticas públicas e os direitos trabalhistas atingiram muito tardiamente a massa dos trabalhadores rurais. Enquanto a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) urbana data do ano de 1943, apenas no final dos anos 1960 é

¹⁸ Criada em 1948 pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, essa comissão já teve como seus integrantes alguns dos maiores pensadores latino-americanos como Celso Furtado e Raúl Prébish, influenciando politicamente, economicamente e socialmente, os países latinos e caribenhos.

promulgado o Estatuto do Trabalhador Rural. E, embora a Constituição de 1934 determinasse que todo trabalhador brasileiro teria direito à cobertura da Previdência Social, apenas depois dos anos 1970, com o Fundo de Previdência e Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), os trabalhadores rurais começam a ter algum acesso a ela.

Da mesma forma, apenas nos anos de 1970 com a ampliação da cobertura da assistência à saúde através da Previdência Social e com o promulgação do Plano de Pronto Ação em 1974, os trabalhadores rurais (junto com outras categorias profissionais como trabalhadores domésticos e autônomos) passaram a ter assistência à saúde assegurada por lei.

Em 1985 é aprovado pela Presidência da República, o primeiro Plano Nacional de Reforma Agrária (PNRA). No mesmo ano, como resposta à organização dos movimentos dos trabalhadores rurais, forma-se a União Democrática Ruralista (UDR), que representa os interesses dos grandes latifundiários e se opõe fortemente ao estabelecimento do PNRA, conseguindo inviabiliza-lo quase por completo.

Com o fim da ditadura militar, há um processo de reorganização dos movimentos camponeses. Nesse cenário surge o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), movimento que, desde sua fundação em 1984, vem se apresentando como um dos movimentos sociais de maior importância, visibilidade e organização em todo o país. O movimento toma por bandeiras principais a luta pela terra, pela reforma agrária e por uma sociedade mais igualitária, e para isso trabalha em diversas frentes, desenvolvendo projetos que visam à conscientização política dos trabalhadores rurais, à formação do sujeito militante e à melhoria das condições de vida e trabalho dos moradores do campo.

O MST atua diretamente na coordenação de ações que visam a desapropriação de terras consideradas improdutivas e/ou que não cumpram sua função social, dentro daquilo que é estabelecido por lei e se articula politicamente com diversos movimentos sociais e políticos do campo e da cidade como a Via Campesina, o Movimento dos Agricultores Sem Terra (MAST), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), entre outros.

A partir das últimas décadas do século XX, vemos emergir, então, um novo ciclo de conflitos no campo, que envolve os grandes proprietários de terra, empresários do agronegócio, trabalhadores rurais sem terra, agricultores familiares e órgãos governamentais. Esse ciclo atualiza velhos conflitos ao mesmo tempo em que traz novos elementos de disputa, como a questão da produção dos alimentos transgênicos, o empobrecimento do solo e do uso indiscriminado de agrotóxicos nas plantações – a chamada Revolução Verde.

De acordo com Perez (2001), o desenvolvimento da economia capitalista no meio rural brasileiro, denominada por Delgado (2005) de “modernização conservadora” da agricultura, foi o fator desencadeador de algumas das mais graves alterações ambientais nas áreas de cultivo agrícola no país, como a devastação de florestas tropicais, a destruição da biodiversidade, a erosão e a desertificação. O uso intensivo de agrotóxicos tem gerado contaminação das fontes e reservatórios de água e alimentos, além da exposição direta do agricultor e seus familiares, ocasionando intoxicações agudas. Tais fatos começam, tardiamente e de forma tênue, a compor a pauta das questões ambientais e de saúde pública no Brasil.

Toda esta discussão mostra que no Brasil existe, historicamente, um quadro de franco desfavorecimento da população rural em relação à urbana no que se refere às condições de vida, trabalho e acesso às políticas públicas de saúde, educação e

assistência social, fatores que reconhecidamente afetam diretamente a saúde das populações do campo (Pinheiro, Silva, Carneiro, Faria & Silva, 2009).

2.2.Agricultura familiar e Políticas públicas para o campo: o contexto dos assentamentos rurais de reforma agrária

Como resultado do acirramento das lutas pela terra e do crescimento das tensões sociais no campo, multiplicaram-se, a partir da década de 1980, os assentamentos rurais pelo Brasil. De acordo com o INCRA (2012), existem no Brasil 8.865 projetos de assentamentos de reforma agrária, totalizando 1.235.130 famílias.

Os assentamentos rurais são propriedades agrícolas, resultantes de políticas públicas federais, estaduais e /ou municipais, que objetivam uma redistribuição de terra menos concentrada e buscam beneficiar os trabalhadores rurais sem-terra e/ou aqueles com pouca terra (Furtado & Furtado, 2000).

No entanto, a criação de assentamentos rurais não pode ser considerada uma política de reforma agrária de fato, pois não visa transformar de forma significativa a estrutura fundiária e social do país. Segundo Norder (1997), os projetos de assentamento são criados mais para resolver situações de conflitos localizados do que situações de pobreza e exclusão social, ou mesmo para resgatar o potencial produtivo da agricultura familiar.

Como frutos de um contexto de disputas políticas, econômicas e sociais, emergem nos assentamentos uma série de conflitos desde seus momentos iniciais, quando são tomadas decisões cruciais: qual será a forma de organização produtiva; como os lotes serão distribuídos entre as famílias; quais associações, sindicatos e movimentos sociais atuarão na comunidade; quem ficará a cargo das associações locais. Segundo Araújo (2005):

Nesse momento, vêm à tona redes de relações que se produziram antes e durante o processo de mobilização, fidelidades, disputas de poder. É em torno desses elementos que se constituem novas identidades, resgate de antigas, novos arranjos sociais, dimensionando potencialidades dos assentamentos e dos assentados (Araújo, 2005, p. 3).

Assim, esses espaços também se apresentam como lugares estratégicos de articulação política, o que gera um grande fluxo de discursos e práticas advindas dos mais diversos grupos sociais, tais como sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais, ONGs, etc.

Eles são, em sua maioria, apoiados pelo INCRA que financia a implantação de lotes, com recursos para a construção da moradia, da manutenção da família no primeiro ano, financiamento do custeio da produção e crédito para investimento, com prazos e carências diferenciados. O INCRA também oferece assistência técnica para a produção na comunidade através da Assessoria Técnica, Social e Ambiental à Reforma Agrária (ATES), mas nem sempre esse serviço consegue atender a todos os assentamentos e a todas as famílias. O apoio técnico é fundamental para viabilização dos projetos de assentamento, ajudando no desenvolvimento da produção, na inserção logística da produção na região e na capacitação dos assentados.

Para Albuquerque et al. (2004), deve-se levar em consideração que a maioria das terras desapropriadas o são por serem consideradas improdutivas, o que significa que (a) o solo não apresenta fertilidade o suficiente para a produção agropecuária; (b) as terras localizam-se à grandes distâncias dos centros comerciais, dificultando a venda dos produtos. Esses fatores dificultam a produção e comprometem a viabilização econômica e social dos assentamentos rurais.

A produção e o trabalho nos assentamentos são, em geral, desenvolvidos sob regime de produção de agricultura familiar. Somente em 2006, com a promulgação da Lei Federal nº 11.326, a agricultura familiar foi reconhecida oficialmente como setor produtivo, permitindo a sua participação no planejamento, implementação e financiamento de políticas públicas para o setor agrícola. Antes dessa data, algumas conquistas como o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF)¹⁹ já tinham sido estabelecidas, mas a agricultura familiar era considerada apenas como uma agricultura de subsistência.

A lei nº 11.326 define como agricultor familiar e empreendedor familiar rural aquele que pratica atividades no meio rural, atendendo, simultaneamente, aos seguintes requisitos: não detenha, a qualquer título, área maior do que quatro módulos fiscais; utilize predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; tenha percentual mínimo da renda familiar originada de atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; dirija seu estabelecimento ou empreendimento com sua família.

O Governo Federal elegeu a agricultura familiar como prática orientadora do desenvolvimento rural sustentável no Brasil. Em consequência disso, vários programas e créditos específicos foram criados para apoiar essa prática. Contudo, como já mostramos anteriormente, a agricultura familiar foi preterida historicamente no Brasil em razão do desenvolvimento e modernização dos grandes latifúndios. O país conta atualmente com dois ministérios para a agricultura, cujas políticas são contraditórias entre si: o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) apoia as ações do agronegócio, enquanto o outro, o Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), é direcionado ao desenvolvimento da agricultura familiar. Dados divulgados no final de

¹⁹ O programa financia projetos individuais ou coletivos, que gerem renda aos agricultores familiares e assentados da reforma agrária.

novembro de 2013, pelo Governo Federal, apontam que serão disponibilizados recursos na ordem de R\$ 136 bilhões para o agronegócio em 2014, enquanto a agricultura familiar, através do Plano Safra, receberá R\$ 21 bilhões, ou seja, 15,4% do total.

No Censo Agropecuário de 2006 foram identificados 4.367.902 estabelecimentos da agricultura familiar, ou 84,4% do total, ocupando 80,25 milhões de hectares, ou seja, 24,3% da área dos estabelecimentos agropecuários brasileiros. Já os estabelecimentos não familiares representavam 15,6% do total dos estabelecimentos, mas ocupavam 75,7% da sua área (IBGE, 2006).

Um dos problemas centrais da agricultura familiar é que, na maioria das unidades produtivas, a produção é quase totalmente direcionada para o consumo da família, havendo pouca possibilidade de geração de renda (Silva & Portella, 2010). Norder (1997) aponta que os agricultores familiares se utilizam diversas estratégias de (re)produção diante das adversidades socioeconômicas do campo: trabalho assalariado externo, migração para as cidades, participação em organização cooperativas, integração ao complexo agroindustrial, etc.

A despeito das limitações econômicas e sociais contra as quais os pequenos agricultores da agricultura familiar se defrontam, não é possível desconsiderar a potencialidade econômica e social desse tipo de produção. Com a flexibilidade e mobilização de diversos recursos e atividades, a produção agrícola familiar continua expressiva mesmo num ambiente socioeconômico desfavorável – hoje, 70% dos alimentos consumidos no país são produzidos pela agricultura familiar.

O setor agropecuário familiar tem, portanto, uma grande importância social e econômica, sendo responsável pela redução do fenômeno do êxodo rural, melhorando sobremaneira as condições econômicas, alimentares e laborais dos agricultores, além de

contribuir expressivamente para a geração de riqueza, considerando a economia não só do setor agropecuário, mas do próprio país.

De acordo Medeiros (1997), como resultado do poder gerado pela propriedade da terra, os direitos dos trabalhadores do campo sempre foram vistos como extensão dos direitos dos fazendeiros, de forma que o mundo do trabalho rural formou-se marcado pela regulação privada e a noção da existência de direitos pouco se desenvolveu. Assim sendo, a agricultura familiar e os assentamentos rurais de reforma agrária, principalmente quando têm sua produção baseada em estruturas associativas e princípios agroecológicos, representam de certa forma um movimento de resistência ao sistema de trabalho que se estabeleceu historicamente no campo brasileiro.

Diante desse contexto, a articulação entre condições de vida, trabalho, saúde mental e gênero no cenário rural será problematizada mais a frente ao analisarmos os resultados da nossa investigação. A seguir, apresentamos os percursos da pesquisa e as estratégias metodológicas que lançamos mão para realização deste estudo.

3. Os percursos da pesquisa

No presente capítulo abordaremos o processo de criação do percurso da pesquisa, apresentando os aspectos teórico-metodológicos da abordagem escolhida para este estudo, o nosso campo de pesquisa e as estratégias metodológicas utilizadas para a coleta de dados.

3.1.A experiência do projeto Motyrum: construindo novas possibilidades

O projeto de extensão Motyrum, originalmente denominado Lições de Cidadania, foi criado no de 2006 por estudantes e professores da UFRN com o objetivo de proporcionar uma experiência pedagógica pautada no diálogo junto às comunidades em situação de vulnerabilidade e violação de direitos, tendo como referência a educação popular em Direitos Humanos e a Pedagogia da Libertação de Paulo Freire.

Para tanto, o programa organiza-se em diferentes núcleos (infanto-juvenil, penitenciário, urbano, rural, indígena e escritório popular) que vêm desenvolvendo ações em diversas comunidades e contextos, problematizando as dificuldades encontradas no dia-a-dia dos moradores, procurando aprofundar as problemáticas e construir soluções em conjunto com a população, a partir da compreensão da realidade que envolve estudantes e moradores, entendidos como sujeitos históricos.

Já nos primeiros contatos com o assentamento Paulo Freire III, iniciamos um processo de análise das demandas, problemas e potencialidades da comunidade e do território, tendo como base o levantamento inicial do questionário sociodemográfico-ambiental. A partir dos dados produzidos, foram identificados alguns problemas na comunidade que foram sistematizados em questões trabalhadas pelo grupo. Foi convocada uma reunião com todos os assentados interessados, na qual participaram unicamente mulheres, para apresentação e discussão desses dados e sistematização do trabalho em

torno das questões identificadas: taxa de iluminação pública, tratamento do lixo, precariedade do transporte e falta constante d'água.

Apesar das assentadas concordarem com os problemas observados, a falta de qualificação profissional das mulheres, bem como a necessidade de uma renda extra para a família foi colocada como prioridade. Elas relataram que sentiam falta de algum tipo de capacitação para produção, pois, especialmente em épocas de seca como a dos últimos anos, o plantio, as colheitas e a criação de animais era inviável.

Ao levantarmos quais as potencialidades do grupo, algumas mulheres do assentamento disseram saber fazer doces, costura e artesanato. Como elas haviam dito que muitas frutas nativas da região, como o caju e a mangaba, estragavam e eram jogadas fora por não serem usadas, sugerimos que elas fizessem doces de frutas para vender. Acessamos projetos de formação profissional rural e de economia solidária, através dos quais elas fizeram dois cursos: fabricação caseira de doces com frutas e produção e conversação de polpa de fruta. Após o curso, percebemos o início de um processo de auto-organização das mulheres.

A experiência de convivência coletiva por uma semana de modo intensivo aproximou-as e animou-as para seguir investindo na possibilidade de criar alternativas de trabalho e geração de renda. Iniciou-se a gestação da organização do grupo para produção de doces caseiros que hoje estão sendo produzidos e vendidos pelas mulheres de forma conjunta gerando um ganho considerável na renda das integrantes, embora ainda de forma tímida e sem uma estrutura de beneficiamento.

Além de acompanharmos de perto esse processo, fizemos várias reuniões com as assentadas para conversarmos sobre cooperativismo e a importância da organização coletiva. Esses momentos de reflexão foram essenciais para guiar nossas intervenções e para potencializar o coletivo que estava surgindo.

A partir desse movimento deu-se a criação de uma associação de mulheres no assentamento rural Paulo Freire III, a AMAEMA – Associação de Mulheres Agricultoras da Economia Solidária Maria Aparecida²⁰, com a finalidade específica de promover o desenvolvimento da atividade de produção dos doces. Tal processo tem sido bastante mobilizador na comunidade, pois não só tem marcado certo protagonismo das mulheres em participar de instâncias políticas dentro e fora do assentamento buscando conquistar apoio para a associação, como tem gerado tensões internas na comunidade, especialmente com integrantes da associação que representa o projeto de assentamento.

Entendemos que as reuniões com o grupo de mulheres, aliadas à experiência do curso, desencadearam um interesse conjunto que vem se revertendo na possibilidade de protagonizar conquistas econômicas e políticas, na medida em que se mobilizam e pressionam órgãos públicos, a exemplo do INCRA e da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do RN (EMATER/RN), para a liberação de recursos e assistência técnica para os projetos de consolidação da produção e beneficiamento de doces caseiros. As mulheres que agora se organizam em uma associação passaram a frequentar os fóruns que ocorrem mensalmente no município de Pureza envolvendo diversas comunidades que o compõe.

Com a entrada de algumas mulheres do assentamento em instâncias políticas municipais e estaduais, as mesmas passaram a conhecer um conjunto de políticas voltadas para a agricultura familiar e reforma agrária, bem como para as mulheres trabalhadoras rurais, o que tem as impellido a pressionar os operadores dessas políticas pela sua efetivação.

Parte das mulheres está se vinculando a uma cooperativa de artesãos que engloba agricultores familiares e trabalhadores autônomos do município de Pureza, com

²⁰ Nome dado em homenagem a uma companheira de luta da comunidade que faleceu à época do acampamento.

a finalidade de estabelecer parcerias comerciais, por meio das ações da cooperativa, para os doces produzidos pelo grupo. Esse momento tem exigido processos de qualificação e de aquisição de conhecimentos tanto em torno do fenômeno do cooperativismo quanto de qualificação da atividade de produção artesanal dos doces.

Apesar de não ser nosso objetivo analisar essas questões no presente estudo, compreendemos que elas são importantes analisadores dos processos organizativos e das relações de gênero no assentamento e foram levadas em conta durante a nossa pesquisa de campo e, posteriormente, em nossas análises.

Na medida em que o projeto considerou essas demandas e, junto com a comunidade, construiu espaços de reflexão e ação participativos, cumpriu sua função de mediar importantes conquistas sociais e políticas nos âmbitos em que se propôs atuar. Além disso, através da extensão universitária, pudemos estabelecer um vínculo de afeto com comunidade, especialmente com as mulheres, o que foi essencial para a realização de nossa pesquisa e para a construção de um espaço de reflexão junto às mulheres assentadas.

3.2.Nossas escolhas teóricas e metodológicas

De acordo com Minayo (2006), quando analisamos qualquer problema de saúde “precisamos entender suas dimensões biológicas no contexto das condições estruturais, políticas e subjetivas em que ocorrem” (p.197). Assim, buscamos a Antropologia, a Geografia da saúde, a Psicologia Social, a Saúde Coletiva, os estudos feministas e de gênero para dialogar em nosso estudo, partindo de uma perspectiva holística e construcionista dos temas aqui discutidos.

Por tal razão, esse estudo parte de uma abordagem metodológica quantitativa e qualitativa usando os resultados de diferentes fontes de dados como uma estratégia para entender de forma mais contextualizada quais as questões que permeiam a comunidade como um todo. No entanto, damos ênfase à análise e aos instrumentos qualitativos de pesquisa, pois acreditamos que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantificáveis (Minayo, 1994).

Dessa maneira, recordamos que objetivo geral de nosso estudo foi investigar a prevalência de TMC e os possíveis fatores associados à emergência de tais transtornos entre mulheres residentes do assentamento rural Paulo Freire III no município de Pureza - RN. Para tanto, definimos alguns objetivos específicos:

- (1) Identificar possíveis determinantes do aparecimento de TMC associados às condições gerais de vida, saúde e trabalho das assentadas;
- (2) Mapear os fatores identificados pelas mulheres como possíveis deflagradores de transtornos e suas consequências;
- (3) Caracterizar os modos de suporte utilizados pelas mulheres em relação ao cuidado em saúde mental.

A partir desses objetivos, optamos por desenvolver a pesquisa em três etapas, como mostramos no quadro abaixo (ver tabela 1):

Tabela 1: Etapas da pesquisa de campo

Etapas	Objetivos	Participantes	Ferramentas	Meta	Ações Desenvolvidas
1 ^a	Conhecer as condições gerais de vida, saúde, moradia, trabalho e perfil socioeconômico dos moradores do assentamento	Todas as famílias da comunidade	Questionário sociodemográfico-ambiental e observação participante	61 famílias (segundo número cadastrado no INCRA)	Questionários aplicados em 43 famílias/ registro em diário de campo/registro fotográfico
2 ^a	Rastrear casos indicativos de TMC	Todas as mulheres com idade acima de 18 anos da comunidade	SRQ-20	61 mulheres segundo número encontrado no questionário sócio-demográfico	Instrumento aplicado em 55 mulheres
3 ^a	Conhecer as demandas de saúde mental das assentadas, buscando: enumerar os fatores identificados pelas mulheres como possíveis deflagradores de transtornos; entender qual a influência que esses fatores exercem na vida das mulheres que apresentam indicativo de TMC; como elas e comunidade lidam com essas questões e como elas avaliam a forma que os serviços de saúde recebem tais demandas.	Mulheres que apresentaram indicativo de TMC	Entrevistas semiestruturadas individuais	24 mulheres com hipótese de TMC	22 Entrevistas realizadas

Na primeira etapa, buscamos conhecer as condições gerais de vida, saúde, moradia, trabalho e perfil socioeconômico dos moradores do assentamento Paulo Freire III, além de mapear as dinâmicas de organização, as relações da vida cotidiana na comunidade, as práticas sociais, culturais e educativas desenvolvidas no assentamento, as dimensões de participação política, as relações de gênero, etc.

Para isso, utilizamos uma versão adaptada do questionário sociodemográfico-ambiental elaborado pelo Departamento de Geologia – Laboratório de Análises Estratégicas da UFRN - 2009/2010 (ver Anexo I). Trata-se de um instrumento que busca identificar as condições sociais, econômicas, educativas, bem como as condições de moradia e saúde das famílias residentes. Apesar das questões se referirem à família como um todo, o instrumento poderia ser respondido por qualquer membro adulto da família, de preferência aqueles que fossem beneficiários.

Apesar do número oficial de 61 famílias cadastradas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) no assentamento, muitas delas não vivem mais na comunidade e outras passam parte do ano trabalhando em outros municípios, o que torna muito difícil precisar quantas pessoas moram, de fato, na comunidade. A partir da realização de um mapeamento com os moradores, foram identificadas 43 famílias residentes que responderam aos questionários aplicados pelo núcleo de trabalho em assentamentos rurais e movimentos sociais da reforma agrária do programa *Motyrum* da UFRN, durante o segundo semestre do ano de 2012. Os questionários foram tabulados através do uso do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), *software* para tratamento de dados estatísticos.

Na segunda etapa pretendíamos rastrear casos indicativos de TMC entre as todas as mulheres adultas do assentamento. A presença de TMC foi avaliada a partir do uso do SRQ-20, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para identificar casos de suspeita de TMC em populações de países em desenvolvimento (ver

Anexo II). Para a realização do presente estudo, utilizamos a versão do SRQ-20 traduzida para a língua portuguesa e validada no Brasil por Mari e Williams (1986).

Esse instrumento é considerado um método de investigação rápido e de fácil administração e, embora não envolva detalhes diagnósticos, possibilita a mensuração do fenômeno em uma amostra ampla (Pinho & Araújo, 2007). Ele investiga elementos relativos à saúde mental pertencentes a diferentes instrumentos para avaliação de transtornos mentais como o *General Health Questionnaire* (GHQ-60), o *Present State Examination* (PSE); o *Post Graduate Institute Health Questionnaire N 2* (PGI); e o *Patient Symptom Self Report* (PASSR) (Santos, Araújo & Oliveira, 2009).

O SRQ-20 consiste em vinte perguntas fechadas sobre o estado de saúde mental em que o sujeito se encontra nos últimos 30 dias. Cada item é pontuado de acordo com a presença ou não dos sintomas no último mês. As respostas afirmativas sinalizam a presença de sintomas e tem pontuação igual a 1 enquanto as respostas negativas indicam ausência de sintomas e têm pontuação igual a 0. Em escores acima ou igual a 7 (sendo o escore máximo igual a 20) foi levantada a hipótese de TMC, levando em consideração o critério empregado na maioria dos estudos nacionais que utilizam esse instrumento.

O SRQ-20 pode ser autoaplicado, no entanto aplicamos o instrumento individualmente em cada participante, considerando a baixa escolaridade da maioria das moradoras do assentamento, o que poderia acarretar dificuldades no entendimento das questões do instrumento. A aplicação desse instrumento foi realizada no final do segundo semestre de 2012 com ajuda de bolsistas de iniciação científica do curso de graduação em Psicologia da UFRN ligadas à pesquisa “Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais do Nordeste brasileiro: diagnóstico, estratégias de cuidado e suporte na rede de atenção primária e psicossocial”.

A partir dos dados do questionário sociodemográfico-ambiental identificamos 61 mulheres acima dos 18 anos de idade na comunidade, sendo essa a nossa meta inicial

para a realização do rastreamento de TMC entre a população feminina do assentamento. Dessas, 55 mulheres aceitaram participar de nosso estudo respondendo o SRQ-20.

Na terceira etapa nosso objetivo foi conhecer as demandas de saúde mental das assentadas, buscando: enumerar os fatores identificados pelas mulheres como possíveis deflagrares de transtornos; entender qual a influência que esses fatores exercem na vida das mulheres que apresentam indicativo de TMC; como elas e comunidade lidam com essas questões e como elas avaliam a forma que os serviços de saúde recebem tais demandas. Para dar conta desses pontos, formulamos um roteiro de entrevista semiestruturada aplicado em todas as mulheres que apresentaram hipótese positiva de TMC na etapa anterior da pesquisa. As questões foram organizadas em blocos temáticos: causas/fatores associados; consequências do sofrimento psíquico; cuidados/tratamentos/serviços de saúde; rede de suporte psicossocial e comunitário (ver Apêndice I).

Nessa etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 22 mulheres que apresentaram indicativo de TMC e demonstraram interesse em participar. As entrevistas foram realizadas com a colaboração das bolsistas de iniciação científica que participaram da etapa anterior da pesquisa. As falas foram registradas em gravação de áudio para posterior transcrição.

As entrevistas foram categorizadas a partir da análise de conteúdo temático-categorial que se refere, de acordo com Bardin (1977, p. 570), a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Elaboramos um modelo para a sistematização das falas das entrevistadas (ver Apêndice II), levando em consideração as orientações para a condução desse tipo de análise nós:

1º) Realizamos uma leitura preliminar das transcrições a fim de conhecer de maneira geral conteúdo trazido;

2º) Codificamos o material a partir de indicadores de registro e de contexto escolhidos nas falas;

3º) Reunimos esses indicadores em unidades categóricas a partir do entendimento dos indicadores de registro que tinham sentidos e conteúdos semelhantes.

A partir daí, organizamos o roteiro de entrevistas e suas as respostas por blocos temáticos:

a) Causas e fatores associados – diz respeito às causas atribuídas pelas mulheres aos processos de sofrimento psíquico;

b) Como se sentem – falas que tratam da maneira como as mulheres se sentem, os sintomas e as consequências desses processos para suas vidas;

c) Cuidados/tratamentos/serviços de saúde – aborda a questão da procura pelos serviços de saúde, dos itinerários terapêuticos, avaliação dos serviços procurados e da ESF do assentamento;

d) Demandas – diz respeito às demandas que as mulheres têm para com os serviços de saúde que elas acessam;

e) Rede de suporte psicossocial e comunitário – refere-se à rede de suporte alternativa de saúde (religião, grupos de apoio mútuo, medicina popular, etc.) e da comunidade em relação às pessoas que passam por processos de adoecimento e sofrimento psíquico.

Como resultado, apresentamos mais a frente, as categorias organizadas a partir dos blocos temáticos e a frequência com que essas categorias foram citadas no conjunto

total das entrevistas analisadas. Esses blocos foram posteriormente condensados em três eixos de discussão.

Além disso, utilizamos durante toda a pesquisa, o método da observação participante e elaboração de diário de campo, como uma ferramenta que permite a apreensão, através da observação das práticas cotidianas e dos diálogos informais, do significado que os sujeitos atribuem à realidade e às suas ações (Lüdke & André, 1986).

Ao lançarmos mão do aparato teórico-metodológico da Antropologia, buscamos ampliar nossa base conceitual, procurando conhecer e, também, relativizar a experiência subjetiva do processo de saúde-doença dessas mulheres. Para Minayo (2006) a Antropologia traz contribuições importantíssimas para a pesquisa em saúde, como: relativizar os conceitos biomédicos e os mecanismos terapêuticos; explicitar as relações entre saúde/doença e realidade social; e contextualizar o fenômeno “doença”, apresentando, de tal modo, diferentes formas de abordagem desses processos.

Baseados nesses pressupostos teóricos e no que foi observado a partir da realidade do assentamento Paulo Freire III, buscamos interpretar o conteúdo trazido nas falas das mulheres entrevistadas, enfatizando a dimensão social e cultural da experiência do sofrimento psíquico. Assim, a análise dos dados coletados e das narrativas dos sujeitos da pesquisa foi feita à luz do referencial teórico dos estudos sobre subjetivação e gênero, da Geografia da Saúde e Antropologia da Saúde.

4. Resultados e discussão: eixos de análise

Diante dos resultados encontrados nos questionários, nas entrevistas e da observação do cotidiano do assentamento, visualizamos algumas linhas problemáticas que nos ajudam a entender a associação entre o alto índice de TMC e as condições de existência das mulheres no assentamento em questão. A partir disso, definimos três eixos centrais de análise: Eixo I - a associação entre saúde mental e as condições ambientais e de vida dos assentados; Eixo II - as relações de gênero na comunidade; Eixo III - a maneira como as políticas públicas são pensadas e efetivadas junto a essa população. Problematicamos a seguir essas relações.

4.1.Eixo I – Território, ambiente e saúde mental

Em sua carta de princípios assinada em 1948, a OMS define saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Apesar das críticas a respeito essa definição ser irrealista e até normatizadora – já que o que chamamos de “bem-estar” se identifica com aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como “normal” (Caponi, 2007) – ela ainda baliza a maior parte dos programas e políticas de saúde em todo o mundo e funciona como uma espécie de ideal a ser alcançado.

Essa ênfase, adotada pela OMS, em um modelo social de entendimento do que é saúde, contrasta com a visão biomédica tradicional que se preocupa mais com os fatores biológicos na produção das enfermidades, buscando melhorar o diagnóstico e o tratamento, uma vez que as doenças e enfermidades já se instalaram. Já o modelo social salienta a importância de fatores comportamentais individuais e material, fatores econômicos e psicossociais e suas complexas relações recíprocas, na determinação da saúde e da doença (WHO, 2001a).

Portanto, a saúde não pode ser compreendida de forma fragmentada ou mesmo ser reduzida a um simples fator ou combinação de fatores sem entender a complexidade e o imbricamento dos mesmos (WHO, 2001a). Para Noqueira e Remoaldo (2010) a saúde deve ser entendida como uma construção sociocultural onde o espaço (físico e imaterial) desempenha um papel crucial. Segundo as autoras, o estado de saúde resulta de um conjunto diverso de fatores que interagem entre si:

1. Fatores individuais – podem ser imutáveis, como os biológicos (sexo e idade, por exemplo) ou mutáveis, como os socioeconômicos (ocupação, educação, rendimento) e culturais (etnia);
2. Fatores ligados ao ambiente físico e social – condições de vida, desde a poluição do ar, da água, dos solos, até à qualidade do ambiente físico, às redes de suporte social e aos fatores relacionados com o sistema de saúde;
3. Comportamentos e estilos de vida – apesar de serem usualmente englobados na dimensão individual, vários estudos sublinham a influência do ambiente sobre os comportamentos individuais. Hábitos alcoólicos, tabágicos, alimentares e de atividade física, que constituem cada percurso de vida e influenciam o aparecimento de doenças como o cancro, os problemas cardiovasculares ou a diabetes, são, em parte, consequência dos nossos espaços de vida (Noqueira & Remoaldo, 2010, p.23 - 24).

De maneira geral, podemos dizer que os aspectos de ordem econômica, social, cultural e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde, que exercem uma influência direta sobre a qualidade de vida dos diversos segmentos populacionais e estão intrinsecamente associados às diferentes maneiras de vivenciar o processo de saúde/doença. Arellano, Escudero e Carmona (2008) chamam atenção para o fato de que a leitura dos determinantes sociais da saúde enquanto fatores podem levar à uma

visão superficial ao serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida, etc. Dessa forma, os autores argumentam que os determinantes sociais devem ser entendido enquanto processos sócio-históricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza:

El análisis del proceso salud/enfermedad y de otros procesos vitales (p.ej. nutrición, sexualidad, reproducción), al tener una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva, debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo (Arellano et al., 2008,p. 324).

Assim, além de considerar as condições de econômicas, sanitárias e de trabalho das populações, é necessário ter atenção à dinâmica dos processos sociais e políticos que dão forma às iniquidades de saúde e os significados que esses fenômenos ganham em cada contexto. O processo econômico, social e cultural da globalização que se estabeleceu nas duas ou três últimas décadas do século XX, na medida em que promove um desenvolvimento desigual entre segmentos sociais e entre determinadas regiões do mundo, gera pobreza, desigualdade no acesso aos serviços básicos, muda o padrão produtivo e causa grandes impactos ambientais, trazendo consequências importantes, porém de forma desigual, em relação à saúde das populações de todo o mundo (Buss, 2007).

Como Rigotto e Augusto (2007) assinalam, é preciso considerar que a vulnerabilidade dos diversos segmentos sociais aos novos riscos, desigualmente introduzidos nos territórios, tampouco é uniforme. Assim, “fatores como o estado nutricional, a escolaridade, as possibilidades de acesso à informação, o grau de

cobertura, a qualidade das políticas públicas, entre outros, implicam diferenças nos tipos e na extensão dos impactos dos riscos que sofrerão” (Rigotto & Augusto, 2007, p. S477).

No caso das áreas rurais brasileiras, o processo de modernização conservadora da agricultura, como já mostramos anteriormente, foi o fator desencadeador de algumas das mais graves alterações ambientais nas áreas de cultivo agrícola no país, como a devastação de florestas tropicais, a destruição da biodiversidade, a erosão e a desertificação atingindo gravemente os ecossistemas, colocando em risco a vida no planeta, além de ter aumentado a precarização das relações de trabalho no campo, bem como a elevação dos riscos socioambientais vinculados às atividades do setor agrícola (Pinheiro et al., 2009; Perez, 2001).

O ambiente, as condições de vida e a saúde formam uma tríade indissociável de fatores com múltiplas e complexas interações. A mediação entre esses fatores se dá através das relações que os grupos sociais estabelecem em seu território (Barcellos, 2008). Portanto, se faz necessário compreender como espaço e o ambiente influenciam a saúde das populações do campo, designadamente aquelas que têm o seu modo de vida, produção e reprodução social ligadas à terra e que, por conseguinte, sentem fortemente os impactos das transformações socioambientais.

O conceito de território vem sendo amplamente utilizado nas políticas de saúde. No SUS, esse conceito tem um papel central na operacionalização da atenção básica, porém, sua potência analítica é reduzida na medida em que é tratado de forma parcial como espaço consagrado a fins administrativos (Santos & Rigotto, 2010). A leitura do território como um espaço geográfico e administrativo é possível, porém, no presente trabalho nos referimos ao território como algo mais complexo. Tomando emprestada a noção de território vivo de Milton Santos (2008), entendemos que o território é o lugar

de construção de relações pessoais, sociais, políticas e culturais que influenciam o modo da vida das pessoas que o habitam.

No território também se expressam necessidades e potencialidades das pessoas que o vivenciam, resultando diferentes modos de apropriação do espaço. Como reflexo das relações sociais, os territórios são objetos e agentes de mudanças sociais e, portanto, devem ser compreendidos como territórios vivos que ganham sentido pelo habitar de seus moradores. De acordo com Koga (2003):

A apropriação do território diz respeito ao aspecto interventivo realizado pelos homens, criando e recriando significados em torno dessa apropriação cotidiana. Nesse sentido, utiliza-se também o termo territorialidade, como uma maneira singular de se apropriar, fazer uso da terra, do território. Dessa forma, a territorialidade se faz pelos significados e ressignificações que os sujeitos vão construindo em torno de suas experiências de vida em dado território (Koga, 2003, p.38).

Partindo dessas considerações entendemos que o território engloba dimensões materiais e subjetivas, pois são lugares de experiências vividas através dos significados e representações individuais e, também compartilhadas.

Outro conceito importante para entender os processos de saúde/doença no território é o de vulnerabilidade socioambiental. A vulnerabilidade socioambiental pode ser conceituada como a “coexistência ou sobreposição espacial entre grupos populacionais pobres, discriminados e com alta privação (vulnerabilidade social), que vivem ou circulam em áreas de risco ou de degradação ambiental (vulnerabilidade ambiental)” (Cartier, Barcellos, Rundner & Porto, 2009, p.2696).

Normalmente, o conceito de vulnerabilidade social no campo ambiental ou dos desastres está associado a uma exposição diferenciada frente aos riscos, e designa a

maior susceptibilidade de certos grupos populacionais preverem, enfrentarem ou sofrerem as consequências decorrentes de algum tipo particular de perigo, como no caso das grandes secas que atingem a região do Semiárido brasileiro e do assentamento Paulo Freire III, mais especificamente.

Esses três conceitos – determinantes sociais da saúde, território e ambiente – nos ajudaram a entender quais os possíveis processos produtores de vida, saúde e adoecimento no assentamento Paulo Freire III (enquanto território vivo) sendo essa uma comunidade que apresentou sérias questões com relação à saúde, educação, autonomia econômica, participação política, etc.

Ao longo da trajetória da pesquisa, no diálogo com o território e seus sujeitos, fomos compreendendo que a ideia de um “contexto de risco” (Rigotto et al., 2012) acolheria melhor o que vínhamos observando no assentamento, conformando cenários distintos de vulnerabilidade socioambiental e iniquidade, os quais espelham o processo saúde-doença nesse território.

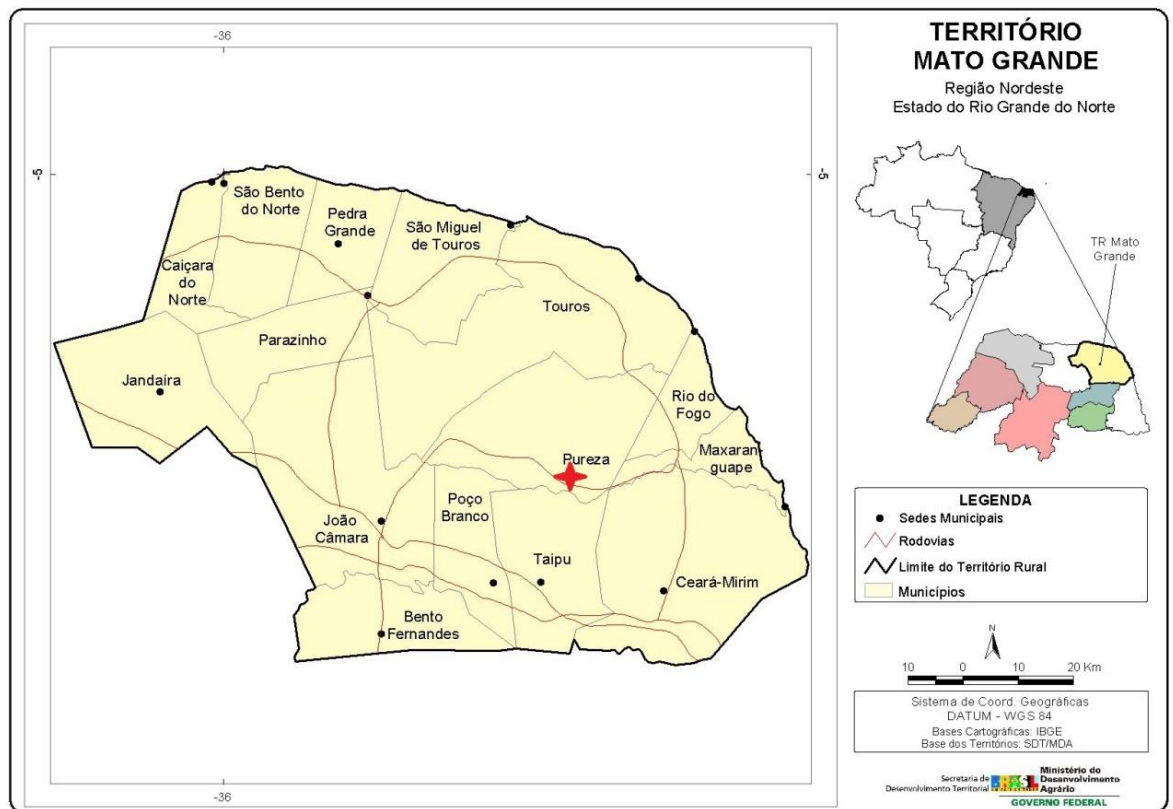
Tratamos a seguir, do contexto de risco no assentamento Paulo Freire III, investigando as condições de vida, ambiente, trabalho e saúde na comunidade, buscando, ao mesmo tempo, entrever os conflitos, potencialidades, construções identitárias e outras questões que julgamos serem essenciais para uma leitura mais rica desse cenário. Portanto, partimos da premissa que os assentamentos se constituem em espaços de reprodução de vida; de constituição de relações de afeto; de conflitos; de diferentes fluxos discursivos por parte de movimentos sociais, Ongs., universidade, Estado, etc.; se conformando em territórios de construção de subjetividades e de identidades dos assentados. Para tanto, vamos apresentar os dados do questionário sócio-demográfico-ambiental e de nossas observações do cotidiano do assentamento registradas em diário de campo.

4.1.1. Condições de vida, ambiente, trabalho e saúde no assentamento Paulo Freire III

No território norte-rio-grandense, as causas das desapropriações têm sido, em sua maioria, por interesse social, como a compra de antigas fazendas de gado ou de agriculturas que faliram. Muitas vezes o dono da propriedade e os ex-funcionários do lote entram em acordo para que haja ocupação em suas terras e elas possam ser desapropriadas. Pela desapropriação dessas terras consideradas improdutivas, o preço da indenização dos proprietários pago pelo INCRA é considerado muito acima do mercado (Rêgo, 2010).

O RN tem, segundo dados do INCRA (2012), 293 assentamentos onde vivem 20.008 famílias. O estado é dividido pelo INCRA estadual em 9 sub-regiões geográficas: Mato Grande, Alto Oeste, Potengi, Seridó, Sertão do Apodi, Sertão Central, Terra dos Potiguaras, Trairí e Agreste. A região do Mato Grande, onde o assentamento Paulo Freire III está localizado, fica na zona do litoral norte do estado, abrangendo os municípios de João Câmara, Parazinho, Pedra Grande, Pedra Preta, São Bento do Norte, Jandaíra, Guamaré, Poço Branco, Pureza, Taipu, Touros e São Miguel do Gostoso (ver Figura 1). O Mato Grande foi palco, segundo Araújo (2005), de alguns dos maiores conflitos de terras no RN, principalmente durante as décadas de 1980 e 1990, havendo, até os dias de hoje, uma grande concentração de assentamentos, acampamentos e latifúndios nesse território.

Figura 1: Localização do Território de Mato Grande (destaque para o município de Pureza)



Fonte: http://sit.mda.gov.br/images/mapas/caderno/tr_055_mato_grande_rn_fev_2008.jpg

O assentamento rural Paulo Freire III (ver Figura 2) fica na área rural da cidade de Pureza – RN, que se encontra, segundo dados da Federação dos Municípios do RN (FEMURN, 2011), a aproximadamente 60 km de Natal, capital do estado. A população rural de Pureza é de 5.437 habitantes que representam 64,5 % da população total, estimada em 8.424 habitantes (IBGE, 2010b).

O assentamento é fruto da ocupação do terreno de uma antiga fazenda produtora de castanhas. Essa ocupação, que levou o nome de Acampamento Caravela I (o mesmo nome da antiga fazenda que existia no terreno), foi organizada através da mobilização do MST e teve início com apenas 08 famílias no dia 26 de outubro de 2002. Aos poucos, os acampados foram trazendo seus filhos, amigos e outros parentes, de forma que no final de 2002 haviam cerca de 40 famílias estabelecidas no acampamento.

Somente após quatro anos de resistência e luta dos acampados que sofreram atentados, incêndios e ameaças vindos da polícia e fazendeiros da região, iniciou-se o processo de negociação com o Estado que culminou, no ano de 2007, na desapropriação da área ocupada, medida em 2.963,3735 m².

De acordo com os moradores, o nome do assentamento foi escolhido a partir de algumas sugestões dadas por militantes do MST que explicaram qual era a importância do pensamento de Paulo Freire para a educação e o empoderamento das populações do campo. No entanto, apesar do envolvimento com o MST no passado, devido a desentendimentos com as lideranças locais do assentamento, o Movimento praticamente não atua mais na comunidade.

Figura 2: Entrada do Assentamento Paulo Freire III.



Boa parte das 61 famílias cadastradas como residentes no assentamento pelo INCRA são oriundas da época do acampamento. Cada família possui lotes de 20 a 28 hectares, distribuídos de tal forma, que uma parte da área do lote fique próxima às residências (onde são cultivados os roçados e são criados os animais) enquanto a outra mais distante, em áreas onde há muitas árvores nativas como cajueiros e mangabeiras

que servem para colheita (ver Figura 3). Além disso, há uma pequena área para produção coletiva de todas as famílias (ver Figura 4).

Figura 3: cultivo de abacaxi em lote familiar.



Figura 4: colheita de caju em lote coletivo.



A organização espacial das casas é circular (ver Figura 5). No centro, ficam alguns dispositivos de uso coletivo como o posto de saúde, o depósito, a igreja evangélica e a igreja católica (que está em construção). Essa área se encontra bastante descuidada, com muito mato e algumas construções paradas pela metade (ver Figuras 6 e 7).

Figura 5: residências do assentamento Paulo Freire III.



Figura 6: área coletiva central do assentamento Paulo Freire III – galpão.



Figura 7: armazém de sementes – construção abandonada.



Como mencionamos anteriormente, apesar do número oficial de 61 famílias cadastradas pelo INCRA no assentamento, muitas não vivem mais na comunidade e outras passam a maior parte da semana em outras cidades, sendo muito difícil precisar quantas pessoas moram, de fato, no local, diante da intensa dinâmica de “idas e vindas” na comunidade. Ainda assim, podemos, a partir dos questionários, traçar o perfil geral das famílias assentadas.

Através de questionário sócio-demográfico-ambiental identificamos 43 famílias residentes na comunidade. Foram registrados, ao todo, 195 moradores de todas as idades sendo 99 mulheres e 96 homens. Com relação ao estado civil dos residentes maiores de 18 anos de idade, 7,9% dos assentados são solteiros; 84,2% são casados ou vivem união consensual; 7,9% divorciados e/ou separados. Quanto às práticas religiosas, o assentamento conta com uma maioria de católicos e um grupo um pouco menor de evangélicos.

A maior parte dos assentados são agricultores e/ou criadores de animais, sendo que o sustento das famílias é, em sua maioria, proveniente da agricultura familiar de subsistência, programas sociais do governo e aposentadoria. Quase todas as famílias da comunidade (84,1%) recebem o benefício do Programa Bolsa Família (PBF), enquanto 25% das famílias acessam outros programas sociais do Governo Federal como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM). 84,2% das famílias residentes vivem com até um salário mínimo por mês. Durante o período do verão, de dezembro à meados de fevereiro, as famílias complementam a renda através da venda da colheita de mangaba e caju, plantas nativas que existem em abundância no espaço do assentamento que costumava ser uma fazenda produtora de castanhas de caju para exportação antes da falência e posterior desapropriação.

A colheita dessas frutas é central no cotidiano das famílias assentadas no período que vai de dezembro a fevereiro. Para maior parte dos assentados, essa colheita traz a oportunidade de ganhar um dinheiro extra para se manter durante o resto do ano, onde a produção agrícola é muito pequena. A colheita da mangaba é um trabalho bastante pesado realizado por quase todos no assentamento, a partir da adolescência.

Acompanhamos algumas famílias na colheita de mangaba. Os assentados geralmente acordam ainda de madrugada e saem de carroça ou a pé para os lotes mais distantes, onde as mangabeiras são mais abundantes. Ao chegar nos lotes, eles tomam café por ali mesmo e iniciam o trabalho (ver Figura 8). Eles continuam na colheita até encherem os baldes com as mangabas que são vendidas em caixotes de quase 20 litros por cerca de R\$25,00 para atravessadores que levam as frutas para revenda em Pernambuco (ver Figura 9).

Figura 8: Café da manhã na roça – café preto, cusuz e carne guisada.



Figura 9: caixotes de mangaba para venda.



Já a colheita do caju é feita mais próxima às casas, pois os lotes que contêm cajueiros são os que cercam o assentamento. Os cajuas são revendidos para os mesmos atravessadores que geralmente só se interessam pela compra das castanhas, sem os frutos. Os assentados não sabiam dizer o valor do quilo, mas recebiam mais ou menos R\$ 15,00 pelo balde de castanha. Para vender as castanhas é preciso extraí-las manualmente – “descastanhar” – e jogar fora o fruto. Essa é uma função feita quase exclusivamente pelas mulheres, crianças e adolescentes da comunidade. Aqueles que não usavam luvas costumavam reclamar da ardência nos dedos das mãos depois de uma manhã “descastanhando” (ver Figura 10).

Figura 10: adolescente assentado extraíndo a castanha do caju.



Em épocas de seca, como a dos últimos anos²¹, a colheita desses frutos diminui consideravelmente e é comum que os moradores cortem as árvores para vender seus troncos como lenha.

A seca é um dos maiores problemas da comunidade e do estado do RN como um todo. Dos seus 167 municípios, 147 encontram-se inseridos na região do Semiárido Nordeste que é mais vulnerável a ocorrência de secas, como é o caso do município de Pureza, o que demanda uma série de investimentos específicos em relação à irrigação e ao cuidado com o solo para implantação de projetos de produção agropecuária no estado. De acordo com o IBGE (2013) o RN perdeu, no ano de 2012, 29% da área total colhida devido à estiagem, ficando assim, com uma das mais baixas taxas de produção agrícola entre os estados do país. Algumas comunidades, como no caso do assentamento Paulo Freire III, onde 75,7% das famílias não possuem sistema de irrigação e 51,4% utilizam apenas ferramentas manuais como implementos agrícolas na produção e dependem, basicamente, da agricultura de sequeiro²², sentem mais fortemente esse processo.

Para Bohle, Downing e Michael (1994), nem todos os grupos expostos à situações de vulnerabilidade climática, como as secas, respondem das mesma forma. Tão pouco, pode se afirmar que os mais pobres são, necessariamente, aqueles que enfrentam maior risco. A vulnerabilidade aos impactos ambientais e instabilidade climática ocorre em grupos com limitada capacidade de mitigação, que sofrem mais com os impactos causados por crises socioeconômicas ou ambientais e possuem reduzida capacidade de recuperação e reorganização coletiva após as crises.

Segundo Andrade (1985), a natureza e magnitude dos desastres causados pelas secas no Nordeste brasileiro são resultados da combinação entre a ausência e/ou

²¹ A presidente Dilma Rousseff declarou na 17ª Reunião Ordinária do Conselho Deliberativo da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) que a seca do ano de 2013 era considerada a pior dos últimos 50 anos no país.

²² Técnica agrícola de cultivo em territórios com baixos índices de chuva.

irregularidade das chuvas com a falta de assistência técnica e de organização da produção agrícola. De fato, boa parte das famílias do assentamento não recebe nenhum tipo de assistência técnica para a produção (67,6%). A ausência de conhecimento sobre essas questões, também aumentam, sobremaneira, os riscos de agravo à saúde, afinal os trabalhadores rurais têm demandas particulares relacionadas às suas condições de trabalho, como a desinformação em relação ao uso de equipamentos de proteção individual, o alto esforço físico demandado pelo lido com a roça, entre outras questões (Fontoura Jr., Renovato & Sales, 2012).

Um exemplo disso é o fato de que somente duas famílias declaram fazer uso de agrotóxicos na produção. No entanto, vimos no convívio com a comunidade que mais famílias utilizam agrotóxicos de uma maneira não sistematizada e sem o uso dos equipamentos de segurança necessários, o que mostra uma grande desinformação por parte dos assentados acerca dos riscos que envolvem o manejo desse tipo de substância.

Em relação à educação, 16,4% dos adultos são analfabetos ou frequentaram a escola por menos de um ano 57,4% tem ensino fundamental, 15,9% ensino médio e apenas 0,5% chegaram ao ensino superior. A taxa de analfabetismo dos moradores do assentamento está acima da média nacional que é de 9,6, mas bem abaixo da média de analfabetismo em pessoas acima dos 25 anos nas áreas rurais brasileiras que chega a 79,6%, do nordeste que é de 54% e do RN que é de 17,8% (IBGE, 2010). A escola frequentada pelas crianças do Paulo Freire III fica no distrito de Bebida Velha, vizinho à Pureza. Esta funciona até o ensino fundamental I, e, a partir deste nível, aqueles que querem continuar os estudos devem ir para a escola de Pureza.

Grande parte das famílias da comunidade é oriunda de áreas rurais e 31,8% reside na área do assentamento desde a época do acampamento e da ocupação organizada pelo MST. Chamou-nos atenção o fato de que, mesmo boa parte dos

residentes serem oriundos de áreas rurais, a maioria não tinha a atividade agrícola como ocupação antes de entrar no assentamento.

Moram em média quatro pessoas por residência (36,1%) em casas de 6 cômodos (31,8%). O abastecimento da água para as famílias é feito, quase em sua totalidade (73,7%), através de poço artesiano e o armazenamento é feito em caixa-d'água e tambor. O abastecimento de água no local é precário. Existe uma caixa d'água central que abastece toda a comunidade, porém a maior parte das famílias só tem água em suas casas durante um turno do dia. Quanto à água potável, 68,4% das famílias não fazem nenhum tipo de tratamento.

A questão da água é um grande conflito na comunidade. As famílias que sofrem mais com a falta de abastecimento reclamam que foram prejudicadas pela disposição do lote no terreno do assentamento. Cinco famílias foram beneficiadas pelo programa de Produção Agroecológica Integrada e Sustentável (PAIS), entretanto, duas delas ainda relatam falta de água constante e que o INCRA já tem conhecimento da situação. Outra reclamação diz respeito ao cuidado com a caixa d'água central, que é feito por um morador voluntário que tem a chave que abre a portinhola da bomba que puxa a água. Esse morador deve estar sempre disponível e quando falta água de um lado do assentamento ele tem de ligar a bomba para puxar a água, mas é comum que ele delegue essa responsabilidade para outros homens da comunidade o que acarreta em certa falta de controle sobre quem está manipulando a bomba. Assim, nas diversas vezes em que ela quebrou, houve grandes discussões sobre quem, afinal, seria o culpado e quem deveria pagar a conta, que é, geralmente, paga através de “vaquinhas” entre as famílias.

As condições de saneamento encontradas no assentamento não foram favoráveis. Apesar de todas as casas possuírem fossa séptica, não há rede de esgotos; além disso, o percentual de domicílios providos com água tratada era bem inferior ao percentual de 90% de fornecimento de água tratada em centros urbanos. Como agravante, o fato de

não haver rede de esgotos aumenta o risco de contaminação da água utilizada nos domicílios.

O lixo não orgânico das famílias é, em geral, queimado (o que, segundo os moradores, empobrece o solo) e o lixo orgânico é enterrado nos próprios lotes e/ou serve de alimentação para animais de pequeno porte.

Com relação ao acesso e a atenção à saúde, todas as famílias têm acesso a algum tipo de serviço ou programa de saúde e 93,82% são atendidas pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) via ESF. 81,8% das famílias utilizam o posto de saúde do assentamento que funciona uma vez por mês (nos meses em que há alguma regularidade), quando há visita do médico e do agente comunitário de saúde. Esses profissionais estão ligados à ESF de Pureza que conta, ao todo, com três equipes modalidade 1²³ e um NASF. Em caso de necessidade de internação hospitalar todas as famílias recorrem ao hospital regional que fica a 30 km, no município de Ceará-Mirim. Há uma boa cobertura de vacinação (90,9%), mas o acesso aos medicamentos via farmácia popular ainda é precário.

Não há em Pureza serviços especializados de saúde mental, ambulatoriais, nem leitos psiquiátricos – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD e II) mais próximos também ficam em Ceará-Mirim, sendo esses os serviços de referência da RAPS para a população do município.

Em termos de morbidade registra-se pouca ocorrência de doenças infectocontagiosas e sexualmente transmissíveis, porém é alto o percentual de diarreias (45,5%), gripes (97,7%), dengue (29,5%) e verminoses (36,4%), associada às condições

²³ “Fazem jus ao recebimento na Modalidade 1 todas as ESF dos Municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, as ESF dos Municípios constantes do Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definidos também na Portaria nº 90/GM, e as ESF que atuam em Municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008” (Portaria nº 978/GM/MS, 2012).

sanitárias locais e má qualidade da água. Grande parte da população estudada apresenta problemas de hipertensão (34,2%), muitos moradores estão acima do peso considerado saudável – em especial as mulheres - e há ainda registro de casos de tuberculose e desnutrição em algumas famílias. Apesar de a maioria das famílias terem acesso a uma quantidade satisfatória de alimentos de frutas e legumes, a base da alimentação de muitos assentados mais jovens é de alimentos industrializados e, entre os adultos, há pouca variabilidade de alimentos.

Dentre os alimentos produzidos para o autoconsumo no assentamento destacam-se o feijão, que é praticamente a única leguminosa consumida, uma ou duas vezes por dia, e a macaxeira que é consumida várias vezes ao dia frita, cozida, em forma de bolo, beiju e farinha. Consome-se também muita frango, e as vezes carne, em todas as refeições, pois, de acordo com os assentados, especialmente os homens, são as carnes que dão força para que eles possam fazer o trabalho pesado no campo.

Ainda com relação à saúde, registramos que é comum o uso frequente da medicina popular com chás (84,1%), lambedores (88,6%), e garrafadas (61,4%) entre os moradores.

O acesso ao assentamento é precário – só há um ônibus que passa pela comunidade, fazendo esse trajeto apenas uma vez ao dia (o ônibus chega de Natal por volta das 16h30min e passa voltando para Natal às 05h00min), e não há transporte público, apenas o ônibus escolar que leva as crianças até Bebida Velha.

Devido a precariedade da pista de barro que leva ao assentamento, os taxistas em geral se recusam a fazer o trajeto ou cobram, em média, R\$ 30,00 para chegar até o centro de Pureza, em um percurso que dura mais ou menos 15 minutos. Dessa forma, a opção mais viável e utilizada por aqueles que não têm carros e motos no assentamento são os moto-táxi que ficam no centro de Pureza. No entanto, como o orelhão da comunidade geralmente não funciona e a maioria das operadoras de celular não têm

cobertura naquela área, a comunicação com os moto-táxi tem que ser combinada sempre com antecedência.

Além disso, a falta de estradas em boas condições e de transporte público na área dificulta a saída do assentamento para a venda dos produtos, além de limitarem o número de compradores que, na maioria das vezes, “impõem” seus preços de compra em valores muito abaixo do mercado.

O assentamento também não conta com iluminação pública. Apesar de ser cobrada desde 2010 a taxa de iluminação pública e já existirem postes instalados, estes ainda não estão em funcionamento. Isso dificulta a circulação dentro do assentamento durante a noite e dá uma sensação de insegurança aos moradores. Apesar das poucas ocorrências de casos de violência e/ou assaltos na comunidade, no ano de 2013 uma casa foi invadida e uma moto foi roubada. Esses dois fatos mudaram a dinâmica do assentamento em relação às questões de segurança. Antes, quase todas as casas passavam o dia com as portas abertas. Agora, as casas ficavam fechadas e à noite algumas famílias pararam de se reunir nas varandas para conversar, como era comum na comunidade.

A dificuldade de locomoção para fora do assentamento, a falta de um espaço estruturado de convivência coletiva e a falta de iluminação não permitem que haja muitas atividades de lazer na comunidade. As únicas atividades de lazer para os adultos do assentamento são a televisão, o uso de bebidas alcoólicas nos fins de semana para alguns moradores e as atividades ligadas à igreja para outros. O espaço para a prática de esportes é um campo batido de terra usado pelos jovens para jogar futebol. Para Vasquez (2009):

A falta de recursos financeiros é agravada pela ausência de equipamentos sociais e de lazer no campo, ausências que reforçam a visão do meio rural somente

como espaço de trabalho, dependente da zona urbana, o que gera muitos conflitos, carências e sentimentos de inferioridade e impotência, que causam o adoecimento psíquico (Vasquez, 2009, p. 864).

Esse sentimento de inferioridade é perceptível especialmente entre os jovens do assentamento. Conversando com alguns adolescentes, eles me contaram que gostariam de sair do assentamento, pois não têm perspectiva de trabalho no campo. Também me relatam que para namorar garotas de fora do assentamento eles mentiam dizendo que moravam na área urbana de Pureza ou que só ia ao assentamento visitar parentes. Para eles, ser visto como assentado remetia à pobreza e a um baixo status social.

Vasquez (2009) assinala que é preciso considerar a relação entre as áreas de assentamentos com as zonas urbanas mais próximas que são muito importantes por serem locais de contato fora da realidade do assentamento onde os assentados estabelecem relações comerciais, de lazer, podem acessar serviços de saúde, etc. No caso do assentamento Paulo Freire III, os residentes estabelecem uma relação de contato muito significativa com as cidades de Pureza, João Câmara e Ceará-Mirim, sendo essas últimas os maiores centros urbanos mais próximos da comunidade. Uma via de contato para as famílias assentadas são os filhos casados ou solteiros que vivem nesses municípios. Para os jovens, estudar em Pureza e, principalmente, em Ceará-Mirim, significa a possibilidade de ampliar as relações para além das fronteiras do assentamento. Para as mulheres, as atividades de participação nos cursos promovidos pela Cooperativa de Pureza, idas à feira de João Câmara para a venda dos doces e a participação no fórum de Pureza, não só acompanhando seus maridos, mas participando ativamente, ampliam sobremaneira as possibilidades de sociabilidade. Nesse sentido, a participação em esferas produtivas e políticas possuem grande importância como espaço de sociabilidade que dinamiza a vida nos assentamentos (Schwade, 2010).

A diversidade de problemas que os assentamentos têm de enfrentar os levam constantemente a “pedir favores” como remédios, transporte, dinheiro, e outros tipos de ajuda para políticos, à Igreja, aos donos de terra e maiores empresários da região. Essas soluções reforçam as redes personalistas e clientelísticas localizadas, e, simultaneamente, mostram a fraqueza e inoperância do Estado nesse território.

Os dados apresentados mostram que as famílias dessa comunidade vivem em um contexto de risco, pois têm uma série de vulnerabilidades econômicas, psicossociais e ambientais, tendo pouco acesso aos serviços básicos de saúde e educação, convivendo com uma infraestrutura precária; com recurso limitado de água; apresentando dificuldades com relação à produção agrícola e à venda de seus produtos; além da falta de redes de apoio social e organização coletiva que dificultam o processo de reivindicação de direitos perante o poder público. Essa situação se agrava ainda mais quando analisamos os dados específicos das mulheres, que apresentam taxas mais altas de analfabetismo, de problemas de saúde e menor autonomia financeira, mesmo diante do recente processo de inserção produtiva e política iniciada a partir da produção de doces.

As mulheres da comunidade são, em sua maioria, jovens e adultas que se encontram na faixa etária dos 18 aos 49 anos de idade (73,4%). Grande parte delas é casada ou vive em união estável (73,9%). Quanto à ocupação, quase todas são agricultoras/criadoras de animais e donas de casa (82,6%), 3,3% são aposentadas, 8,6% são comerciantes, 4,3% são estudantes e 4% não responderam e/ou não têm ocupação. Em relação à escolaridade, 50% declararam não ter escolaridade e, entre aquelas que estudaram a maioria só chegou a completar até 8ª série do ensino fundamental.

Depois de contextualizar o território investigado, apresentamos a seguir dados referentes ao mapeamento de TMC realizado entre as mulheres do assentamento Paulo Freire III e sua relação com o cenário apresentado acima.

4.1.2. *Rastreamento de TMC entre as mulheres assentadas*

A partir dos dados do questionário sócio-demográfico-ambiental identificamos 61 mulheres acima dos 18 anos de idade na comunidade, sendo essa a nossa meta inicial para a realização do rastreamento de TMC entre a população feminina do assentamento. Dessas, 55 mulheres aceitaram participar de nosso estudo respondendo o SRQ-20. Deparamo-nos, através desse rastreamento, com um total de 24 mulheres que apresentaram indicativo de TMC (escore ≥ 7) e, dentre essas, 22 mulheres aceitaram participar da terceira etapa da pesquisa, quando foram realizadas entrevistas semiestruturadas onde buscamos conhecer os fatores identificados como possíveis deflagradores de transtornos.

A alta porcentagem de casos de suspeição diagnóstica de TMC entre as mulheres (43,6%) assemelha-se ao cenário descrito pela maior parte dos estudos acadêmicos sobre o tema. Costa e Ludermir (2005) encontraram entre 483 trabalhadores rurais da Zona da Mata em Pernambuco uma incidência de TMC de 36% na população total, sendo a prevalência entre as mulheres igual a 44,17% e entre os homens 24,50%. Ao relacionarem a ocorrência de TMC e o apoio social, incluindo situação conjugal, os autores demonstraram ainda que as pessoas com baixo apoio social têm duas vezes mais chances de desenvolver TMC. Já Faria et al. (2000) também encontraram uma prevalência de TMC de 36% em pesquisa realizada com 1.479 trabalhadores rurais da Serra Gaúcha, sendo a prevalência no sexo masculino de 31,6% e no sexo feminino de 42,5%

Buscando avaliar a relação entre transtornos mentais e as iniquidades sociais e de saúde no Brasil, Silva e Santana (2012) realizaram uma revisão sistemática da literatura científica referente ao período de 2004 a 2009. Os autores verificaram, entre outras coisas, que os estudos mostraram ser a desigualdade social no país um fator

associado a problemas de saúde mental na população; que fatores como baixa escolaridade e gênero feminino quando associados à pobreza aumentam a prevalência de TMC; que a situação econômica compromete igualmente a saúde mental infantil; e que em virtude dos resultados mostrarem que os transtornos mentais vão além dos fatores apenas individuais, a formulação de políticas públicas devem considerar as desigualdades com o objetivo de prevenir os TMC.

Seguindo o modelo sugerido por Iaconi e Mari (1988) classificamos as respostas em fatores por grupos de sintomas que compunham dimensões específicas, identificadas como: fator I – humor depressivo/ansioso; fator II – sintomas somáticos; fator III – decréscimo de energia vital; fator IV – pensamento depressivo (ver tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos grupos de sintomas do SRQ-20 e frequência de TMC por afirmativas positivas entre mulheres do assentamento Paulo Freire III – 2013.

FATORES: GRUPO DE SINTOMAS – SRQ 20			
Item No.	Item	n	%
Fator I - Humor depressivo/ ansioso			
5	Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	32	58,1
3	Fica com medo com facilidade?	20	36,3
8	Sente-se infeliz?	15	27,2
9	Tem chorado mais do que o costume?	14	25,4
Fator II – Sintomas somáticos			
20	Tem dores de cabeça com frequência?	21	38,1
2	Dorme mal?	20	36,3
18	Tem sensações desagradáveis no estômago?	17	30,9
6	Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?	16	29,0
1	Tem falta de apetite?	11	20,0
4	Suas mãos tremem?	17	30,9
Fator III – Decréscimo de energia vital			
19	Fica cansada com facilidade?	14	25,4
11	Acha difícil tomar decisões?	20	36,3
10	Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	8	14,5
12	Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?	12	21,8
17	Sente-se cansada todo o tempo?	12	21,8
7	Não consegue pensar com clareza?	15	27,2
Fator IV – Pensamento depressivo			
13	Acha que é incapaz de ter um papel útil na vida?	15	27,2
14	A Sra. perdeu interesse nas coisas?	18	32,7
16	O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?	17	30,9
15	Acha que é uma pessoa que não vale nada?	11	20,0

Legenda: n = total de mulheres que responderam sim; % = frequência.

Na análise por grupos de sintomas, observou-se que os fatores mais expressivos foram os correspondentes ao humor depressivo/ansioso e aos sintomas somáticos. A pergunta com maior percentual de respostas afirmativas foi “sente-se nervosa, tensa ou preocupada?” com 58,1%. Destacam-se também os itens “tem dores de cabeça com frequência?” com 38,1% das respostas, “dorme mal?”, “acha difícil tomar decisões?” e “fica com medo com facilidade?”, cada um com 36,3% de respostas positivas. O fator IV -pensamento depressivo foi o que apresentou a menor frequência de respostas positivas, no entanto, vale ressaltar que as questões “A Sra. perdeu interesse nas coisas?” e “O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?” apresentaram alta prevalência de respostas positivas, apresentando, respectivamente, 32,7% e 30,9% de respostas positivas.

Esses resultados corroboram com uma série de estudos que mostram que, tanto em áreas rurais quanto urbanas, as mulheres apresentam maior prevalência de depressão, transtornos relacionados à somatização, transtorno de ansiedade generalizada e fobias de pânico e transtornos alimentares (Coutinho et al., 2012, Bandeira, Freitas & Carvalho Filho, 2007; Maragno et al., 2006; WHO, 2002).

De acordo com Oliveira-Couto (2007), as mulheres em todo o mundo são duas vezes mais suscetíveis à depressão que os homens, caracterizando-a como uma enfermidade predominantemente feminina. É importante ressaltar que a literatura aponta que tal disparidade entre homens e mulheres no que se refere à prevalência de depressão é ainda mais significativa entre populações que vivem em condições de pobreza e carência estrutural (WHO, 2001b). Levando isso em conta discutiremos, no tópico seguinte, as especificidades desta questão no que se refere às relações de gênero nas áreas rurais.

4.2. Eixo II – Relações desiguais de gênero no meio rural

Tradicionalmente, os estudos sobre as áreas rurais partem de informações estatísticas e de uma noção de homogeneidade dos coletivos do campo, em especial dos pequenos agricultores. Assim como as informações estatísticas são insuficientes para compreender a realidade social, partir de uma ideia naturalizante e homogênea da população rural empobrece e inviabiliza uma análise da plural e complexa realidade desses grupos.

No entanto, ao chamar uma agricultura de familiar levanta-se de imediato uma questão sobre a lógica de organização dos grupos domésticos como orientadora para a vida social no campo (Scott & Cordeiro, 2010). E, assim sendo, não se pode refletir sobre essa lógica, sem necessariamente se debruçar sobre a questão de gênero e analisar o quadro geral da realidade social, econômica, laboral, etc., das mulheres no contexto rural.

As mulheres manifestaram vários sintomas como insônia, choro constante, falta de apetite, etc., que foram identificados por elas comumente como “doença nos nervos”, “nervoso” ou “sistema nervoso”. Tais expressões nos remetem ao trabalho de Duarte (1986) sobre o uso da categoria *nervoso* pelas classes trabalhadoras. De acordo com o autor, os nervos são pensados como um meio físico de experiências tanto físicas quanto morais que se opõem ao modelo individual de psiquismo dos segmentos portadores dos saberes biomédicos eruditos, dominantes e oficiais (Duarte, 1994; 2003).

Entendemos que a categoria “nervos” e suas expressões, surgem enquanto idioma social da doença, do sofrimento e de aflição, por meio do qual as pessoas conferem significados às suas experiências de enfermidade. As narrativas de aflição possuem um papel fundamental, na medida em que “constituem estratégias de inovação semântica, que estendem sentidos habituais para domínios inesperados, oferecendo

assim uma ponte entre a singularidade da experiência e objetividade da linguagem, das instituições e dos modelos legitimados socialmente” (Alves & Rabelo, 1999, p.173).

Assim, a categoria “nervos” não pode ser pensada como uma doença que possui uma causa única, tal como os sintomas das doenças tipificados e categorizados pela biomedicina numa perspectiva naturalista e biologizante. Essa proposta heurística enfatiza a dimensão social e cultural da condição de estar doente e nos ajuda a entender a experiência subjetiva das mulheres no contexto do assentamento. As mulheres entrevistadas associaram esse “sistema nervoso” a uma série de acontecimentos que teriam desencadeado ou agravado esses sentimentos. Os principais fatores de risco para a saúde física e mental elencados pelas entrevistadas foram o casamento; a sobrecarga de trabalho; a pobreza e as dificuldades financeiras; e a violência (principalmente a violência doméstica e sexual). Tendo como base as falas de nossas interlocutoras, buscamos na literatura sobre gênero elementos para problematizar essas questões, como veremos a seguir.

4.2.1. O casamento e a tripla jornada de trabalho

Ao realizar as entrevistas, escutamos, com alguma surpresa que, para a maior parte das mulheres, o casamento (ou união estável) era uma das maiores fontes de angústia. Fomos entendendo aos poucos o que esses relacionamentos e tudo aquilo o que os envolve – a chegada dos filhos, o cuidado com a casa – tem um papel central na lógica organizativa das famílias, da comunidade e das vidas das mulheres.

Além de estar relacionado ao aumento de responsabilidade, o casamento também representa um aumento da carga de trabalho. No âmbito doméstico, o trabalho das mulheres assegura a reprodução social e o bem-estar dos membros da família. Para Melo & Di Sabbato (2009), o fato de as mulheres realizarem várias atividades ao mesmo tempo dificulta e limita a avaliação do tempo gasto com as tarefas domésticas e

isso explica “por que uma mulher casada tem mais trabalho doméstico do que uma que vive sozinha, quando deveria se esperar uma diminuição da carga de trabalho em função da existência de dois adultos” (p. 19). De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD (IBGE, 2011), as mulheres gastam uma média de 26,6 horas por semana em afazeres domésticos, enquanto os homens só dedicam 10,5 horas a esta atividade. Esta tendência é mantida ainda entre os trabalhadores assalariados de ambos os sexos: 22 horas entre as mulheres em comparação com 9,5 horas entre os homens.

Para a assentada R., 38 anos, as questões problemáticas relativas à sua saúde mental iniciaram-se a partir do seu casamento e da maior carga de trabalho e responsabilidade trazida nesse relacionamento:

Depois que eu me casei, tive filhos, acho que com a luta do dia a dia (...) trabalho assim, fora, quando meu marido tá a gente sai, trabalha em outras coisas, quando ele está trabalhando só fora, eu fico em casa, mas sempre eu fico cuidando de alguma coisa que ele deixa, né? No roçado eu tenho que ir. (R., mulher assentada)

D. de 51 anos de idade, também relata um processo semelhante em relação ao desenvolvimento dos sintomas de sofrimento, no caso, relacionado aos filhos e à família, mas também ao excesso de trabalho como no diálogo relatado abaixo:

E²⁴.: A Sra. disse que sente muito ansiosa e que não consegue dormir direito como você acha que isso influencia no seu dia-a-dia, por exemplo, na hora de ir trabalhar, isso atrapalha?

²⁴ Entrevistadora.

D.: Atrapalha, ave maria, quando eu to pra trabalhar, eu fico aperriada, faço uma coisa, faço outra, aí quando não chega a hora certa. Eu fico aperriada, eu me levanto, parece que sei lá, um negócio que eu tenho assim, um vexame.

E.: Quando a Sra. acha que começaram esses sintomas?

D.: Com casamento, família, depois de ter filho, que filho só dá dor de cabeça, aí começou as coisas assim.

E.: A Sra. se sente sobrecarregada, é isso?

D.: Sinto. Fazer o que... é da vida.

Percebemos, portanto, que as mulheres nesse contexto têm uma “tripla jornada de trabalho” que as sobrecarregam. Segundo Silva (2011):

O trabalho rural [feminino] ocorre em uma jornada contínua, do amanhecer até tarde da noite, sem tempo para lazer e para si. O espaço também é pouco separado entre a casa e o quintal, muitas vezes sem distinção entre o que é espaço doméstico e aquele destinado ao trabalho produtivo, o que faz com que a sobrecarga de trabalho seja muito maior que a dos homens, muito embora o reconhecimento social como trabalhadora seja bem menor e os ganhos, em termos de renda, mais reduzidos ainda (Silva, 2011, p. 108).

A tripla jornada de trabalho foi citada por algumas entrevistadas como sendo um fator gerador de muito sofrimento e problemas de saúde, como nos mostra a fala de T. de 50 anos:

Eu trabalho muito pesado, carrego muito peso e quando chego em casa ainda tenho que fazer as coisa. Acordo todo dia às três da manhã pra fazer a comida pros menino ir pra escola. Tem dia que eu saio sozinha no meio desses mato (sic), sem carroça nem nada (...) Eu sou uma pessoa doente, eu num posso

trabalhar, mas tenho que trabalhar porque não tenho quem dê nada por mim. Ou eu morro de trabalho ou eu morro de fome! (T., mulher assentada)

De tal modo, vemos que no contexto do trabalho da agricultura familiar, o tempo ou jornada de trabalho não tem o mesmo contorno que de uma jornada de trabalho urbana – o tempo de produção e reprodução se confunde no trabalho rural. Destarte, o cotidiano das mulheres é marcado pelo trabalho constante, que é visto como um desígnio próprio ao sexo feminino e, portanto não é aceito socialmente como atividade de produção e sim, de reprodução da força de trabalho às atividades produtivas propriamente ditas – a manutenção da família e tudo aquilo ligado a ela.

Nesse cenário o trabalho representa, além do próprio sustento, um valor moral associado à dignidade e, ainda, “um modelo de feminilidade que corresponde ao que denominam de ‘mulher trabalhadeira, aquela que serve pra casar e cuidar da família’” (Mendes, 2008, p. 58).

Inúmeros estudos apontam que, no regime de produção agrícola familiar, tradicionalmente, as mulheres exercem um “trabalho invisível” (Butto, 2011, Silva & Rocha, 2010; Heredia & Citrão, 2006; Carneiro, 2006, Brumer, 1996). Segundo Scott (2010, p.23) “a noção da compreensão do trabalho feminino na roça e em atividades de auferir renda e recursos para sustento como ‘ajuda’ persiste, sendo mais acentuada em contextos nos quais predomina a agricultura familiar”.

Dessa forma, apesar de serem responsáveis por algumas funções específicas como artesanato, trato com animais (especialmente os de pequeno porte), atividades agrícolas como o cuidado com o roçado para consumo, hortas, pomar, produção de itens de consumo como queijos, manteiga, doces, etc., o trabalho agrícola exercido pelas mulheres é visto como uma “ajuda” já que é concebido como algo que está fora de suas atribuições próprias que seriam as atividades domésticas.

Os dados do Censo Agropecuário (IBGE, 2006) mostram que a ocupação feminina e masculina na agropecuária é muito distinta em relação às atividades exercidas, sendo a participação das mulheres muito baixa em algumas atividades como a pesca (13,8%), a lavoura (26,9%) e a pecuária (14,3%) e muito alta em outras atividades como a criação de aves e pequenos animais (82,0%) (ver Tabela 3).

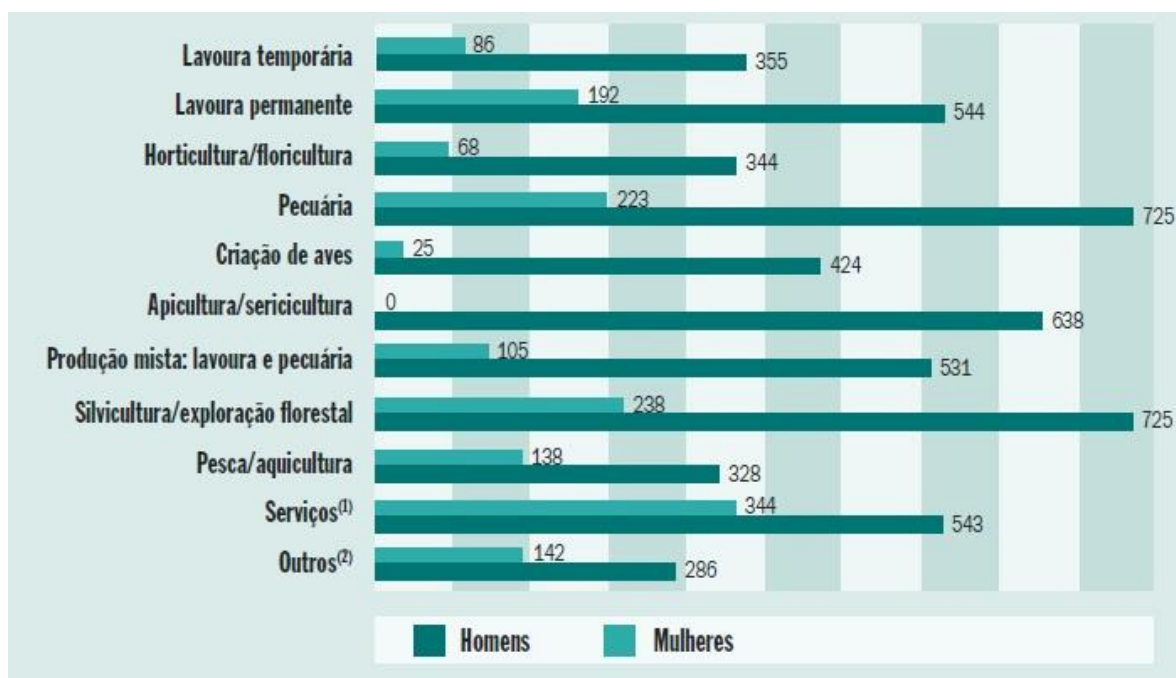
Tabela 3: Pessoal ocupado na agropecuária por atividade segundo o sexo (%) – Brasil, 2006

Atividade	Homem % na atividade	Mulher % na atividade
Lavouras	73,1	26,9
Pecuária	85,7	14,3
Aves e pequenos animais	18,0	82,0
Horticultura/Floricultura	53,4	46,6
Silvicultura/Exploração florestal	63,8	36,2
Apicultura/Sericultura	88,2	11,8
Atividade não especificada/Serviços	68,0	32,0

Fonte: IBGE, 2006.

É importante ressaltar que a lavoura e a pecuária são responsáveis pela maior parte, cerca de 80%, do valor total da produção agropecuária brasileira, enquanto que aves e pequenos animais e horticultura/floricultura correspondem a menor parte (MDA, 2006). O rendimento das mulheres, de acordo com o serviço realizado, é significativamente menor do que o dos homens, como mostram os dados da PNAD de 2011 (ver Figura 11).

Figura 11: Renda média mensal do pessoal ocupado na agropecuária por atividade, segundo sexo - Brasil 2009 (em R\$ de set / 2009)



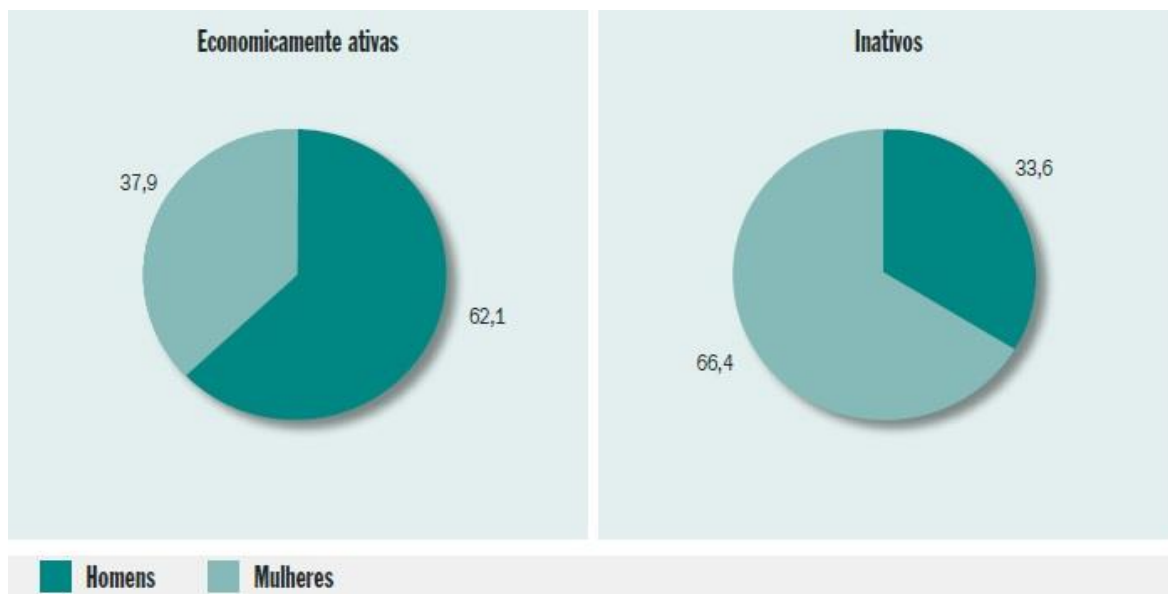
Fonte: IBGE/PNAD, 2011.

Nota: (1) Atividades de serviços relacionados com a agricultura e a pecuária; (2) Criação de animais mal especificados e caça, repovoamento ciegético e serviços relacionados.

Obs.: Foram excluídos os ocupados sem declaração de rendimento.

A dimensão da invisibilidade do trabalho das mulheres no campo pode ser vista através da proporção de mulheres ocupadas sem remuneração, que é significativamente mais elevada na agropecuária se comparada com os demais setores da economia (Melo & Di Sabbato, 2000), assim como a quantidade de mulheres consideradas economicamente inativas na área rural como um todo (ver Figura 12).

Figura 12: Distribuição das pessoas economicamente ativas e dos inativos residentes na área rural por sexo - Brasil 2009 (em %)

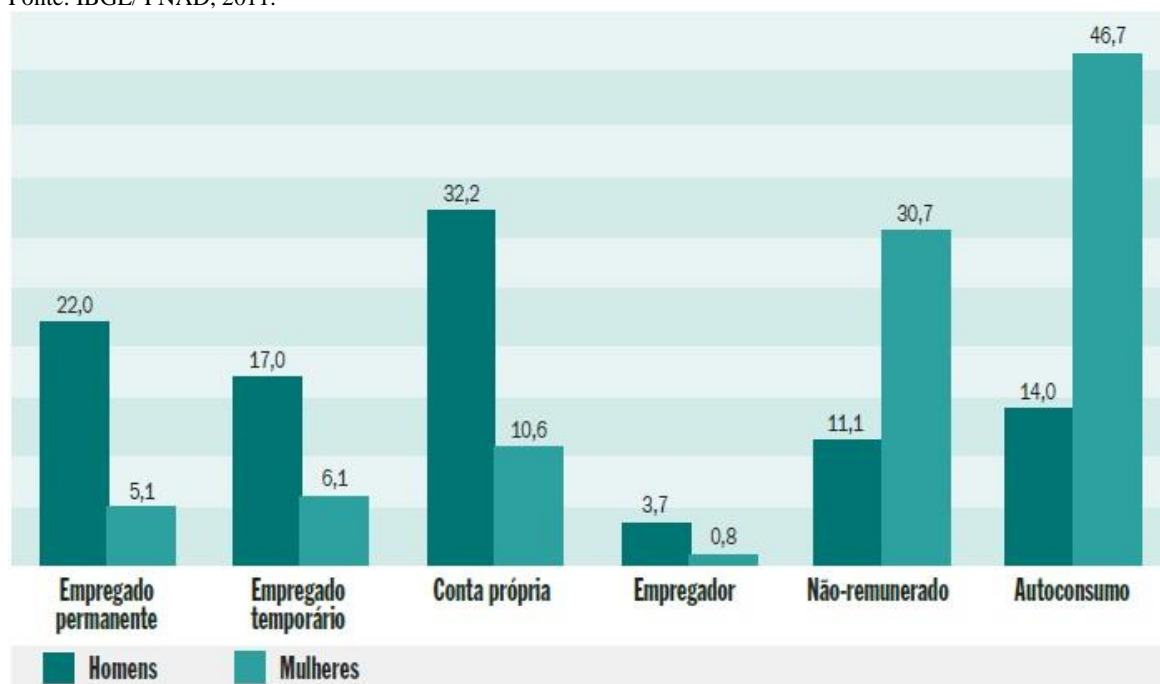


Fonte: IBGE/ PNAD, 2011.

A distribuição estatística do pessoal ocupado na agropecuária por posição na ocupação segundo o sexo, também é representativa de como o trabalho das mulheres é essencial para a manutenção das famílias e na produção para o autoconsumo (ver Figura 13).

Figura 13: Distribuição do pessoal ocupado na agropecuária por posição na ocupação, segundo sexo - Brasil 2009 (em %)

Fonte: IBGE/ PNAD, 2011.



Também notamos essa tendência no assentamento Paulo Freire III em as mulheres são, em geral, responsáveis por coletar frutos; “descastanhar” os cajus para a venda; cuidar dos animais de médio e pequeno porte como as galinhas e os porcos; pela produção de doces caseiros, cuidado da casa e da família, mas também assumem, frequentemente, o trabalho de preparação do solo, plantio, cultivo e colheita de alimentos e roçado para consumo junto aos seus companheiros e muitas mulheres realizam a totalidade do trabalho agrícola em suas famílias, já que é considerável o número de homens que trabalham fora fazendo “bicos”, vendendo a produção das famílias ou cortando lenha. No entanto, a maioria das decisões sobre a produção e a utilização dos recursos financeiros ainda cabem aos homens que também tomam à frente nas questões gerais do assentamento, como inscrição em projetos e aquisição coletiva de insumos.

Da mesma forma, as mulheres do Paulo Freire III estão ainda longe de certos tipos de atividades, especialmente as relacionadas com a vida pública e a comercialização da produção. Mesmo nos casos em que as mulheres participam na venda, muitas vezes corresponde ao homem a gestão dos recursos. De acordo com Melo et al. (2008), a invisibilidade do trabalho das mulheres nas zonas rurais manifesta-se também no processo de tomada de decisão. As mulheres têm dificuldade em ser reconhecidas como produtoras, uma vez que em grande parte das unidades familiares o homem aparece como o chefe da propriedade, que toma as decisões sobre a gestão do uso do solo e dos recursos econômicos.

Desse modo, há uma relação de gênero e geração (na agricultura familiar, os jovens e crianças também “ajudam” sobremaneira na produção) que define na figura do homem, o papel de “chefe de família” a quem cabe tomar as decisões sobre o patrimônio da família.

Esse “status” diferenciado é especialmente prejudicial para as mulheres no que se refere ao acesso às políticas públicas, linhas de crédito e benefícios de previdência social como a aposentadoria enquanto trabalhadora rural. Butto (2011) destaca que são muito recentes as políticas de desenvolvimento rural que levam em conta e reconhecem o trabalho das mulheres na agricultura, buscando a promoção da igualdade de gênero. E, embora a legislação brasileira garanta o direito à titulação da terra para as mulheres ²⁵, como é o caso da maioria dos lotes do assentamento Paulo Freire III, alguns estudos já constataram que dificilmente as mulheres conseguem negociar terra ou recursos financeiros em seu próprio nome e que nem sempre as filhas de agricultores recebem a herança das terras em pé de igualdade com seus irmãos homens (Silva & Portella, 2010; Paulilo, 2004; Carneiro, 2001).

4.2.2. Vulnerabilidade econômica e estrutural

A dificuldade na produção, na colheita (especialmente em anos com pouca chuva) e na comercialização dos produtos é um agravante que gera incerteza, estresse e muitas dificuldades financeiras na comunidade. A insegurança gerada pela instabilidade de renda nas camadas mais pobres é apontada por Patel e Kleinman (2003) como um importante fator associado ao risco de desenvolver TMC.

Como já discutimos anteriormente, as dificuldades presentes na vida de mulheres pobres as tornam ainda mais vulneráveis ao adoecimento psíquico. Estudos sobre a feminização da pobreza em vários países indicam que a precariedade de recursos é um fator de risco à saúde mental feminina:

²⁵ Com a portaria nº 981/2003 do INCRA, a titulação conjunta da terra para lotes constituídos por um casal passa a ser obrigatória. Essa portaria foi o primeiro instrumento legal de garantia do direito a titulação conjunta da terra aos casais, que já estava prevista desde a Constituição Federal de 1988. A titulação é conjunta e obrigatória nos casamentos e uniões estáveis. Se a terra ainda estiver em processo de titulação, no caso de separação, de acordo com o código civil a propriedade ficará com a mulher, desde que ela tenha a guarda dos filhos.

O contexto de pobreza social associada à necessidade de prover para a família, à baixa escolaridade, à baixa renda, às dificuldades nas relações familiares e maritais as coloca em situação de extrema vulnerabilidade. O fato de estarem expostas a eventos de vida ameaçadores e que estão fora de seu controle com maior frequência do que entre a população geral, a pesada responsabilidade pela provisão familiar associada à sobrecarga de trabalho influencia diretamente na saúde mental das mulheres pobres, explicando os sintomas que frequentemente experienciam (Couto-Oliveira, 2010, p. 56).

A instabilidade financeira e a pobreza foram citadas por muitas mulheres como fatores causadores de sofrimento e ansiedade. T., de 50 anos de idade, relata como as dificuldades financeiras afetam sua saúde mental:

Ai penso que é as dificuldade da vida né, a gente vive com R\$ 200 por mim, ai quando acaba as mangaba só tem isso né (...) Eu penso assim, sozinha, um trabalho a pessoa procura não tem, aí já me dá dor de cabeça. Hoje eu saí pra feira preocupada, louquinha da minha cabeça, digo: Meu Deus, eu vou ver o que na feira hoje, sem dinheiro? Trabalhei duas semanas, não recebi um centavo, o dinheiro tá tudo acolá, o dinheiro da mangaba, só chega... Ainda arrumei um dinheiro emprestado, vou arrumar um dinheiro emprestado pra comprar ao menos a comida pro boi e comprar alguma mistura pra passar a semana. Aí de lá pra cá a cabeça apertou (T., mulher assentada).

Diante desse contexto, quase todas as famílias do assentamento têm de criar estratégias de complementação da renda familiar. Segundo as assentadas, vem crescendo na comunidade, o número de mulheres que são trabalhadoras domésticas diaristas (de forma esporádica ou fixa) em outras cidades da região e na capital ou fazem vendas de produtos de maneira informal, como no caso das doceiras e das

revendedoras de cosméticos. A maioria das mulheres não citaram essas funções ao responder o questionário, pois consideram tais ocupações como “bicos”, que não representam a sua atividade oficial, com exceção das produtoras de doces inseridas na cooperativa de Pureza.

Algumas mulheres nos confessaram ainda que, mesmo quando têm as atividades não-agrícolas como principais fontes de renda, elas se declaram como trabalhadoras rurais, por orientação de integrantes dos movimentos do campo e de alguns técnicos do INCRA, o que mostra o papel desses dispositivos políticos e sociais no próprio processo de reconhecimento das mulheres enquanto campesinas. Nesses casos, elas têm o poder de gestão sobre os próprios ganhos financeiros, o que pode gerar uma maior autonomia financeira, ao mesmo tempo em que aumentam suas cargas de trabalho, sem necessariamente trazer mudanças significativas nas relações de poder e gênero dentro de suas famílias. De acordo com Deere (2002), a possibilidade do acesso pela mulher tanto aos bens econômicos quanto ao poder, depende de um processo de empoderamento e busca pela autonomia que, além de possibilitar uma modificação das relações desiguais entre homens e mulheres, é pré-condição para que essa igualdade aconteça.

Também não podemos desconsiderar a importância das políticas sociais compensatórias como o PBF²⁶ no processo de empoderamento econômico dessas mulheres, pois cabe a elas a gestão dos recursos advindos do benefício. Como já mostramos, para muitas famílias no assentamento Paulo Freire III, o PBF representa o principal, senão o único, recurso financeiro fixo. No entanto, mais uma vez tem que se levar em conta a sobrecarga de tarefas que um programa de transferência condicional²⁷

²⁶ O PBF é um programa do governo federal de transferência de renda com condicionalidades, que compreende atualmente a transferência de benefícios monetários, entre R\$32 e R\$ 306, para famílias que tenham renda mensal per capita de até R\$ 140,00, sendo estruturado em três eixos principais: transferência de renda, condicionalidades e programas complementares.

²⁷ As famílias devem assumir e cumprir as condicionalidades para receber o benefício. Na área de saúde, as famílias beneficiárias devem acompanhar o cartão de vacinação e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos. As mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento e, se gestantes ou lactantes, devem realizar o pré-natal e o acompanhamento da sua

de renda como o PBF traz às mulheres ao reforçar os papéis de gênero encarregando a mulher da responsabilidade pelo cuidado da saúde da família e pela educação dos filhos.

Para Mariano & Carloto (2009) as transferências condicionadas de renda, como é o caso do PBF, priorizam o repasse de renda às mulheres e envolvem-nas em uma rede de obrigações com as ações estatais e reforçam uma concepção tradicional de mulher:

Ao ser incluída no PBF, a mulher é tomada como representante do grupo familiar, vale dizer, o grupo familiar é materializado simbolicamente pela presença da mulher. Esta, por sua vez, é percebida tão somente por meio de seus “papéis femininos”, que vinculam, sobretudo, o ser mulher ao ser mãe, com uma identidade centrada na figura de cuidadora, especialmente das crianças e dos adolescentes, dadas as preocupações do PBF com esses grupos de idade (Mariano & Carloto, 2009, p. 904)

Por outro lado, Rego (2010) em pesquisa realizada na zona rural do Sertão de Alagoas com mulheres beneficiadas pelo programa, aponta que as mulheres têm, a partir do recebimento do benefício, uma consciência da “superioridade” feminina no quesito da responsabilidade maior na gestão da economia doméstica, o que lhes dá mais liberdade e autonomia, tanto no domínio da casa, quanto da vida pessoal.

saúde e do bebê. Na educação, todas as crianças e adolescentes entre seis e 15 anos devem estar devidamente matriculados e com frequência escolar mensal mínima de 85% da carga horária. Já os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de, no mínimo, 75%. Na área de assistência social, crianças e adolescentes com até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), devem participar dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do PETI e obter frequência mínima de 85% da carga horária mensal (Ministério do Desenvolvimento Social [MDS], 2013).

4.2.3. Violência de gênero contra mulher

Outra importante variável a ser levada em consideração no processo de sofrimento psíquico das assentadas é a violência, especialmente a violência de gênero contra a mulher. Grande parte dessas mulheres são oriundas de contextos muito adversos, com histórias de vida marcadas pela pobreza estrutural. Algumas enfrentaram questões de conflitos por terra desde muito pequenas e tiveram seus barracos queimados pela polícia e por fazendeiros na época quando eram acampadas. Muitas conviveram de perto com a violência praticada das mais diversas formas, sendo subjugadas física e psicologicamente. Dentre as faces que a violência pode assumir, a violência de gênero talvez seja uma das mais cruéis. A violência de gênero contra a mulher pode ser entendida como:

Qualquer ato que resulta ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, má tratos, pornografia, agressão sexual e incesto (Kronbauer & Meneghel 2005, p. 696).

Essa questão representa um significativo problema social e de saúde pública, que atinge mulheres de todas as idades, de todos os ambientes culturais e de todas as classes sociais (Santos 2009) e é considerada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) como a principal causa de depressão entre as mulheres em todo o mundo. Também dá origem a ansiedade e o aumento do uso de tranquilizantes e antidepressivos (Ludermir, Schraiber, D'Oliveira, França-Junior & Jansen, 2008).

Estudos em diversos países mostram a relação entre o desenvolvimento de problemas em relação à saúde mental e a violência de gênero entre as mulheres. Através de revisão da literatura de pesquisas realizadas em países em desenvolvimento acerca da

associação entre violência e saúde mental, Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince & Mari (2009) averiguaram que, entre as mulheres, os sintomas de depressão e ansiedade estão quase sempre correlacionados com violência conjugal psicológica e violência sexual.

Em estudo realizado pela OMS (2005) verificou que mulheres que sofrem ou já sofreram violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo, relatam níveis de estresse emocional significativamente maiores que aquelas mulheres não abusadas. Estas mesmas mulheres também estão mais suscetíveis a cometer suicídio do que mulheres que não sofrem violência de seus parceiros. Outros estudos também disponibilizam dados que revelam que a alta prevalência de violência sexual a que as mulheres estão expostas e as altas taxas de transtorno pós-traumático que seguem o ocorrido faz com que as mulheres sejam o grupo mais afetado por este transtorno (Couto-Oliveira, 2010).

Em pesquisa realizada com homens e mulheres usuários de um CAPS na cidade de Araraquara – SP, Santos (2009) verificou que o adoecimento psíquico feminino mantém estreita correlação com a violência contra as mulheres e a repressão sexual e que, entre as usuárias que foram casadas, todas haviam sofrido agressões físicas e psicológicas de seus ex-cônjuges.

Em pesquisa realizada em 940 mulheres em São Paulo e 1188 mulheres na Zona da Mata em Pernambuco, Ludermir et al. (2008) constataram que mulheres vítimas de violência conjugal física e psicológica tem duas vezes mais chances de desenvolverem TMC em comparação a mulheres que não relataram tal violência. Entre estes dois grupos, as mulheres da área rural apresentaram menor escolaridade e autonomia financeira que as mulheres da área urbana. Além disso, as mulheres da Zona da Mata apresentaram maiores índices indicativos de TMC e relataram mais casos de violência.

Na maioria das investigações sobre violência de gênero contra mulher verifica-se que o perfil das mulheres que sofrem esse tipo de violência é de mulheres pobres, com baixa escolaridade, com filhos, casadas ou em união estável e que dependem financeiramente de seus companheiros. Aponta-se, no entanto, que esse perfil pode estar relacionado ao fato de que essas mulheres chegam mais aos serviços públicos de saúde e que mulheres de classes sociais mais altas não costumam denunciar esse tipo de agressão (Kronbauer & Meneghel, 2005). Todavia, é consenso na literatura de que a grande maioria dos casos de violência de gênero contra mulher é praticada pelos cônjuges e que a falta de autonomia financeira da mulher é um agravante para a manutenção do ciclo de violência.

Os dados do Mapa da violência (Waiselfisz, 2012) confirmam que é principalmente no ambiente doméstico que ocorrem as situações de violência contra a mulher. A taxa de ocorrência no ambiente doméstico é 71,8%, enquanto em vias públicas é 15,6%. 43,4% do total de atos de violência física e/ou sexual contra mulher foram são cometidos pelos parceiros ou ex. Esses dados são ainda mais alarmantes se tomarmos a faixa dos 20 aos 49 anos, onde mais de 65% das agressões tiveram autoria do parceiro ou do ex.

Da mesma forma, o casamento e união estável além de estarem relacionados ao aumento da carga de trabalho entre as assentadas, também aparecem relacionados ao início dos episódios de violência para boa parte das entrevistadas. É importante ressaltar que, entre as mulheres que relataram casos de violência doméstica, todas vivenciaram mais de um episódio de violência e, em geral, com mais de um companheiro. Ao ser questionada sobre como os sintomas de sofrimento que relatava haviam começado, T., uma das mulheres que apresentou mais sintomas de ansiedade e depressão no rastreamento de TMC, respondeu que:

Comecei a sentir esses problemas eu tinha 35 anos, quando eu comecei a sentir esses problemas de doença de tudo assim... Eu tinha na base dos 35, foi na época que eu morei com o pai do menino, me perturbei muito, sofri muito, né? Nas mãos dele, sofri demais, vivia sendo espancada, judiada, apanhada, levada chute, eu ia parar no hospital, tudo isso, de tanto ele me judiar e bater tanto na minha cabeça, bater no meu corpo que hoje eu tô sentindo esses problemas através disso, eu penso que é através do pai dos meus filhos (T., mulher assentada).

O caso de T., nos chama atenção pela gravidade da violência e pela naturalidade com que ela trata do assunto. Ela já havia perdido um filho devido a uma agressão de seu ex-marido que chutou sua barriga e já havia sido esfaqueada por um ex-namorado, além de relatar ter sofrido durante toda a vida com a violência física e psicológica exercida pelo seu pai, que só deixava o seu irmão homem estudar porque, como T. nos relatou, ele acreditava que “mulher não precisa dessas coisa”. Hoje, porém, T. vive com os dois filhos adolescentes e sustenta a casa sozinha. Ela diz que “não quer mais saber de homem” ou que “homem só se for pra namorar: eu na minha casa e ele na dele”. T. nos contava suas histórias de violência fazendo piada da própria situação e tais histórias não eram segredo para ninguém do assentamento. Todos associavam a sua imagem como a de uma mulher muito sofrida, porém trabalhadora e, ao mesmo tempo muito alegre.

Houve depoimentos de mulheres que não sofreram violência diretamente, mas vivenciaram a violência empregada em suas famílias, como no caso de R de 44 anos, que associava o início de seu sofrimento psíquico a esses episódios:

Não começou antes, desde eu mais nova, eu enfrentei [*o pai*], era seis irmãos, sempre quem enfrentava mais era eu, assim de ficar do lado da minha mãe,

quando tomava umas doses aí ficava brigando com ela, acabando as coisas de casa, ele num queria que saísse nem de perto dele, eu sofri muito (...)eu tomava à frente assim, pra ele não machucar minha mãe, ta entendendo, e graças a Deus, eu lembrando eu sempre fui uma boa filha. Eu senti o lado dele que ele não era assim, ele depois ficou assim, eu via minha mãe sofrendo, aí... sempre eu enfrentava tudo, eu enfrentava mais do que meu irmão, né? Meu irmão precisava e eu ia enfrentava tudo, minha irmã contando assim, ele ficava muito agressivo, depois ficava tão calmo (R., mulher assentada).

Outros depoimentos, além do de R., associam o uso abusivo de álcool pelo agressor e os episódios de violência, como mostra a fala de A., 48 anos, que também associou a violência do marido a seu sofrimento:

Desde o tempo em que ele bebia. Ta entendendo? Ele bebia muito, quando chegava em casa ele ficava dizendo as coisas comigo, aí foi crescendo o problema de eu ta nervosa, porque quando chegava na sexta-feira, ele já tava pra chegar do serviço, eu dizia: meu Deus, hoje já é sexta-feira, é hoje, amanhã e domingo que eu não tenho mais sossego na minha vida, e tudo botando na minha cabeça, fui criando aqueles problemas na minha cabeça, eu não podia chegar...ele podia chegar em casa que eu já tava ficando nervosa, às vezes a gente pegava briga dentro de casa, ele atrás de me matar e eu de matar ele, as vezes queria matar ele até na dormida, tudo vinha no meu pensamento. Faz dias, faz pouco anos, foi no tempo que ele começou a beber (A., mulher assentada).

Algumas mulheres também associaram os sintomas com episódios de violência sexual (praticado por companheiros) como no caso de C.de 41 anos:

Começou a partir do momento que, eu já tava casada, antes de eu casar, né? Que tava namorando com uma pessoa e a pessoa assim, eu namorei uma pessoa e a pessoa, praticamente foi tipo um estupro, né? Só que meus pais não sabia, e praticamente eu fugi com ele por medo, tipo, porque na época meus pais eram muito rígidos, principalmente minha mãe, então, se eu fosse falar o que tivesse acontecido ela ia cada vez me culpar, então, eu me assujeitei me juntar com ele.
(C., mulher assentada)

C., diferente de T., era uma mulher bastante contida, evangélica, casada e que não gostava de falar muito de si mesma. C., foi uma das últimas mulheres a serem entrevistadas, apesar de ser uma das que apresentaram pontuação mais alta no SRQ-20. Esperamos, de propósito, que ela se sentisse pronta para falar, até que certo dia, aproveitou que seu marido e filhos haviam saído de casa e me chamou para conversar e contou sua história, que como a de T., era cheia de violência, tanto física quanto psicológica, de parte da sua família e seus companheiros.

O processo de “culpabilização” da vítima de violência sexual, como mostrado na história de C., é um dos mais eficientes mecanismos de dominação do corpo feminino engendrado na sociedade patriarcal. Vítimas desse tipo de violência, em geral, têm muita vergonha e não denunciam seus agressores ou são, ainda, desencorajadas a denunciá-los como mostram os dados da pesquisa sobre violência contra mulheres em contexto rural realizada por Cordeiro (2007) no sertão pernambucano.

Segundo estimativas da CONTAG (2008), 55% das mulheres do campo já sofreram algum tipo de agressão ou abuso sexual. Apesar dos grandes avanços conseguidos a partir da promulgação da Lei Maria da Penha, as políticas de enfrentamento à violência contra mulher ainda não atingem, de forma eficaz, às mulheres do campo e da floresta, sendo essa uma das maiores bandeiras de lutas dos

movimentos de mulheres camponesas na atualidade. Entre as dificuldades apontadas pelas mulheres do campo, estão as distâncias das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) que ainda não estão presentes de forma massiva no interior do país e, principalmente o padrão rígido e assimétrico das relações de gênero na área rural (Cordeiro, 2007).

O município de Pureza, onde está localizado o assentamento, está entre os municípios do RN em que não houve notificação de casos de violência contra mulher até o ano de 2010, de acordo com os dados do Mapa da Violência (Waiselfisz, 2012). Entretanto, podemos inferir que esses dados correspondem mais a falta de uma rede de enfrentamento à violência contra a mulher, do que propriamente à inexistência desses casos, que, muitas vezes, parecem ser naturalizados, mas de forma geral representam um grande tabu. É importante levar em consideração que, antes de realizarmos as entrevistas da presente pesquisa, já atuávamos há alguns meses no assentamento, o que fortaleceu os laços de confiança entre nós e nossas interlocutoras, a ponto das mesmas contarem suas histórias que, em alguns casos, nunca haviam sido contadas antes.

4.3. Eixo III – Políticas públicas de saúde para o meio rural

Em nosso último eixo de análise, buscamos problematizar a forma como as políticas públicas de saúde são pensadas e efetivadas juntas às populações do campo, em especial no contexto dos assentamentos rurais, tendo como base a realidade do assentamento Paulo Freire III. Levaremos em conta a acessibilidade; a concepção do trabalho; o funcionamento do ESF e o modelo de atenção à saúde mental por parte da atenção básica.

É inegável que o acesso à terra permite às famílias assentadas uma maior estabilidade de modo geral, com a melhoria dos rendimentos e das condições de vida. Todavia, marcados pela inexistência de um planejamento prévio, mesmo com a relativa melhora da qualidade de vida de seus moradores, os assentamentos enfrentam situações bastante adversas. Vários estudos apontam para as condições precárias dos assentamentos rurais no país e para a falta de políticas públicas de saúde, educação, ambientais, etc., que sejam voltadas para a população assentada.

Através da aplicação de questionários em 1.568 famílias que residiam em 92 projetos de assentamentos espalhados pelo Sul da Bahia, no entorno do Distrito Federal, no Sertão do Ceará, no Sudeste do Pará, no Oeste Catarinense e na Zona Canavieira Nordestina, Leite et al. (2004) constataram que 66% das famílias entrevistadas apontavam uma melhora na alimentação e 62% consideram que seu poder de compra aumentou em relação à época em que não eram assentadas, enquanto 93% das famílias nunca haviam obtido crédito para produção até se estabelecerem no assentamento.

Carneiro et al. (2008) também encontraram resultados semelhantes ao realizar um estudo comparativo em três populações no interior de Minas Gerais: boias-frias, famílias que vivem em acampamentos do MST e famílias que vivem em assentamentos do MST. Nesse estudo, os autores encontraram condições gerais de saúde melhores nos

assentados do que no grupo dos boias-frias e no grupo dos acampados. No entanto, os boias-frias, por viverem mais perto da área urbana, tinham mais acesso aos serviços de saúde do que os outros dois grupos.

Já Aucélio, Godoi e Moraes (2001), em uma das maiores pesquisas comparativas já realizadas sobre a saúde nos assentamentos e acampamentos de reforma agrária no país, ao comparar entre 4.347 famílias assentadas e 3.560 famílias acampadas nos 23 estados brasileiros em que o MST atuava à época²⁸, encontraram níveis de morbidade aguda e de agravos à saúde da população significativamente piores entre aquelas famílias que viviam em acampamentos (80,1 casos/1000 hab.) em relação aquelas já assentadas(69,6 casos/1000 hab.), especialmente entre as mulheres (ver Tabela 4).

Tabela 4: Agravos à saúde ocorridos nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa, segundo o sexo. (Nº de casos e coeficiente de incidência por 1.000 hab. – CI). Assentamentos e acampamentos, Brasil, 1999.

Sexo	Assentamentos			Acampamentos		
	Pop.	Nº de casos	CI/1000 hab.	Pop.	Nº de casos*	CI/1000 hab.
Masculino	8.988	575	64,0	6.046	456	75,4
Feminino	7.876	596	75,7	5.296	447	84,4
Total	6.864	1.171	69,5	1.134	908	80,1

*5 casos com sexo ignorado

Fonte: Aucélio et al. (2001)

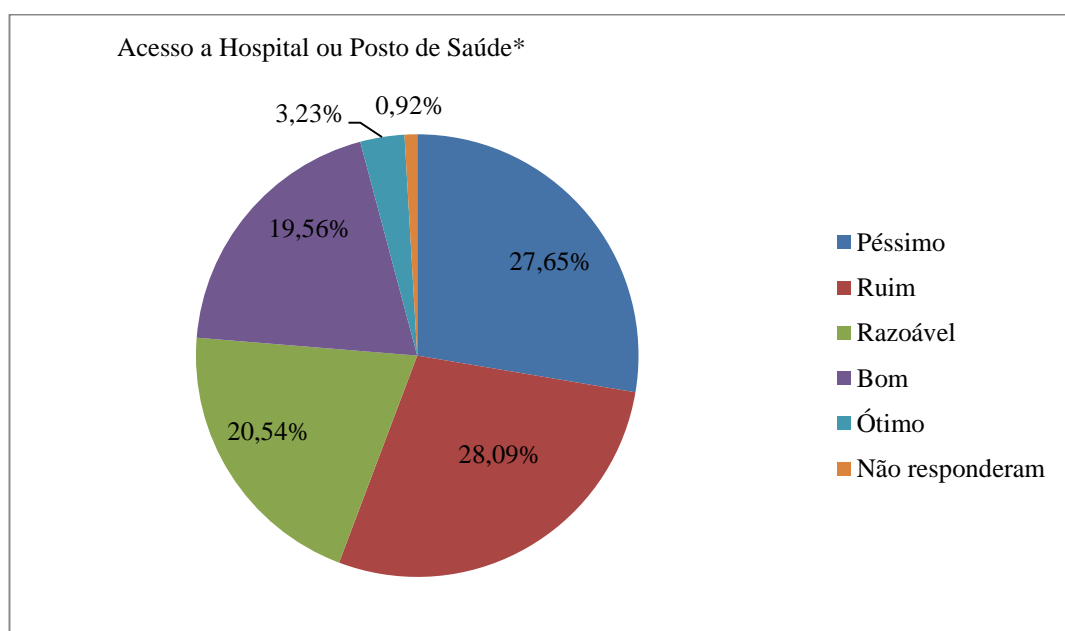
Em pesquisa mais recente, do ano 2010, o INCRA publicou os resultados de uma pesquisa sobre a qualidade de vida nos assentamentos rurais brasileiros com amostra representativa que abrangeu todas as 804.867 famílias assentadas entre 1985 e 2008, distribuídas em 1.164 assentamentos por todo o Brasil, mediante a realização de 16.153 entrevistas. Nela, o resultado referente à percepção de melhoria (avaliados como melhor ou muito melhor) após o assentamento em comparação com a situação anterior em que essas famílias se encontravam antes do assentamento foi de 73,5% em relação à

²⁸Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo, Tocantins.

moradia, 64,86% em relação à alimentação, 63,29% em relação à educação, 63,09% no rendimento e 47,28% na saúde.

De acordo com a pesquisa de qualidade de vida realizada pelo INCRA (2010) o resultado referente ao acesso da população assentada aos serviços de saúde mostra que 28,09% dos entrevistados consideram o acesso ruim, 27,65% o consideram péssimo e apenas 3,23% o consideram ótimo, somando quase 56% de famílias descontentes com o acesso aos hospitais e postos de saúde (ver Figura 14).

Figura 14:



* Estes dados são referentes à pergunta: “Em relação à saúde pública, qual é a sua avaliação sobre o acesso ao hospital ou posto de saúde?”.

Fonte: INCRA, 2010.

A pesquisa ainda ressalta que, no Nordeste, 35% das famílias assentadas não têm acesso suficiente à água e 64% mostraram descontentamento com a condição das estradas e vias de acesso aos lotes.

De maneira geral, a literatura aponta que os principais problemas encontrados em relação à infraestrutura dos assentamentos são os mesmos relativos à maior parte da área rural do país, assim como foi encontrado na presente investigação no caso do

assentamento Paulo Freire III: transporte de má qualidade e insuficiente; ausência de saneamento básico e tratamento do lixo; falta de escolas dentro ou perto dos assentamentos; dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde (INCRA, 2010; Carneiro et al., 2008; Soares, 2006; Aucélio et al., 2001).

Aliada à dificuldade no acesso aos serviços de saúde, as populações assentadas são assistidas em um modelo de atenção à saúde que, muitas vezes não dá conta de suas particularidades. Para Rigotto et al. (2012) as unidades de saúde, além de não garantirem o acesso às populações rurais, não consideram as especificidades dos processos produtivos instalados no território para planejar as ações, pautando suas práticas em programas verticais do Ministério da Saúde. Cohn (2001) argumenta que, quando se estabelecem políticas e programas de saúde baseados em parâmetros definidos por indicadores selecionados definindo grupos mais vulneráveis, cria-se uma realidade objetiva, no entanto há um desconhecimento do modo de vida da população, sem levar em conta questões culturais e subjetivas desses grupos.

Até recentemente a maioria das políticas públicas de saúde no Brasil persistiam em uma visão restrita do rural concebido em oposição ao urbano. Não havia políticas e ações em saúde que levassem em conta a diversidade e as dinâmicas próprias desses espaços: diferentes sujeitos sociais, mobilidades populacionais, relações sociais, modos de produção, aspectos culturais e ambientais, formas de organização dos assentamentos, acampamentos, aldeias indígenas, comunidades quilombolas, ribeirinhas, etc. (Ministério da Saúde, 2011).

Desde 2005, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. 2.460 de 12 de dezembro de 2005 instituiu o Grupo da Terra, composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados que tem por objetivo principal a elaboração de políticas estratégicas voltadas para a população do campo (Ministério da Saúde, 2011). Em 2011, foi lançada, através do trabalho do Grupo da Terra, a Política

Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (PNSIPCF). Essa política busca levar em conta as especificidades das diferentes populações rurais brasileiras visando o acesso integral e universal à saúde. No entanto, essa política ainda não apresenta resultados que possam ser percebidos nos serviços de ponta da rede.

Vemos ainda que, com relação à saúde mental, não há, em termos da política nacional em vigor, uma diretriz estabelecida de atenção e cuidado para as populações do campo. A carência dessas populações em relação à atenção em saúde mental é ainda mais acentuada, devido à dificuldade da articulação de ações de cuidado à saúde mental na atenção básica e a escassez de serviços especializados e leitos de saúde mental na RAPS das áreas rurais, como nos mostram as questões referentes ao território em que se encontra o assentamento Paulo Freire III.

4.3.1. O cuidado na rede de atenção primária e psicossocial

A OMS (WHO, 2001a) em suas dez recomendações para a saúde mental no mundo, apontou a relevância da atuação da atenção primária à saúde para a promoção de saúde mental nas comunidades. Dentre essas recomendações é dado destaque à função das equipes de saúde básica no desenvolvimento de ações visando ao rastreamento, encaminhamento e cuidado dos usuários que possuem demandas de saúde mental, dado o impacto assistencial e financeiro que essas demandas trazem para a saúde pública.

A literatura vem mostrando que a integração dos cuidados de saúde mental na atenção básica tem tido grande eficácia em relação ao tratamento dos indivíduos com TMC. De acordo com Chiaverini et al. (2011), uma parcela significativa (30%) dos usuários com quadros de TMC tem remissão espontânea dos sintomas e apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes, individualmente ou nos grupos das unidades da atenção primária.

Contudo, a falta de uma política assistencial clara nessa direção vem gerando frequentemente a busca de recursos de assistência mais complexos, especialmente os serviços de urgência, emergência e internações. Segundo Dimenstein (2013) cotidianamente os profissionais das equipes da ESF identificam demandas de saúde mental – como o uso abusivo de álcool e outras drogas, TMC e situações derivadas da violência e exclusão social – que requerem intervenções imediatas evitando o uso desnecessário de recursos assistenciais mais complexos:

La identificación y el acompañamiento de tales situaciones, junto con las actividades desarrolladas por los equipos de atención primaria, podrían dar lugar a la puesta en marcha de acciones de intervención temprana, a un uso racional de medicamentos, a una continuidad de los cuidados, a la prevención de admisiones inadecuadas en hospitales psiquiátricos, así como al establecimiento y sostenimiento de sistemas de apoyo comunitario (Dimenstein, 2013, p.).

No entanto, vemos que essa articulação nem sempre funciona da maneira desejada e que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com eficácia adequada. Apesar de relatarmos ter acesso aos serviços de saúde, especialmente na rede de atenção primária, as mulheres do assentamento Paulo Freire III, de maneira geral, não os procuram para tratar questões relativas à saúde mental. Apenas uma mulher relatou ter procurado a rede especializada de saúde mental, através do CAPS, para iniciar um tratamento, mas, segundo ela, não foi “aceita” no serviço que estava com um número de usuários muito elevado e acima de sua capacidade de atuação, sem poder receber novos usuários.

Entre as razões para não buscar ajuda na rede, elas destacam a dificuldade no acesso aos serviços e os horários de atendimento não flexíveis. Com relação à equipe da

ESF, elas reclamam da pequena quantidade de profissionais e da falta de um atendimento humanizado que dê mais atenção às demandas das usuárias, especialmente por parte dos médicos, como nos mostra a fala de M., 41 anos:

Tem uns médicos lá em Pureza que a pessoa vai, eles nunca olham pra o rosto da pessoa, é só escrevendo, fazendo a pergunta e escrevendo (...) o médico bom é aquele que é falando e olhando pra pessoa, fazendo as perguntas e a pessoa perguntando, assim olhando um pra cara do outro, né? Mas tem uns que não faz isso, é só escrevendo (M., mulher assentada).

Quando questionadas acerca da atuação do PACS no território, elas identificam o agente comunitário de saúde como alguém que é responsável apenas por acompanhar a saúde das crianças da família e agendar as consultas durante a vinda mensal do médico ao assentamento.

Entre as mulheres que procuraram ajuda na rede de atenção básica, todas iniciaram um tratamento baseado no uso de ansiolíticos²⁹, principalmente os benzodiazepínicos. Os benzodiazepínicos são a classe de ansiolíticos mais utilizados no mundo e o seu uso indiscriminado, especialmente entre as mulheres, tem sido amplamente apontado como um problema de saúde pública em vários países (Souza, Opaley & Noto, 2013).

As mulheres entrevistadas admitiram que nem sempre fazem um uso adequado desses medicamentos, respeitando o período do tratamento e as dosagens prescritas. De forma geral, elas só visitam o médico para renovar as receitas, sem que haja uma avaliação criteriosa da necessidade de continuação ou não do medicamento. Em pesquisa acerca do padrão de uso dos benzodiazepínicos entre mulheres, Souza et al. (2013) também perceberam que acompanhamento médico parece não garantir o conhecimento sobre os riscos do uso prolongado desse tipo de medicação.

²⁹Medicamentos que têm como objetivo combater a ansiedade e têm função tranquilizante e sedativa.

Vale salientar que, tendo em conta a alta porcentagem indicativa de TMC e as condições em que vivem as assentadas, o uso de ansiolíticos pode ser considerado baixo (apenas cinco relataram o uso dentre as 22), se comparado aos estudos que investigam o uso desses medicamentos entre mulheres. Resultado semelhante foi encontrado por Araújo, Nepomuceno, Figueiró & Melo (2013) entre mulheres de outro assentamento rural no interior do RN. Os autores atribuíram esse baixo consumo às estratégias de suporte comunitário entre as assentadas e às políticas de subjetivação militante produzidas a partir da participação na luta pela reforma agrária e em movimentos sociais como o MST. No caso do assentamento Paulo Freire III, diante de uma rede deficiente de apoio social, com muitos conflitos entre os residentes e baixa participação política, acreditamos que esse fenômeno está ligado ao fato que essas mulheres simplesmente não acessam a rede de saúde para tratar das demandas de saúde mental, pois todas as mulheres que procuraram ajuda na rede fazem ou fizeram uso de medicação, sendo esse o único cuidado lhes oferecido.

Além das dificuldades na organização produtiva e na falta de apoio social, os conflitos entre os moradores do assentamento se traduzem na dificuldade de organização para exigir melhoras de infraestrutura e dos serviços de saúde perante o Estado. A fala de J., de 41 anos, nos apresenta um pequeno panorama da relação entre os assentados. Quando questionada sobre como os moradores da comunidade lidavam com o sofrimento do outro, ela respondeu que:

A gente mora numa comunidade, que ninguém merece confiança de nada, não é que eu esteja fazendo algo errado que tenha medo e falar pra alguém, é assim, porque são um pessoal tão falso, tão falso, que chega dá agonia, e se fizer um comentário de um jeito, eles distorcem, eu prefiro conversar com outra pessoa (J., mulher assentada)

É rotineiro o uso de remédios caseiros, como chás e lambedores no assentamento, inclusive para lidar com problemas emocionais. Essa estratégia de cuidado, como outras estratégias desenvolvidas pela comunidade, não é considerada na assistência à saúde dessa população. Vemos que há, por parte da rede de saúde, a escolha por um modelo assistencial individual, que não dialoga com os dispositivos sociais do território, não desenvolve metodologias de prevenção e que reforça o lugar de poder do médico como detentor da verdade sobre o outro, desconsiderando os saberes populares da comunidade.

Nesse sentido, nos chamou atenção o caso de uma entrevistada que, apesar de relatar para o médico que atendia a comunidade que ela não estava gostando da medicação que havia sido receitada pelo médico anterior, teve a sua receita renovada e a indicação que deveria continuar com o mesmo tratamento, no entanto parou de usar a medicação e não procurou mais ajuda nos serviços de saúde para os sintomas de ansiedade que vivencia:

Ele [o médico] passou Diazepan pra mim dormir, só que eu não conseguia dormir, ficava com os olhos vermelho, ficava agitada, eu queria tá num canto bem reservado, não queria ver ninguém, não queria saber de ninguém, só veio parar mais isso assim, deu voltar, assim mesmo, assim, a minha realidade mesmo, quando minha sogra jogou esse remédio fora também, porque no lugar do remédio tá ajudando, ele tava cada vez mais complicando o meu problema (C., mulher assentada)

A ação do profissional em questão vai claramente contra algumas das principais diretrizes do PNSIPCF que buscam valorizar “as práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas

práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais” (Ministério da Saúde, 2011, p. 6).

Segundo Zanello (2010), a medicalização é uma forma de transformar aspectos da vida cotidiana em objetivo da medicina para assegurar a conformidade às normas sociais. Carvalho e Dimenstein (2004), ao problematizarem a assistência à saúde mental das mulheres e o uso de ansiolíticos nas unidades básicas de saúde, afirmam que:

O modelo de atenção à saúde, hegemônico, não abre espaço para a exploração de novas possibilidades existenciais para as mulheres na medida em que está centrado no sintoma, na doença e na crença da neutralidade das técnicas e intervenções, o qual funciona como um dispositivo de normatização social, de disciplinarização das atitudes e docilização das forças de ruptura (Carvalho & Dimenstein, 2004, p. 121 – 122).

Dessa forma, o medicamento pode servir como uma espécie de validação do lugar social de submissão ocupado por muitas mulheres. Zanello (2010) afirma que quase não há desenvolvimento de tratamentos que considerem a perspectiva de gênero, de forma que o sofrimento das mulheres é constantemente interpretado e tratado como uma questão biológica, que não leva em conta as especificidades psicossociais enfrentadas pela população feminina.

Segundo as entrevistas, outra razão para não procurar os serviços de saúde ou apoio na comunidade é o medo de serem estigmatizadas como loucas ou de serem internadas, como mostram as duas falas abaixo:

Hoje em dia se alguém tiver algum problema dos nervo, chamam logo de doido, “fulano tá doido”, não entende qual é o problema, às vezes não é nem loucura, mas sim, por algum trauma, alguma coisa, e tá acontecendo, né? (F., mulher assentada, 38 anos)

Eu só não quero ficar internada que eu não tô com negócio de louco, é porque eu sou muito nervosa, eu tenho problema de nervosismo, eu tenho medo de acontecer outras coisas pior comigo (D., mulher assentada, 49 anos).

Essas falas nos mostram como é fundamental que aqueles que sustentam os saberes médicos e psicológicos nos serviços de saúde compreendam os códigos culturais dos contextos em que estão atuando. O código do “nervoso”, que aparece diversas vezes nas falas de nossas entrevistadas, não correspondem necessariamente aos códigos diagnósticos dos saberes “psi” e as fronteiras entre corpo e mente, sujeito e mundo (Fonseca, Guimarães & Vasconcelos, 2008). A falta de compreensão desses códigos por parte dos profissionais pode se tornar uma barreira na procura dos serviços por parte da população.

As mulheres entrevistadas apontam ainda para a necessidade de existirem mais profissionais nas equipes de saúde e que esses profissionais estejam mais capacitados no sentido de proporcionarem espaços de escuta e atenção. De acordo com Campos e Gama (2010), as práticas de saúde mental na atenção básica ainda estão muito vinculadas ao modelo biomédico o que leva a um despreparo dos profissionais em lidar com a realidade social. Isso acarreta “uma série de posturas inadequadas como práticas discriminatórias e preconceituosas com relação ao portador de sofrimento psíquico, ações moralistas, normatizadoras e repressivas, infantilização, etc.” (Campos & Gama, 2010, p. 216).

Já Dimenstein (2010), afirma que as demandas de saúde mental se apresentam como desafios para as equipes da rede de saúde primária, pois elas são dotadas de poucas ferramentas críticas; desconhecem os aspectos organizacionais e institucionais da saúde pública; e são formadas para uma prática tecnicista e muito especializada, que não atende as exigências solicitadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a falta de capacitação das equipes para lidar com os problemas de saúde mental comprometem a resolutividade das intervenções e produzem angústia nos profissionais. Além disso, muitas vezes, os profissionais que estão mais próximos aos usuários que possuem demandas relativas à saúde mental são os agentes de saúde que seriam, em tese, os menos capacitados para esta tarefa (Campos & Gama, 2010).

Algumas entrevistadas disseram que a presença de psicólogos nas equipes seria a solução para essa carência de atenção especializada, pois esse profissional que estaria apto a “fazer terapia” e atender os casos de depressão e de “doença nos nervos”. Vale ressaltar que a Psicologia foi a única categoria profissional citada pelas entrevistadas. Acreditamos que isso se deve tanto a influência das nossas intervenções na comunidade, quanto ao imaginário do psicólogo enquanto profissional responsável por tratar dos problemas emocionais e do sofrimento psíquico.

4.3.2. Estratégias de suporte e cuidado em saúde mental entre as mulheres assentadas

Diante da não utilização da rede para lidar com as questões relativas ao sofrimento psíquico e aos TMC, as mulheres que apresentam esses quadros, lançam mão de uma série de estratégias de cuidado e suporte em relação à saúde mental. De acordo com o que foi relatado nas entrevistas, os principais meios de suporte à saúde mental utilizados por essas mulheres são a religiosidade e o trabalho. Analisamos a seguir cada uma dessas estratégias.

Religiosidade

De acordo com Moreira-Almeida et al. (2006) a religiosidade pode ser um grande fator de proteção à saúde mental dos sujeitos, em especial naqueles que vivem em situação de maior vulnerabilidade psicossocial, ao contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e ajudar a atribuir um sentido positivo ao sofrimento.

Todas as mulheres entrevistadas se declararam cristãs e, entre as mulheres evangélicas neopentecostais, o discurso da religiosidade enquanto estratégia de enfrentamento dos problemas apareceu de forma mais constante. Segundo, Santos (2006) as igrejas neopentecostais oferecem uma rede de solidariedade e suporte social bastante eficiente se comparada com aquela oferecida pelos serviços de saúde que visam à reabilitação psicossocial dos indivíduos.

Vemos que entre as participantes da pesquisa a religiosidade opera tanto como suporte espiritual quanto como suporte psicossocial. Muitas mulheres “trabalham” junto aos membros da igreja produzindo e vendendo artesanato e doces, viajam para outras comunidades para participar de festas religiosas, se organizam em grupos de apoio mútuo, etc. O suporte entre o grupo religioso pode ser visto nas falas de A., 39 anos e F., 54 anos:

Quando eu estou precisando as irmãs vem e me ajudam. Elas fazem orar por mim, me dá conselhos, às vezes trás as coisas pra mim, às vezes quando eu to precisando pra ir a um médico que eu não posso ir, como eu disse a você quando eu vou tornar já estou dentro do hospital com elas (A., mulher assentada)

Eu sou evangélica, aí, sempre eu to indo assim pra igreja. É, em forma, assim, porque sempre a gente tando na igreja, a gente tá sempre, é, em conversa, né? Ali uma coisa leva a outra, ajuda a outra, então dá pra...desabafar, de certa forma, não dar pra gente falar assim, né? Verbalmente, mas dar pra aliviar a consciência, né? Aquilo tira do foco, então, melhora (F., mulher assentada).

A experiência da espiritualidade é outro importante componente para pensar a articulação entre religião e saúde mental. De acordo com Murakami e Campos (2012, p. 362), a espiritualidade é “um sentimento pessoal que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos

debilitantes de culpa, raiva e ansiedade” que tem na religião uma de suas formas de expressão. Um exemplo de como a espiritualidade atua como um suporte para essas mulheres está na fala de A., de 48 anos de idade:

Vem aquelas coisas que eu quero fazer como eu fazia antigamente que é de correr no meio do mundo, um negócio como que eu queira me matar, tudo isso vem pra cima de mim, no meu pensamento, e eu peço misericórdia a Deus e Ele sempre está aqui do meu lado (A., mulher assentada).

A forte presença da religiosidade entre essas mulheres mostra que a construção de suas representações identitárias se dão, muitas vezes, em um embate relacional entre os discursos religiosos neopentecostais baseados no *ethos* da luta e da superação, e o discurso biomédico fundamentado na classificação diagnóstica dos sujeitos.

Apesar de desempenhar um papel fundamental na comunidade, a prática da religiosidade divide evangélicos e católicos que não se relacionam bem entre si. Essa divisão despotencializa os grupos que têm muita dificuldade em trabalhar junto e se articular politicamente. O templo evangélico foi construído na comunidade com o dinheiro e a organização dos fiéis, sendo a maioria mulheres. Nele são feitos cultos pelos menos duas vezes por semana. O pastor, que mora em Bebida Velha, é bastante respeitado e o uso do espaço do templo para qualquer fim que não seja religioso, tem que ser autorizado pelo mesmo. Esse fato nos mostra que, mesmo com que a religiosidade funcione como um importante suporte à saúde mental, especialmente para as mulheres, ela não necessariamente as empodera. À medida que essas religiões se fundamentam em preceitos tradicionais que reforçam os lugares de submissão das mulheres, elas podem, inclusive, gerar adoecimento.

É interessante ressaltar que algumas das mulheres que hoje participam ativamente, organizando eventos e trabalhando para ajudar as igrejas, foram

protagonistas no processo de luta pela terra na época do assentamento. Como observam Leite & Dimenstein (2003), através de rituais como a mística, ocupações e palavras de ordem e outros capitais simbólicos que fazem parte do cotidiano dos acampamentos, o MST ajuda a construir a identidade do sujeito militante a partir de um modelo específico de organização da sociedade e de subjetividade diferente ao modelo de indivíduo produzido pelo capitalismo.

Essa rede de solidariedade que é muito forte na época do acampamento com a participação em movimento sociais, em especial o MST, se enfraquece uma vez que são divididos os lotes e estabelecido o assentamento. A igreja, portanto, pode surgir como um espaço que resgata alguns valores de superação e pertencimento ao coletivo que estavam presentes à época da luta pela terra.

Portanto, a questão da religiosidade no assentamento deve ser problematizada pelos operadores das políticas de saúde no campo. Assim, concordamos com Murakami & Campos (2012) no sentido de que uma atenção especial deve ser dada à essa questão:

Apesar de cada vez ser mais reconhecida a importância da religiosidade para a saúde, a maior parte dos profissionais da área da saúde não recebeu treinamento para lidar com essa questão, o que tem criado uma lacuna entre o cuidado desenvolvido e o conhecimento sobre a importância que a religião representa na vida dos pacientes (Murakami & Campos, 2012, p. 362)

Trabalho

A segunda estratégia de suporte à saúde mental mais citada pelas mulheres foi o trabalho. Até o momento, demos muita ênfase à maneira como as mulheres assentadas são sobrecarregadas e exercem um trabalho invisível, o que, pelo que vimos, traz uma dimensão de sofrimento psíquico e consequências físicas para elas. No entanto, também

vimos que o trabalho pode trazer uma série de benefícios, especialmente na medida em que pode gerar um ganho de autonomia financeira e empoderamento, também aparece como um fator importante a ser levado em consideração com relação à saúde dessas mulheres.

Além disso, em um cenário como o assentamento Paulo Freire III, marcado pela apatia e pela falta de produção como o da comunidade em questão, o trabalho também aparece como uma possibilidade de escape, como nos mostra a fala de M.: “eu gosto de apanhar mangaba, eu desando no meio do mundo... Isso me alivia muito, eu me sinto bem” (M., 40 anos).

No diálogo abaixo, D., após admitir que se sentia sobrecarregada com o excesso de trabalho dentro e fora de casa, disse que mesmo assim, o trabalho era o que mais lhe ajudava em momentos de angústia: “quando eu vou apanhar mangaba, me sinto tão bem...quando eu chego em casa já começa o estresse. Eu me sinto bastante bem na mangaba, se eu pudesse vivia dentro dos matos direto, sabe? Me sinto bem”.

Entretanto, quando questionada sobre o trabalho doméstico, D. nos diz que: “o trabalho de casa, também eu sinto bem, mas às vezes a pessoa se esquentá, sei lá, fico logo estressada”.

Nesse diálogo percebemos que o trabalho doméstico parece ser particularmente estressante para essa assentada, enquanto o trabalho considerado mais pesado como colher mangada, lhe proporciona prazer, além de trazer retorno financeiro.

Como já mostramos, a época das colheitas de frutas nativas é muito importante na vida dos assentados e na organização do assentamento. Esse trabalho, apesar de pesado e cansativo, além de melhorar as condições econômicas das famílias, também funciona como um espaço de sociabilidade entre as famílias e os grupos que partem juntos para colheita. Em conversa informal com uma das assentadas, questionei quais

eram as suas atividades de lazer preferidas, ao que ela me respondeu “Meu lazer é trabalhar, lavar louça, passar pano na casa”. Ao ouvir essa frase, outras mulheres que participavam da conversa concordaram dizendo que, de fato, não havia opções de lazer no assentamento.

Outros estudos realizados em áreas rurais brasileiras também apontaram para o trabalho como importante dimensão a ser considerada como estratégia de suporte e até de cuidado à saúde mental. Investigando o cuidado familiar à portadores de transtornos mentais severos no Sertão paraibano Silva, Dimenstein e Leite (2013) perceberam que o trabalho era uma dos principais meios de cuidado e ressocialização para esses sujeitos que adquiriam, dessa forma, maiores habilidades cognitivas e sociais.

Já Wünsch (2011), também ao investigar o cuidado familiar à saúde mental em áreas rurais, notou que as famílias assentadas associam terra e trabalho como sinônimos de saúde, de forma que, para compreender e identificar o modo como agiam frente a situações que envolvessem o cuidado em saúde, foi preciso compreender que “a terra e o trabalho constituíam-se nos elementos essenciais da vida” (Wünsch, 2011,p.39).

A dimensão potencializadora do trabalho entre as mulheres do assentamento Paulo Freire III ficou mais clara a partir da inserção produtiva através da fabricação dos doces caseiros e da participação em instâncias políticas dentro e fora do assentamento. Tal processo se iniciou com uma demanda econômica, mas que impulsionou uma organização coletiva desse grupo, com a formação de uma rede, mesmo que ainda frágil, de apoio comunitário, que tem permitido um exercício de protagonismo tanto econômico quanto político desse grupo. Porém, apesar dessas mobilizações, deve-se analisar se esse protagonismo feminino também se traduz em um processo de empoderamento em relação às questões de gênero no âmbito familiar com relação à saúde mental dessas mulheres, uma vez que permite que elas desenvolvam autoestima e

outras estratégias de suporte para fazer frente ao contexto de vulnerabilidade em que se encontram.

5. Considerações Finais

Os resultados encontrados em nossa investigação apontam para a situação de grande vulnerabilidade psicossocial em que vivem os assentados e vão ao encontro ao perfil apresentado em vários estudos socioeconômicos, epidemiológicos e ambientais com populações residentes em áreas rurais no país (Maciel, Rigotto & Alves, 2011; IBGE, 2010; Carneiro et al., 2008; Aucélio, Godois & Moraes, 2001). De maneira geral, ainda existem grandes limitações com relação ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental nas áreas rurais. O processo de modernização conservadora da agricultura ainda tem agravado mais esse quadro, uma vez que aumentou a precariedade nas relações de trabalho e criou novos riscos socioambientais e para a saúde dessas populações (Pinheiro et al., 2009).

Na comunidade em questão, observou-se uma conjuntura de fatores e combinação de riscos socioeconômicos e ambientais que impactam a qualidade de vida. Tais fatores são produtores de estresse e estão diretamente relacionados às condições de saúde e, em particular, ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns. Trata-se de uma população desassistida em termos de políticas públicas, especialmente quanto à geração de renda no campo, repercutindo diretamente nas condições de moradia, trabalho, lazer, educação e estilo de vida dos moradores da comunidade.

Os assentados estão sujeitos à instabilidade climática da região devido aos períodos de seca e estiagem; à escassez de recursos naturais; à não implementação e/ou mau uso das políticas de crédito agrícola e assistência técnica; ao transporte precário; necessitam desenvolver estratégias de complementação da renda familiar; e carecem de organização coletiva e participação política que possam produzir empoderamento e interferência nos padrões de desenvolvimento local, de saúde e na vida comunitária.

A degradação ambiental, a alimentação inadequada e o baixo nível de apoio social são fatores associados ao aumento das doenças crônico-degenerativas, bem como a presença de morbidades psiquiátricas. Nesse cenário, a sobrecarga do trabalho doméstico e agrícola e a violência de gênero aparecem como agravantes que aumentam, sobremaneira, a situação de vulnerabilidade das mulheres em relação à saúde mental.

Dessa forma vemos que a pobreza, a carência de infraestrutura, de serviços básicos e de políticas públicas, que notadamente atingem a maior parte da população rural no Brasil, prejudicam mais fortemente as mulheres, pois a esse conjunto de vulnerabilidades sociais somam-se as desigualdades específicas de gênero que se constituem enquanto fatores de vulnerabilidade não apenas em relação ao desenvolvimento social e econômico dessas mulheres, mas, sobretudo, à sua saúde.

Percebemos que a maior vulnerabilidade das mulheres nas áreas rurais como um todo é consequência, em grande medida, das relações de gênero desiguais e dos valores tradicionais que se mantêm mais enraizados no campo. A divisão sexual do trabalho, que faz com que o homem tenha o poder de decidir a vida e o dinheiro das mulheres, filhas e filhos menores, é aceita sem grandes questionamentos pelas famílias de trabalhadores rurais. Essas relações desiguais são, muitas vezes, reproduzidas pelas próprias mulheres (Vasquez, 2009).

Devemos, ainda, levar em consideração que as mulheres que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza, em geral, estão mais expostas a condições de vida adversas, muitas vezes vivendo em contextos de violência e precariedade infraestrutural, que representam agravos à saúde global dos indivíduos. Por tal razão, Zanello e Silva (2012) marcam a necessidade de questionar se tais diagnósticos apontam para um quadro médico ou se o que se está produzindo não seria um processo de medicalização da pobreza e das mazelas sociais. De acordo com Santana e Silva (2012):

As mulheres e crianças são os primeiros e principais receptáculos da violência do Estado e da família. O fato das mulheres apresentarem uma maior prevalência para os transtornos mentais se explicaria devido a situações de estresse, relacionadas à pobreza, como menos acesso à escola, abuso físico dos maridos, casamentos forçados, tráfico sexual, menos oportunidades de emprego e, em alguns países, limitada participação em atividades fora de casa (Silva & Santana, 2012, p. 181).

Acreditamos, portanto, que o uso da categoria gênero explicita a assimetria existente nos mecanismos de construção social da realidade e a maneira como se estabelecem relações entre homens e mulheres no interior da sociedade como um vetor que permeia a produção das subjetividades e, conseqüentemente, as interpretações sobre o adoecimento psíquico.

Ao mesmo tempo, notamos que a rede pública saúde, particularmente, a atenção básica, não parecem preparadas para receber as demandas dessa população. Os profissionais muitas vezes não compreendem as gramáticas do sofrimento utilizadas pela comunidade e desenvolvem estratégias de cuidado que não levam em conta as especificidades do cenário rural. Há também um total desconhecimento, por parte da população, sobre as ações e a função da ESF que funciona em uma lógica tecnicista, em um modelo assistencial individualizado e que não valoriza os saberes da própria comunidade.

Apesar dos avanços em termos de políticas públicas de saúde nas áreas rurais brasileiras com a criação da PNSIPCF em 2011, os incentivos para a atuação na saúde do campo ainda são tímidos, existindo uma distância entre o que é preconizado na lei e o que chega à base do sistema de saúde.

Em relação às queixas de sofrimento psíquico das mulheres, a prescrição de medicação ansiolítica é o único recurso acessado no cuidado à saúde mental. Isso

mostra como a articulação entre ações de atenção, promoção e cuidado em saúde mental na atenção básica ainda é deficitário e como o uso desses medicamentos é naturalizado e, muitas vezes, indiscriminado. Entendemos que esse modelo assistencial é problemático uma vez que “cala” o sofrimento e angústia dessas mulheres sem levar em consideração a subjetividade delas e as construções sociais que estão por trás de tais “sintomas”. Não se trata de negar a eficácia e a necessidade dos ansiolíticos, mas, questionar, se, o ansiolítico não pode ser considerado um mecanismo ideológico, “na medida em que oculta os aspectos sociais do processo saúde/doença dessas mulheres, o que torna o seu uso justificado, perpetuado e concebido como natural, além de servir aos interesses econômicos da sociedade capitalista” (Carvalho & Dimenstein, 2004, p. 127).

Como nos aponta Bonfim et al. (2013) pensar sobre essas particularidades das mulheres residentes nos acampamentos, assentamentos e na zona rural, pode auxiliar a ir além das ações programáticas que fazem parte da estratégia da atenção básica de saúde, como o planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer de colo e de mama. Concordamos com Zanello (2010) no sentido de que se evidencie que tanto o diagnóstico quanto o tratamento oferecido são atos políticos da maior importância, que podem levar tanto a uma validação e reafirmação das desigualdades existentes, quanto a uma reformulação das políticas públicas para saúde mental. Portanto, faz-se necessário transformar a escuta dos profissionais de saúde, sensibilizando-os para os contextos sociais e culturais presentes no sofrimento psíquico, dando visibilidade ao sofrimento por trás dos diagnósticos.

Dessa forma, reafirmamos a importância de conhecer e entender os contextos que produzem processos de saúde/doença, questionando as concepções reducionistas e biologizantes acerca da saúde mental, reforçando o diálogo entre o campo dos estudos de gênero e saúde de forma a elaborar intervenções e políticas públicas que deem conta das demandas da população e de processos de transformação da realidade dessas

mulheres entendendo que a promoção de saúde envolve necessariamente um processo de empoderamento dos sujeitos envolvidos.

Apesar das dificuldades apresentadas, percebemos que as mulheres têm vivido um processo de ganho de autonomia e empoderamento no contexto da reforma agrária. A implantação pelo Governo Federal de políticas especiais voltadas para a produção das mulheres do campo, como a linha de crédito do Apoio Mulher³⁰, ATES específicas para as mulheres, e outros benefícios como o PBF, vem, aos poucos, melhorando as condições de vida e produção das mulheres, que além de tudo vêm pleiteando mais espaços através das esferas de organização coletiva como cooperativas de produção e movimentos sociais.

Portanto, o reconhecimento da necessidade de políticas específicas voltadas para essa população tem grande impacto na esfera da saúde. Uma série de políticas e programas de saúde voltados para a população do campo vêm sendo desenvolvidas também para dar conta das demandas das mulheres nesse contexto, como a PNSIPCF onde destacam-se às ações voltadas para a promoção da igualdade de gênero, do acesso à saúde nas áreas rurais, de uma atenção específica voltada à saúde das mulheres camponesas e o combate a violência contra as mulheres do campo. Além disso, uma vez que essas mulheres se empoderam, elas ficam menos vulneráveis aos riscos a que estão expostas e podem se organizar politicamente frente ao Estado.

Outro aspecto importante de ser observado dentro dessas “novas” dinâmicas de gênero na área rural é a maneira como os movimentos sociais e grupos de atuação política no campo vêm se apropriando, cada vez mais, do discurso de apoio à promoção da equidade de gênero.

Ao mesmo tempo, a participação das mulheres em sindicatos de trabalhadores rurais e a organização em torno de movimentos próprios também têm crescido

³⁰ O MDA possui desde 2008, a Diretoria de Políticas para as Mulheres Rurais que tem com objetivo a promoção de ações que visam reparar as condições desiguais de gênero no campo.

fortemente desde os anos 1980. Movimentos como o MMC e a Marcha das Margaridas têm ampla visibilidade nacional e dialogam diretamente com movimentos camponeses e feministas mais amplos como a Marcha Mundial de Mulheres e Articulação de Mulheres Brasileiras, por exemplo.

De acordo com Costa e Schwade (2012), essa conquista de espaços vem geralmente acompanhada de uma série de conflitos, tanto dentro dos movimentos quanto da esfera familiar. Os conflitos familiares gerados a partir da participação na esfera pública e política se ligam a uma construção moral baseada em valores tradicionais e uma ideia de que “lugar de mulher” está na esfera daquilo que é privado, da casa. Isso mostra como os movimentos sociais não estão apenas restritos a uma ordem econômica ou política, eles se dão também entre as diferentes maneiras pelas quais os indivíduos e grupos entendem viver as suas existências, trazendo, assim, inúmeras possibilidades de desvios e reapropriações (Guattari & Rolnik, 1996).

Na medida em que a participação política proporciona o contato com outras sociabilidades e construções identitárias, abre-se espaço para a reflexão sobre os arranjos familiares e posicionamentos políticos no cotidiano dessas mulheres e, conseqüentemente, no cotidiano dos assentamentos rurais, o que pode trazer benefícios à saúde na medida em que permite que elas criem outras estratégias de enfrentamento para o sofrimento psíquico, além do uso de medicação e da religiosidade.

Tem sido notório o avanço do grupo de mulheres do assentamento Paulo Freire III na busca na construção de alternativas de enfrentamento das dificuldades que envolvem tanto as atividades produtivas quanto de sua inserção políticas em instâncias representativas do assentamento, como de entidades municipais. Esse processo, embora desafiador, tem permitido um exercício de autonomia e protagonismo que implica tanto a construção de um posicionamento econômico, quanto político e social do grupo frente

à sua comunidade, em um movimento de reconfiguração das relações de gênero e de trabalho reconhecidas como tradicionais no meio rural.

Diante do cenário aqui apresentado gostaríamos de ressaltar, por fim, que não tivemos a pretensão de oferecer respostas conclusivas às questões levantadas. Tais questões se configuram para nós como novos desafios de pesquisa e abrem espaço para muitas possibilidades de discussão que buscaremos desenvolver futuramente.

6. Referências

- Albuquerque, F. J. B., Coelho, J. A. P. M., & Vasconcelos, T. C. (2004). As políticas públicas e os projetos de assentamento. *Estudos de Psicologia*, 9 (1), 81 – 88.
- Alves, P. C. & Rabelo, M. C. M. (1999). Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In M. C. Rabelo, P. C. Alves & I. M. Souza (Orgs.), *Experiência da doença e narrativa* (pp. 171 – 185). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amato, T. C, Pavin, T., Fernandes, L. F., Ronzani T. M., & Batista, A. (2010). Trabalho, gênero e saúde mental: uma pesquisa quantitativa e qualitativa entre bombeiros. *Cad. psicol. soc. trab.*, 13 (1), 103 – 118.
- Andrade, M. C. (2002). *O Brasil e a questão agrária*. Recife: UFPE.
- Andrade, M. C. (1985). *A seca: realidade e mito*. Recife: Editora ASA.
- Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Almeida, M. M. G. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 5 (3), 337-348.
- Araújo, N. N., Nepomuceno, R. R. S., Figueiró, R. & Mello, L. (2013).. Mulheres e psicotrópicos: subjetivação e resistência em trabalhadoras rurais assentadas. In J. F. Leite & M. Dimenstein (Orgs.), *Psicologia e contextos rurais* (pp. 273 - 301). Natal: EDUFRN.
- Araújo, J. N. G., & Greggio, M. R. (2009). *Saúde e Trabalho Rural no Brasil: múltiplos olhares*. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais.
- Arellano, O. L., Escudero, C., & Dary, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud - Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323 – 335.
- Arcury, T. A., & Quandt, S. (2009). *Latino farmworkers in the eastern United States: health, safety and justice*. New York: Springer.
- Argolo, J. C. T. & Araújo, M. A. D. (2004). O impacto do desemprego sobre o bem-estar psicológico dos trabalhadores da cidade de Natal. *Revista de Administração Científica*, 8, 4, 161-182.
- Aucélio, P. Q., Godoi, A., & Moraes, M. (Coord.) (2001). *Saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos de reforma agrária*. Brasília: UNB.
- Bandeira, M., Freitas, L. C., & Carvalho Filho, J. (2007). Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (1), 41 – 47.
- Barcellos, C. (2008). Problemas emergentes da Saúde Coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In A. C. Miranda, C. Barcellos, J. C. Moreira & M. Monken (Orgs.), *Território, ambiente e saúde* (pp. 45 -55). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Barros, C. A., & Oliveira, T. L. (2009). Saúde mental de trabalhadores desempregados. *Revista Psicologia*, 9(1), 86-107.
- Barth, F. (2000). *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bergamasco, S. M. P. (1997). A realidade dos assentamentos rurais por detrás dos números. *Estudos Avançados*, 11(31), 37 – 49.
- Bergamasco, S. M. P., & Norder, L.A.C. (1996). *O que são Assentamentos Rurais*. São Paulo: Ed. Brasiliense.
- Brito, J. C. (2000). Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 195-204.
- Brito, J. C. (2005). Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4), 879 – 890.
- Bohle, H. G., Downing, T. E., & Michael, J. (1994). Climate change and social vulnerability: toward a sociology and geography of food insecurity. *Global Environmental Change*. 4 (1), 37 – 48.
- Bonfim, E. G., Costa, M. C., & Lopes, M.J. M. (2013). Vulnerabilidade das mulheres à violência e danos à saúde na perspectiva dos movimentos sociais rurais. *Athenea Digital*, 13(2), 193-205.
- Bourdieu, P. (2010). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Butler, J. (2008). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butto, A. (2011). Políticas para as mulheres rurais: Autonomia e cidadania. In A.,Butto & I. Dantas (Orgs.) *Autonomia e cidadania: políticas de organização produtiva para as mulheres no meio rural*. Brasília: MDA.
- Buss, P. M. (2007). Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1575-1589.
- Brumer, A. (1996). Mulher e desenvolvimento rural. In C. Presvelou, F. Almeida & J. Almeida (Orgs.), *Mulher, Família e Desenvolvimento Rural* (pp. 40 – 58). Santa Maria: UFSM.
- Campos, C. S. S. (2011). *A face feminina da pobreza em meio à riqueza do agronegócio*. Buenos Aires: Clacso/Outras Expressões.
- Campos, R. O., & Gama, C. (2010). Saúde Mental na Atenção Básica. In G. W Campos & A. V. Guerrero (Orgs.), *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada* (pp. 209- 235). São Paulo: Editora Hucitec.

- Caponi, S. (2007). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4(2), 287-307.
- Carneiro, M. J. (2001). Herança e identidade de gênero entre agricultores familiares. *Revista de Estudos Feministas*. 9 (1), 22 – 55.
- Carneiro, M. J. (2006). Pluriatividade da agricultura no Brasil: uma reflexão crítica. In S. Scneider (Org.), *A Diversidade da Agricultura Familiar* (pp. 165 -185). Porto Alegre: UFRGS.
- Cartier, R., Barcellos, C., Hübner, C., & Porto, M. F. (2009). Vulnerabilidade social e risco ambiental: uma abordagem metodológica para avaliação de injustiça ambiental. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2695-2704.
- Carneiro, F. F., Tambellini, A. T., Silva, J. A., Haddad, J. P. A., Búriço, A. C., Sá, W. R., Viana, F. C., & Bertolini, V. A. (2008). Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005. *Rev. Saúde Publica*, 42 (4), 757 - 763.
- Carroll, D., Samardick, R.M., Bernard, G., Gabbard, S., & Hernandez, T. (2005). *Findings from the National Agricultural Workers Survey (NAWS) 2001-2002: A demographic and employment profile of United States farm workers*. U.S. Department of Labor, Office of the Assistant Secretary for Policy, Office of Programmatic Policy (Research Report No. 9).
- Chiaverini, D., Gonçalves, D., Ballester, D. Tófoli, L. F. Chazan, L., Almeida, N., & Fortes, S. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Cixous, H. (1995). *La risa de la medusa: ensayos sobre la escritura*. Barcelona: Anthropos.
- Cohn A. (2001). Saúde coletiva: em busca da identidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 6(1), 21-24.
- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (2010). *Panorama Social da América Latina 2010*, Santiago de Chile: Cepal.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (2008). *Combate à violência contra as mulheres trabalhadoras rurais*. Brasília: CNMTR.
- Costa, J. S., D. Menezes, A. M., Olinto, M. T. A., Gigante, D. P., Macedo, S., Britto, M. A. P., & Fuchs, S. C. (2002). Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(2), 164-173.
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 73 – 79

- Costa, M. G. S. G., & Schwade, E. (2012) Discursos e feminismos em movimento entre a Marcha Mundial de Mulheres e o MST. *Sociais e Humanas*. 25(2), 221 – 230.
- Cordeiro, R. (2007). Gênero em contextos rurais: a liberdade de ir e vir e o controle da sexualidade das mulheres no Sertão de Pernambuco. In J. M. Jacó-Vilela & L. Sato (Orgs.) *Diálogos em Psicologia Social* (pp. 131-139). Porto Alegre: Editora Evangraf Ltda.
- Coimbra, C. M. B., & Leitão, M. B. S. (1997). Direitos Humanos e a construção de uma ética militante. *Revista Brasileira de Direito Constitucional*, 9 (1), 165 – 177.
- Coutinho, M. P. L., Rodrigues, I. F., & Ramos, N. (2012) Transtornos Mentais Comuns no Contexto Migratório Internacional. *Psico*, 43(3), 400-407.
- Couto-Oliveira, V. (2010). *Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília). Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2862/1/22007_VeruscaCoutodeOliveira.pdf.
- Deere, C. D. (2002). *O empoderamento da mulher: direitos à terra e direitos de propriedade na América Latina*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez.
- Deleuze, G.(1992). *Conversações*. Tradução Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Derrida, J. (2004) *.Gramatologia*. São Paulo: Perspectiva.
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *CS*, 11(1), 43–72.
- Delgado, G. (2005). A questão agrária no Brasil: 1950-2003. In L. Jaccoud (Org.). *Questão agrária no Brasil: perspectiva histórica e configuração atual*. (pp. 51 - 90) Brasília: IPEA.
- Douglas, M. (2007). *Como as instituições pensam*. São Paulo: Edusp.
- Duarte, L. F. D. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Duarte, L. F. D. (1994). A outra saúde – mental, psicossocial, físico-moral? In P.C. Alves & M.C.S. Minayo (Orgs.), *Saúde e doença: um olhar antropológico* (pp.83 – 90). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Duarte, L. F. D. (1998). Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. L. F. Duarte & O. F. Leal (Orgs.), *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas* (pp. 9 – 24). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Duarte, L. F. D. (2003). Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 173 – 183.

- Engel, M. (2007). Psiquiatria e feminilidade. In M. D. Priore (Org). *História das mulheres no Brasil* (pp – 322 -360). São Paulo: Contexto.
- Faker, J. N. (2009) *A cana nossa de cada dia: saúde mental e qualidade de vida em trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar de Mato Grosso do Sul*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande). Recuperado de <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8075-a-cana-nossa-de-cada-dia-saude-mental-e-qualidade-de-vida-em-trabalhadores-rurais-de-uma-usina-de-alcool-e-acucar-de-mato-grosso-do-sul.pdf>.
- Faria, N.M.X., Facchini, L. A., Fassa, A. G., & Tomasi, E. (2000). Processo de produção rural e saúde na Serra Gaúcha (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, 16(1), 115 – 128.
- Federação dos Municípios do Rio Grande do Norte (2011). *Distâncias dos municípios do Rio Grande do Norte a Natal – RN*. Recuperado de <http://www.femurn.org.br/femurn/municipio/distancias.asp>.
- Fundo Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (2013). *Equipes saúde da família – localidade: Pureza*. Recuperado de <http://189.28.128.178/sage/>.
- Furtado, C. (2004). Os desafios da nova geração. *Revista de Economia Política*, v. 24, 4 (96), 483 – 486.
- Furtado, C. (1979). *A questão agrária no Brasil*. São Paulo: Brasiliense.
- Furtado, R., & Furtado, E. (2000) *A intervenção participativa dos atores (INPA) – uma metodologia de capacitação para o desenvolvimento local sustentável*. Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura.
- Fonseca. T. M.G. (2000) *Gênero, subjetividade e trabalho*. Petrópolis - RJ: Vozes.
- Fonseca, M. L., Guimarães, M. B. L., & Vasconcelos, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS*, (11)3, 285 – 294.
- Foucault, M. (1980). *História da sexualidade 1: A vontade de saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Gentry A. L., Grzywacz J. G., Quandt S. A., Davis S.W., & Arcury T. A. (2007). Housing quality among North Carolina farmworker families. *Journal of Agricultural Safety and Health*, (1)1, 323–337.
- Giddens, A. (2005). *Sociologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Golberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London; New York: Tavistock; Routledge.
- Graziano da Silva, J. (1981). *A modernização dolorosa: estrutura agrária, fronteira agrícola e trabalhadores rurais no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (1996). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Guattari, F. (2000). *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34.
- Guimarães, M. B. L., Sorvi, M., Savi, E. A., Cardoso, E, Lima, C. M., & Lacerda, A. (2005). *Vigilância civil da saúde na atenção básica - uma proposta de ouvidoria coletiva na AP.3.1: relatório apresentado à escola de governo em saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. Recuperado de <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=2682>.
- Heredia, B. M. A., & Citrão, R. P. (2006) Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. In Unifem. *O progresso das mulheres no Brasil*. Recuperado em de www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/Cartilhas/Progresso%20das%20Mulheres.
- Hirata, H. (2002). Globalização e divisão sexual do trabalho. *Cad. Pagu*, 17-18, 139-145.
- Hirata, H. (2002). *Nova divisão sexual do trabalho?* (Coleção Mundo do Trabalho). São Paulo: Boitempo Editorial.
- Hirata, H. (2011). Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Caderno CRH*, 24(2), 15–22.
- Hirata, H., & Zarifan, P. (2009) Trabalho (o conceito de). In H. Hirata et al. (Orgs.), *Dicionário Crítico do Feminismo* (pp. 251 – 255). São Paulo: UNESP.
- Ieno Neto, G . (2013). Prefácio. In J. F. Leite & M. Dimenstein (Orgs.), *Psicologia e contextos rurais* (pp. 13 -18). Natal: EDUFRN.
- Iacoponi, E., & Mari, J.J. (1988). Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. *Int J Soc Psychiatry*, (3), 213-222.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006). *Censo Agropecuário*. Recuperado em de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo Demográfico: Trabalho e Rendimento/ Educação e Deslocamento*. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000011363712202012375418902674.pdf> .
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). *Reforma Agrária: Pesquisa Sobre a Qualidade de Vida, Produção e Renda dos Assentamentos da Reforma Agrária*. Recuperado de <http://www.pqra.incra.gov.br>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). *Levantamento sistemático da produção agrícola do ano de 2012*. Recuperado de www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/agropecuaria/lspa/lspa_201202.pdf.
- Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (2011). *Histórico do INCRA*. Recuperado de <http://www.incra.gov.br/index.php/institucional/historico-do-incra>.

- Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (2012). *Projetos de Reforma Agrária Conforme Fases de Implementação*. Recuperado de <http://www.incra.gov.br/index.php/reforma-agraria-2/questao-agraria/numeros-da-reforma-agraria/file/31-relacao-de-projetos-de-reforma-agraria>.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2012). *Boletim Mercado de Trabalho - Conjuntura e Análise nº 53*. Recuperado de http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/bmt53_estat04_desemprego.pdf.
- Kaplan, G. (1992). *Contemporary Western European feminism*. Londres: UCL Press.
- Koehn, D. (2001). Gender and mental health: recognition of unresolved issues. *Advances Psychiatric Treat*, 83 – 84.
- Koga, D. (2003). *Medidas de cidade - Entre Territórios de Vida e Territórios Vividos*. São Paulo: Cortez.
- Kronbauer J.F.D., & Meneghel S.N. (2005) Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública*, 39, 695-701.
- Lei nº 11.326, de Julho de 2006* (2006). Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. Recuperado de www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/lei/111326.htm.
- Leite, S., Heredia, R., Medeiros, L., Palmeira, M., & Cintrão, R. (2004). *Impacto dos assentamentos: um estudo sobre o meio rural brasileiro*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Leite, J. F. (2008). *A militância em movimento: amizade e maquinação de modos de existência no MST* (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal). Recuperado de <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/8914>.
- Leite, J. F., & Dimenstein, M. (2003) Procesos de subjetivación en la lutchá por la tierra em Brasil. *Subjetividad y Cultura*, 20 (1), 32-43.
- Lobato, S. M. R. (2003). O silêncio como metáfora: o uso de agrotóxicos e a saúde de agricultores no município de Igarapé-Açu / Pará. (Tese de doutorado, Universidade Federal do Pará, Belém). Recuperado de http://www.ufpa.br/naea/gerencia/ler_tcc.php?id=142.
- Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Ludermir A. B. (2000) Inserção produtiva, gênero e saúdemental. *Cad Saúde Pública*, 16 (1), 109-18.
- Ludermir A. B. (2005) Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr* 54(3), 198-204.
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(3), 451-467.

- Ludermir A. B., & Melo Filho D. A. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*, 36(2), 213-219.
- Ludermir, A. B., Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., França-Junior, I., & Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66(4), 1008-1018.
- Lüdke, M., & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Machado, R., Loureiro, A., Luz, R., & Muricy, K. (1978). *A danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Maestri, M. (2005). A aldeia ausente: índios, cablocos, cativos, moradores e imigrantes na formação da classe camponesa brasileira. In J. P. Stédile (Org.), *A questão agrária no Brasil: o debate na esquerda – 1960 – 1980*. São Paulo: Expressão Popular.
- Maluf, S. W. (2009). *Gênero, subjetividade e saúde mental políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e saúde mental* (Relatório de pesquisa). Florianópolis: FAPESC/UFSC.
- Maragno, T. M., Pinho, P. S., & Almeida, M. M. G. (2005) Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saúde Materna. Infant.*,5(3), 337 - 348.
- Maragno, T. M., Goldbaum, M., Giani, R. J, Novaes, H. M. D., & Cesar, C. L. G. (2006) Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648.
- Mariano, S. A., & Carloto, C. M. (2009) Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(3), 901-908.
- Mathieu, N. C. (2009) Sexo e gênero. In H. Hirata et al. (Orgs.) *Dicionário Crítico do Feminismo*. (pp. 222 – 231). São Paulo: UNESP.
- Medeiros, L. S. (1997). Impactos históricos do uso e da propriedade da terra no Brasil. In J. P. Stédile (Org.) *A reforma agrária e a luta do MST*. Petrópolis - RJ: Vozes.
- Mendes, M. A.(2008). De trabalhadoras rurais a chefes de família em ZEIS: visitando as trajetórias e estratégias femininas. *Raízes*, 27, (1), 56–70.
- Melo, H. P, & Di Sabbato, A. (2000). The feminine in the rural world – a look through PNAD/IBGE. *Anais do X World Congress of Rural Sociology, XXXVIII Congresso Brasileiro de Economia e Sociologia Rural*, Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.irsa-world.org/prior/X/>.

- Melo, H. P., & Di Sabbato, A. (2009). Gênero e trabalho rural. In A. Butto (Org.) *Estatísticas rurais e a economia feminista: um olhar sobre o trabalho das mulheres* (pp. 31 – 117). Brasília: MDA.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2006). Contribuições da Antropologia. In G. W. S Campos., M.C.S Minayo, M. Akerman, , M. Drumond Júnior & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 375 – 418). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ministério do Desenvolvimento Agrário (2006). *Gênero, agricultura familiar e reforma agrária no Mercosul*. Brasília: NEAD.
- Ministério do Desenvolvimento Agrário (2011). *Estatísticas do meio rural 2010-2011*. São Paulo: DIEESE;NEAD;MDA.
- Ministério da Saúde (2005). *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0306_M.pdf.
- Ministério da Saúde (2011). *Política nacional de saúde integral às populações do campo e da floresta*. Brasília: SEGP.
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-367.
- Neves M. Y. R., & Silva, E. S. (2006). A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, (6)1, 63 – 75.
- Nogueira, C. (2001). *Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero: feminismo e perspectivas críticas na psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nogueira, H., & Remoaldo, P. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Norder, L. A. C. (1997). *Assentamentos rurais: casa, comida e trabalho*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Oliveira, G. C., & Vazquez, D. A. (2010). Florestan Fernandes e o capitalismo dependente: elementos para a interpretação do Brasil. *OIKOS*, 9(1), 137-160.
- Oliveira, D. (2008). Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*, 16(4), 569-576.
- Organização Mundial de Saúde (1948). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Recuperado de <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>.
- Pan American Organization (1995). *The health situation of women in Latin America and The Caribbean*. Recuperado de http://hist.library.paho.org/English/SMSD/SMSD15_6_ENG.pdf.

- Paulilo, M. I. S. (2004). Trabalho Familiar: uma categoria esquecida de análise. *Estudos Feministas*, 12(1), 229 – 252.
- Passos, E., & Benevides, R. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*.(pp. 17 – 30) Porto Alegre: Sulina.
- Patel V, & Kleinman A. (2008). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*, 81(8), 609-15.
- Perez, M. A. G. (2001). *O trabalho doente entre assentamentos rurais* (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas). Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000223030>.
- Pinheiro, T.M., Silva, J. M., Carneiro, F., Faria, H., & Silva, E. (2009). Saúde no campo. In A. Miranda (Coord.), *Cadernos de textos da 1ª Conferencia Nacional de Saúde Ambiental* (pp. 25 – 29). Brasília: ABRASCO.
- Pinho, P. S., & Araújo, T. M. (2012). Association between housework overload and common mental disorders in women. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 560 – 572.
- Piscitelli, A. (1996). Ambivalência sobre os conceitos de sexo e gênero na produção de algumas teóricas feministas. In N. Aguiar (Org.), *Gênero e Ciências Humanas* (pp. 49 – 66). Rio de Janeiro: Fora do Tempo.
- Portaria nº 978 de maio de 2012/Ministério da saúde* (2012). Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html.
- Rêgo, M. C. D. (2010). *Estudo da situação social, econômica, educativa, cultural das áreas de assentamento do RN 2009/2010 – UFRN/SIGAA* (Relatório de pesquisa).
- Rego, W. D. L. (2010). Política de cidadania no governo Lula. Ações de transferência estatal de renda: o caso do Programa Bolsa Família. *Revista Temas y Debates*. 14 (2), 141-155.
- Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M., & Mari, J. J. (2009). Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Suppl. 2), S49-S57.
- Rigotto, R. M., & Augusto, L. G. S. (2007) Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cad.Saúde Pública*, 23(4), S475-S501.
- Rigotto, R. M., Carneiro, F. Ferreira, M., A., Rocha, M., Ferreira, M., Pessoa, V., Teixeira, A., Silva, M., Braga, L., & Teixeira, M. M. (2012). O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6), 1533-1542.

- Rocha, S. V., Almeida, M. M. Guimarães de, Araújo, T. M. & Virtuoso Júnior, J. S. (2010). Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. *Rev. bras. Epidemiol.*, 13(4), 630-640.
- Rohden, F. (2009). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. São Paulo: Artmed.
- Sandroni, P. (1999). *Novíssimo dicionário de economia*. São Paulo: Best Seller.
- Santana, V. S., Loomis, D. P., & Newman, B. (2001). Housework, paid work and psychiatric symptoms. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 145- 150.
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 177-182
- Santos, E. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 238-246.
- Santos, K., O. B., Araújo, T. M. A., & Oliveira, N. F.(2009). Estrutura fatorial e consistência interna do SRQ-20 em população urbana. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(1), 214-222.
- Santos, M. (2008). *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record.
- Santos, A. L., & Rigotto, R. M. (2010). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde (Impresso)*, 8 (1), 387-406.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD, 2009.
- Secretaria de Políticas para as Mulheres (2004). *Plano Nacional de Políticas para Mulheres*. Brasília: SPM. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf.
- Scavone, L. (2008). Estudos de gênero: uma sociologia feminista? *Revista Estudos Feministas*, 16(1), 173-186.
- Schwade, E. (2010). Novos Contextos: gênero e juventude em assentamentos rurais. In: E. Schwade & C. G. O. Valle (Orgs.), *Processos Sociais, Cultura e Identidades* (pp. 323-358). São Paulo: Annablume.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e realidade*. Porto Alegre, 20(2), 71 –99.
- Scott, R. P., & Cordeiro, R. (2010). Introdução. In R. P. Scott & R. Cordeiro (Orgs.), *Agricultura familiar e gênero: práticas, movimentos e políticas públicas*. Recife: UFPE.

- Scott, R. P. (2010). Gênero e geração em contextos rurais: algumas considerações. In R. P. Scott, R. Cordeiro & M. Menezes (Orgs.), *Gênero e geração em contextos rurais* (pp. 15 – 33). Ilha de Santa Catarina: Ed. Mulheres.
- Silva, S. H., & Rocha, S. D. (2010). A divisão sexual do trabalho na agricultura familiar na Amazônia: o “não trabalho feminino”. *RELEM – Revista Eletrônica Mutações*, 1(1), 1 – 15.
- Silva, V. H. F., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais, *Mental*, 19 (10), 267–285.
- Silva C. (2011). Pensar o futuro, bem viver o presente. *Cadernos de crítica feminista*. V(4), 100 – 111.
- Silva, D. F., & Santana, P. R. (2012). *Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática*. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 175 – 185.
- Soares, D. (2006). “O sonho de Rose”: políticas de saúde pública em assentamentos rurais. *Saúde e sociedade*, 15(3), 57 – 73.
- Souza, A. R., Opaleye, E. S., & Noto, A. N. (2013). Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1131-1140.
- Souza Filho, A. (2008). Cérebros (Homos)sexuais: ressonâncias do preconceito. In *Diário de Natal*, Natal, p.10 - 10, 06 jul. 2008. Recuperado de diariodenatal.dnonline.com.br/site/materia.php?idsec=2&idmat=172948
- Souza Filho, A. (2009). A política do conceito: subversiva ou conservadora? – crítica à essencialização do conceito de orientação sexual. *Bagoas: Estudos gays, gênero e sexualidades*. 3(4), 59 – 77.
- Sorj, B., Fontes, A., & Machado, D. C. (2007). Políticas e Práticas de Conciliação entre Família e Trabalho no Brasil. *Cadernos de Pesquisa (Fundação Carlos Chagas)*, 37, 573-594.
- Stédile, J. P. (2011). Introdução. In Stédile, J. P. (Org.), *A Questão Agrária no Brasil: o debate tradicional - 1500 – 1960* (pp. 17 – 33). São Paulo: Expressão Popular.
- Steiner, M. (2005). Saúde mental da mulher: o que não sabemos? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 27(1), S41 – S42.
- Thébaud-Mony, A. (2009). Saúde no Trabalho. In H.Hirata et al. (Orgs.), *Dicionário Crítico do Feminismo* (pp. 217 – 222). São Paulo: UNESP.
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O Poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus.
- Vasconcelos, E. M. (2012). Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, 4(8), p. 8-21.

- Vasquez, C. (2009). A Psicologia na Área Rural: Os Assentamentos da Reforma Agrária e as Mulheres Assentadas, *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(4), 856–867.
- Vieira, E. M. (2008). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da Violência 2012 – Caderno complementar 1: homicídio de mulheres no Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari. Recuperado de http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf
- World Health Organization (2001a). *The World Health Report – 2001: Mental Health: New understanding, New Hope*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1.
- World Health Organization (2001b). *Gender disparities in mental health*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf.
- World Health Organization (2002). *Gender and mental health*. Recuperado de <http://www.who.int/gender>.
- Wünsch, S. (2011). *Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria). Recuperado de <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao%20simone%20wunsch.pdf>.
- Zanello, V. (2010). Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In Cristina Stevens, Kátia Cristina Tarouquella, Tânia Mara Campos & Valeska Zanello (Orgs.), *Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares* (pp. 307 – 320). Brasília: ExLibris.
- Zanello, V., & Silva, R. M. (2012). Gênero, saúde mental e violência estrutural. *Revista bioética*, 20 (2), 267 – 279.

Apêndices

Apêndice I

Roteiro de entrevista semiestruturada

Vimos que o(s) resultado(s) do(s) questionário(s) indica(m) que você pode estar experimentando problemas relacionados ao seu bem-estar emocional³¹

1. O que você acha desse resultado? Faz sentido pra você? Você considera que isso é um problema? Por quê?
2. Quando começaram esses problemas, com que idade e por quê?
3. Você já buscou algum tipo de ajuda? O que você fez? Quais recursos/ serviços ou orientações você procurou e/ou recebeu? Já precisou se internar alguma vez? (Descrever todos os serviços profissionais públicos (SUS) ou privados que você procurou – ambulatórios, consultórios, clínicas ou hospitais procurados, incluir os diversos profissionais de saúde.)
4. Faz uso de alguma medicação como forma de tratamento? Se sim, qual e há quanto tempo?
5. Além do médico e profissionais de saúde que outra/s forma/s de tratamento você procurou? (Descrever alternativas assistenciais - práticas religiosas, alternativas, benzedeadas ou outros: pessoas amigas ou familiares, grupos de apoio.)
6. Descreva o que aconteceu nestes serviços e formas de ajuda: tratamento/orientação que você recebeu ajudaram? Sim? Não? Por quê?
7. Você seguiu o tratamento recomendado em cada um dos locais/serviços procurados? Sim? Não? Por quê?
8. Como você se sentiu com o atendimento recebido? Por quê?
9. Como você acha que deveria ter sido tratado/cuidado?
10. O que você desejaria que estivesse disponível para seu tratamento nos serviços de saúde que você procurou?
11. O que deveria ter disponível nas ESF referente ao seu assentamento?
12. Como a comunidade lida com o sofrimento mental no assentamento? Permite ou não? Em que situações?
13. A comunidade ou as pessoas do assentamento sabem do problema que você/sua família enfrentam? Como elas agem/reagem? Ajudam ou não? Como? Você acha que são solidárias?

³¹ Termos opcionais: problemas de saúde mental; problema de nervos; nervoso; nervosismo.

Apêndice II

Plano de análise das entrevistas - Categorização

Temas	Categorias	Indicadores/unidades de registro	Unidades de contexto
Causas/Fatores associados	Relacionamento (f = 7)	Ajuntamento/ Casamento	<i>Não, só depois que eu me juntei, vai fazer três anos que tou junta. (E1)</i> <i>Depois que eu me casei, tive filhos, acho que com a luta do dia a dia, precisamente, não sei. (E3)</i> <i>Começou depois que eu casei e fui morar em Pacho do Meio e de lá ele começou aí, deixava eu em casa com idade de 16 anos, deixava eu em casa e ia procurar outras mulheres fora, aconteceu que, nessas, eu me separei, fui embora depois mesmo eu fiquei com esse [o atual marido] (E6)</i> <i>foi logo quando eu me separei, eu me separei, que eu sai de casa, deixei minhas filhas com minha mãe, aí foi nesse período que eu comecei a...a me preocupar com as coisas. (E4)</i>
		Separação	<i>depois que tem filha moça em casa fica tudo diferente, você não tem mais privacidade que você tinha antes, então, isso cada vez mais também vai afastando.(E6)</i> <i>problema com meu marido, como já disse sofreu mais porque ele não me dá atenção (E7)</i>
		Problemas conjugais(f=2)	<i>Desde o tempo em que ele bebia. Ta entendendo? Ele bebia muito, quando chegava em casa ele ficava dizendo as coisas comigo, aí foi crescendo o problema de eu ta nervosa, porque quando chegava na sexta-feira, ele já tava pra chegar do serviço, eu dizia: meu Deus, hoje já é sexta-feira, é hoje, amanhã e domingo que eu não tenho mais sossego na minha vida, e tudo botando na minha cabeça, fui criando aqueles problemas na minha cabeça, eu não podia chegar...ele podia chegar em casa que eu já tava ficando nervosa, às vezes a gente pegava briga dentro de casa, ele atrás de me matar e eu de matar ele, as vezes queria matar ele até na dormida, tudo vinha no meu pensamento.(E9)</i>
	Ser cuidadora (f=2)		<i>Eu acho que é porque eu cuido do meu pai muito tempo, aí eu fico com aquele nervosismo (E15)</i>
Trabalho (f=4)		Trabalho doméstico	<i>Eu acho que é porque assim, eu trabalho muito pesado, carrego muito peso e quando chego em casa ainda tenho que fazer as coisas. Acordo todo dia às 3 da manhã pra fazer a comida pros menino ir pra escola. Tem que dia que eu saio sozinha no meio desses mato, sem carroça nem nada. (E17)</i>
		Trabalho da pesado	<i>Eu sou uma pessoa doente, eu num posso trabalhar, mas tenho que trabalhar porque não tenho quem dê nada por mim. Ou eu morro de trabalho ou eu morro fome! (E18)</i> <i>Eu carrego os peso da cabeça, as mangaba, e depois fico com o juízo doendo. (E16)</i>

			<i>Acho que é essas coisa de colher mangaba, de corta cajueiro, tem dia que eu chego em casa desmaiando, ai quando me deito na cama fico agoniada e acordo de novo pra trabalhar (E17)</i>
	Hereditariedade (f=2)	Hereditário	<i>Vem de família, minha avó tremia assim, de não ter controle, minha família todinhas, minhas tias, eu tenho uma tia que não consegue nem pegar uma xícara de café, assim tem que ser pouquinho pra ela tomar, senão ela derrama. A família todinha da minha mãe, da minha avó é assim. O meu filho Fernando, ele já é assim, abatendo, ele não toma nem café, porque se ele tomar café aí que aumenta, já é de, acho que hereditário, de família. (E4)</i>
		De família	
	Sistema nervoso (f=4)		<i>Eu acho assim, o sistema nervoso, que vem de vez em quando, porque a gente tem muito problema né, com o sistema nervoso, quando tem problema de AVC, muito frequente na família (E2) O que ele falou é que eu estava com o sistema nervoso, mas só fez dizer isso o sistema nervoso e passou essa medicação pra mim tomar. (E4)</i>
	Problemas financeiros (f=2)		<i>eu penso que é mesmo as coisas do dia-a-dia, as condições financeiras (E11) ai penso que é as dificuldade da vida né, a gente vive com 200 reais por mim, ai quando acaba as mangaba só tem isso né (E18)</i>
	Violência (f=7)	Violência sexual (f=2)	<i>eu namorei uma pessoa e a pessoa, praticamente foi tipo um estupro, né? só que meus pais não sabia, e praticamente eu fugi com ele por medo, tipo, porque na época meus pai era muito rígido, principalmente minha mãe, então, sei eu fosse falar o que tivesse acontecido ela ia cada vez me culpar, então, eu me assujeitei me juntar com ele (E6) brigava muito, assim, por outro problema de outra mulher com ele, então, aí uma vez ele me bateu, né? só que daí começou que, já tinha o trauma, só que daí começou, depois que ele me bateu, então, cada vez mais eu comecei a me estressar (E6) primeiro o meu sobrinho levou um tiro, segundo a minha irmã morreu, terceiro mataram outro sobrinho, eu tava muito perturbada.(E13)</i>
		Violência doméstica (f=3)	
		Violência criminal (f=3)	
	Não sabe /Não respondeu (f= 4)		
Como se sente	Ansiedade (f = 14)	Estresse (f=4)	<i>Eu acho assim, que as vezes, eu to nervosa, até mesmo discutindo com os meus filhos, e eles dizem: a senhora ta muito, eles não falam nervosa, é... estressada. Se alguém falar pra mim que eu to estressada, eu já me estresso com isso, porque é uma palavra que já me irrita. É uma agonia, agonia no meu juízo direto isso, perturbada.(E2) Porque, principalmente assim, quando eu tou preocupada com alguma coisa, é, tem alguma coisa pra resolver, né, eu fico preocupada, aí falta apetite, é, o problema digestivo também, né, que é uma coisa que ataca também, nervosa, então, isso aí contribui. (E3)</i>

		Agonia (f=3)	<i>Eu me sinto assim muito ansiosa, tem hora que eu tou bem agitada mesmo, tem momentos, e principalmente se alguém vier falar alguma coisa que eu não goste, que eu sou muito emotiva, aí eu me estresso demais, que antes eu não era desse jeito, então, isso aí é. (E6)</i>
		Nervosa (f=4)	
		Ansiosa (f=3)	
	Tristeza (f= 6)	Depressão pós-parto (f=1)	<i>eu peguei depressão pós-parto depois da minha última gravidez (...)eu nesse período chorava vinte e quatro horas no ar, quando eu peguei depressão pós-parto.(E4) fico com ar quente, aquela coisa, aquela coisa vêia ruim, com uma vontade de chorar (E5) eme tranco dentro desse quarto e choro (E7) Às vezes eu baixo no hospital, problema de pressão não, graças a Deus minha pressão é normal, agora é porque quando vem aquela vontade de chorar, sabe? E eu não chorar, eu acho que eu morro, sinto aquela dor trancando aqui dentro, eu não posso escutar mais zuada que eu fico me tremendo, chorando é... passo muito mal, passo muito mal mesmo. (E8)</i>
		Vontade de chorar (f=3)	
	Medo (f=5)	Medo	<i>(...)Eu fico com um medo tão grande, tudo no mundo, me faz medo (E2) Se disser assim, pronto, eu vou tal dia pra tal canto, aí bate aquele medo, aquela coisa, sei não.(E5)</i>
Cuidados/tratamentos/serviços de saúde	Não procurou (f=7)		<i>Não gosto de está comentando isso com ninguém, guardo só pra mim mesmo. (E1) É, de vez em quando eu vou no médico, mas pra outros problemas, e também é muito difícil conseguir exames. Essas coisas é muito difícil.(E2) eu só não quero ficar internada que eu não to com negócio de louco, é porque eu sou muito nervosa, eu tenho problema de nervosismo, eu tenho medo de acontecer outras coisas pior comigo (E9)</i>
	Médico (f=5)	Tratamento: Medicação	<i>Eu fui pro médico ele passou a medicação, mas eu não lembro o nome, pra mim dormir (...)Eu tomei uns três meses (E4) Diazepan pra mim dormir, só que eu não conseguia dormir, ficava com os olhos vermelho, ficava agitada, eu queria tá num canto bem reservado, não queria ver ninguém, não queria saber de ninguém, só veio parar mais isso assim, deu voltar, assim mesmo, assim, a minha realidade mesmo, quando minha sogro jogou esse remédio fora também, porque no lugar do remédio tá ajudando, ele tava cada vez mais complicando o meu problema (E6)</i>
Demandas – serviço	Equipe (f=8)	Psicólogo (F=3)	<i>Aqui, eu acho que Psicólogo pra conversar, pra orientar alguma coisa, eu acho que é isso.(E1)</i>
	Atenção (f=4)	Atenção (f=3)	<i>Uma atenção maior né? (E4) médico bom é aquele que é falando e olhando pra pessoa, fazendo as perguntas e a pessoa perguntando, assim olhando um pra cara do outro, né? Mas tem uns que não faz isso, é só escrevendo (E14)</i>

		Orientação (f=1)	<i>Deveria ter mais uma explanação das pessoas, uma orientação, um palestra, né?(E6)</i>
Rede de suporte psicossocial e comunitária	Falta de suporte comunitário (f=7)	Desconfiança (f=2)	<i>Não, se eu for falar eles não acreditam, pensam que eu to brincando, me fazendo, não acredita (E13) Comentar, falar assim, eu não gosto, até porque assim, meu ponto de vista aqui, é assim, que a gente mora numa comunidade, que ninguém merece confiança de nada, num é que eu esteja fazendo algo errado que tenha medo e falar pra alguém, é assim, porque são um pessoal tão falso, tão falso, que chega dá agonia, e se fizer um comentário de um jeito, eles distorcem, eu prefiro conversar com outra pessoa.(E2)</i>
		Individualismo(f=1)	<i>É, assim, aceita assim, todo mundo aceita, né? Assim, mas, assim, não há um tipo de assistência pra aquelas pessoas. É assim, a gente vê como pessoas normais. (E3) Cada um que cuide do seus problema (E7) as pessoas daqui iam logo imaginar , iam dizer assim: ah, isso aí é o cigarro, isso aí é a bebida, isso aí é o marido que é ruim pra ela, e esses tanto de coisa, eu conheço o pessoal daqui, por isso que eu fiquei na minha, não contei nada a ninguém (E11)</i>
	Suporte comunitário (f=4)	Comunidade (f=2)	<i>Sempre a gente conversando assim, tem aqueles, mas eles não podem não tem condições, né? (E5)</i>
		Família (F=2)	<i>fazem orar por mim, me dá conselhos, às vezes trás as coisas pra mim, às vezes Minha família me ajuda conversando comigo (E8)</i>
	Religião (f=7)	Igreja evangélica	<i>Eu sou evangélica, aí, sempre eu tou indo assim pra igreja. É, em forma, assim, porque sempre a gente tando na igreja, a gente tá sempre, é, em conversa, né? ali uma coisa leva a outra, ajuda a outra, então dá pra...desabafar, de certa forma, não dar pra gente falar assim, né? Verbalmente, mas dar pra aliviar a consciência, né? Aquilo tira do foco, então, melhora. (E3) A igreja ajuda muito, graças a Deus. (E5) Eu num tenho mais nem prazer de ta me ajoelhando pra orar, passa aquela vontade. Às vezes vem aquelas coisas que eu quero fazer como eu fazia antigamente que é de correr no meio do mundo, um negócio como que eu queira me matar, tudo isso vem pra cima de mim, no meu pensamento, e eu peço misericórdia a Deus e Ele sempre ta aqui do meu lado, (E9) rezando eu esqueço muita coisa ruim que passa na vida da pessoa (E13)</i>
	Trabalho (f=4)		<i>Eu gosto de apanhar mangaba, eu desando no meio do mundo (...) Alivia muito, eu me sinto bem (E13) Quando eu vou apanhar mangaba, me sinto tão bem...quando eu chego em casa já começa o estresse. Eu me sinto bastante bem na mangaba, se eu pudesse vivia dentro dos matos direto, sabe? (E20)</i>

Apêndice III

Categorização das entrevistas com as mulheres do Paulo Freire III.

Categorias	<i>f</i>	%
Tema I: Causas/ fatores associados		
Relacionamentos	7	41
Violência	7	41
Trabalho	4	23,5
Sistema nervoso	4	23,5
Não sabe	4	23,5
Ser cuidadora de familiares idosos ou doentes	2	11,7
Problemas financeiros	2	11,7
Tema II: Como se sentem		
Ansiedade	14	82,3
Tristeza	6	35,2
Medo	5	29,4
Tema III: Cuidados/tratamentos/serviços de saúde		
Não procurou	7	41
Médico – remédios	5	29,4
Tema IV: Demandas – saúde		
Equipe e profissionais	8	47
Humanização do atendimento	4	23,5
Tema V: Rede de suporte psicossocial e comunitária		
Religião	7	41
Falta de suporte comunitário	7	41
Trabalho	4	23,5
Presença de suporte comunitário	2	11,7

Legenda: *f* = frequência de aparecimento nas respostas; % = frequência percentual.

Anexos

1. Aspectos Populacionais

1.1 Tempo de residência no assentamento

- () Desde a fundação () Até um ano () 1 a 2 anos () 2 a 3 anos () 3 a 5 anos
() mais de 6 anos

1.2 Onde morava antes de ser assentado

- a) () Zona Rural do mesmo município d) () Zona urbana do mesmo município
b) () Zona Rural de outro município e) () Zona urbana de outro município
c) () Em outro estado ou país

2. Dimensão Sanitária

Tipo	Cômodos	Tipo de Piso	Acesso à Água	Trat. da Água	Energia	Destino dos Dejetos	Destino do Lixo
() Tijolo () Taipa () Madeira () Material Aproveitado () Telhas () Palha () Outras		() Cimento () Cerâmica () Chão batido () Piso Morto () Outros	() Rede Pública () Poço () Cacimba () Chafariz () Açude () Clandestina () Cedida	() Filtrada () Fervida () Não Tratada () Cloração () Outras	() Não () Relógio Próprio () Relógio Improvisado () Relógio Comunitário	() Fossa Séptica () Céu Aberto () Buraco () Outras	() Coleta Pública () Queimado () Enterrado () Céu Aberto () Outras

3. Saúde

3.1 A família é atendida:

- a) () Pelo agente de saúde () Pela equipe do PSF
b) () No posto de saúde () Do assentamento () No entorno
() No município
c) () Em Hospital () Regional () De outro município

3.2 Quais são os programas de saúde que assiste a família:

- a) () Atendimento odontológico e) () Saúde da criança
b) () Vacinação- imunização f) () Programa nacional de combate a dengue
c) () Farmácia popular g) () Ambulância
d) () Saúde da mulher/ pré-natal h) () Outros, quais:
- _____

3.3 As doenças mais comuns na família identificada nos últimos anos:

- a) () Gripe
) Doença do coração
 b) () Sarampo
) Dermatose
 c) () DST
 Asma/bronquite
 d) () Verminose
) Alcoolismo
 e) () Pneumonia
 u) ()
- f) () Catapora
 g) () AIDS
 h) () Psiquiátrica
 i) () Hipertensão
 j) () Coqueluche
)
- l) () Tuberculose
 m) () Diabetes
 n) () Diarreia
 o) () Desnutrição
 p) () Dengue
)
- t) ()
 q) ()
 r) ()
 s) ()
- Outras doenças, quais:
-

3.4 a família utiliza medicina popular?

- a) () Chás
 b) () Lamberdor
 c) () Garrafada
 d) () Outros, quais: _____

3.5 O cartão de vacina está em dias? Sim () Não ()**4. Dimensão Assistência Social:**

Família incluída no CadÚnico?	Família beneficiária do Bolsa Família?	Há integrante da família incluído no PETI?	Há integralmente da família incluído no PROJOVEM ADOLESCENTE?
() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO Qual? _____ _____	() SIM () NÃO Qual? _____ _____

5. Dimensão Assistência Técnica**5.1 Quais programas de crédito (governamentais) que a sua família tem acesso?**

- () Crédito Instalação (apoio inicial, aquis. De matérias de construção e fomento)
 () PRONAF
 () PDS
 () Outros, quais: _____

Anexo II

SELF REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ (20)

	SIM	NÃO
1. Tem falta de apetite?		
2. Dorme mal?		
3. Fica com medo com facilidade?		
4. Suas mãos tremem?		
5. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
6. Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?		
7. Não consegue pensar com clareza?		
8. Sente-se infeliz?		
9. Tem chorado mais do que o costume?		
10. Acha difícil gostar de suas atividades diárias?		
11. Acha difícil tomar decisões?		
12. Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?		
13. Achar que é incapaz de ter um papel útil na vida?		
14. O Sr(a) perdeu interesse nas coisas?		
15. Acha que é uma pessoa que não vale nada?		
16. O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?		
17. Sente-se cansada todo o tempo?		
18. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
19. Fica cansado(a) com facilidade?		