

Artigo Original

Percepções e práticas promotoras de saúde no contexto de mulheres agricultoras familiares

Perceptions and health-promoting practices in the women family farmers' context

<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v11i3.10106>

Adriana Carolina Bauermann¹ ORCID 0000-0002-8820-247X, Maria Assunta Busato² ORCID 0000-0003-0043-7037, Junir Antônio Lutinski^{1*} ORCID 0000-0003-0149-5415

RESUMO

Introdução: Para mulheres agricultoras familiares, vulneráveis à clivagem de gênero, verificam-se desafios ao assegurar a saúde, a qualidade de vida no campo, acesso a terra, trabalho e valorização feminina. **Objetivo:** descrever percepções e práticas promotoras de saúde no contexto das mulheres agricultoras familiares. **Material e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa, descritiva e transversal. A pesquisa foi realizada com mulheres agricultoras familiares de dois municípios catarinenses. A coleta de dados foi conduzida por meio de uma entrevista e observações em diário de campo nas respectivas residências das participantes, com perguntas baseadas nas percepções de saúde e nas práticas promotoras de saúde. **Resultados:** Participaram 40 mulheres agricultoras. Ao todo, 82,5% das mulheres relataram não conhecer a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas. Todas as participantes (100%) consideraram a alimentação como uma maneira de promover a saúde. A maioria das mulheres (85%) afirmaram realizar trocas de conhecimento e pertences com outras mulheres da comunidade. Observaram-se práticas promotoras da saúde associadas à alimentação, organizações coletivas, trocas de conhecimentos e cultivo de plantas medicinais. **Conclusão:** Este estudo contribui sobremaneira para a fundamentação de políticas públicas sociais e de saúde voltadas às mulheres agricultoras.

Palavras-chave: Agricultura familiar; Determinantes sociais da saúde; Promoção da saúde.

1 Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, Brasil

2 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil

* **Autor correspondente:** Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Endereço postal: Rua Beija-Flor, 254 E, Efapi, Chapecó, 89809-760. E-mail: junir@unochapeco.edu.br

ABSTRACT

Introduction: For women family farmers, who are vulnerable to the gender divide, there are challenges in ensuring health, quality of life in the countryside, access to land, work and female appreciation.

Objective: This study aimed to describe perceptions and health-promoting practices in the context of women family farmers. **Material and Methods:** This is a qualitative, descriptive and cross-sectional research. The research was carried out with women family farmers from two municipalities in Santa Catarina. Data collection was conducted through an interview and field diary observations in the participants' respective homes, with questions based on health perceptions and health promoting practices. **Results:** In all, 40 women family farmers participated. Altogether, 82.5% of the women reported not knowing the Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas. All participants (100%) considered food as a way to promote health. Most women (85%) said they exchange knowledge and belongings with other women in the community. Health-promoting practices associated with food, collective organizations, exchange of knowledge and cultivation of medicinal plants were observed. **Conclusion:** This study greatly contributes to the foundation of public social and health policies aimed at women farmers.

Keywords: Family farming; Social determinants of health; Health promotion.

INTRODUÇÃO

O termo “agricultura familiar” corresponde à forma de organização da produção agrícola, em que a gestão da produção e o trabalho são realizados pelos membros da família, a qual é, ao mesmo tempo, proprietária e executora das atividades produtivas¹. Para mulheres agricultoras, personagens dessa realidade e vulneráveis à clivagem de gênero, há requisitos fundamentais para assegurar a qualidade de vida no campo, que perpassam pelo acesso a terra, trabalho agrícola e valorização feminina².

Com base nos Dados do Censo Agropecuário de 2006, no Brasil, a agricultura familiar representa 84,4% dos estabelecimentos rurais. Em Santa Catarina, a agricultura familiar é responsável por 68% do total do valor produzido pelo setor agrícola, traduzindo a importância desta atividade e da população envolvida. O oeste de Santa Catarina é uma região constituída por uma base econômica de produção rural e familiar, fruto do processo histórico de colonização³.

A modernização da agricultura apresentou mudanças na produção agrícola e na forma de reprodução social, resultando na exclusão de agricultores pobres, êxodo rural e insegurança alimentar, no sentido da alimentação inadequada e perda de biodiversidade alimentar^{3,4,5}. Além da falta de terras, pelo crescente aumento populacional do meio rural e com a modernização e o começo da utilização de maquinários, diminuiu-se também o volume do trabalho manual^{6,7}.

A percepção do estado de saúde é historicamente e socialmente construído, varia de um grupo populacional para outro e é condição fundamental para a adoção de práticas promotoras de saúde. A legitimação das práticas populares promotoras de saúde vem em um processo de reconhecimento nos últimos anos. A prática pode ser definida como um “conjunto de ditos e feitos” e assim, podem ser consideradas portadoras de significados e linguagens, além de ser fonte para a compreensão de uma organização social⁸.

O cuidado com a saúde tem sido uma das preocupações das mulheres no decorrer da história, e envolve a observação do comportamento da natureza, os ciclos da natureza, as fases da lua, assim como as experiências com as sementes, plantas medicinais, aromáticas e alimentícias propiciaram aprimoramento de seus conhecimentos⁹. Também se destaca o trabalho nas “farmácias” caseiras, a partir do uso de plantas medicinais, a troca de sementes e de mudas de plantas entre mulheres da mesma comunidade^{8,10}. Grande parte da população dos países em desenvolvimento, como o Brasil, utiliza práticas tradicionais nos seus cuidados em saúde e, cerca de 85%, utilizam plantas ou

preparações à base vegetal¹¹.

O “cuidado”, visto essencialmente como um papel das mulheres, surge como elo entre o mundo privado e público, pois não está somente ligado à família, mas à manutenção da comunidade e ao autocuidado. A prática do cuidar do outro e de si mesmo agrega dimensões de atenção e de mobilização social, uma vez que perpassa pela dedicação em atividades geradoras de renda e no trabalho coletivo⁸. O autocuidado na promoção da saúde baseia-se na totalidade ou integralidade que contempla a saúde de um indivíduo. Inclui o corpo, as relações, as atitudes e é um dos aspectos do “viver saudável”¹².

A ação das mulheres agricultoras acontece de muitas formas, como as conversas durante o preparo das refeições, trocas de receitas, sementes e conhecimentos com parentes, vizinhas ou nos encontros dos movimentos da comunidade⁹. Esses espaços de aprendizagem coletiva e de geração de conhecimento estão relacionados à construção e resgate de uma perspectiva integral de saúde, às decisões sobre o corpo, cura das doenças, hábitos de alimentação e lazer¹⁰.

As práticas de promoção da saúde consistem em transformações do comportamento dos indivíduos e do estilo de vida¹³. Nesse sentido, a saúde bem como suas práticas promotoras, depende e se expressa em função dos recursos existentes no mundo material, físico e biológico, sendo imprescindível incorporar a dimensão ambiental à saúde. As mulheres contribuíram e continuam contribuindo com o cuidado da saúde de suas famílias e da comunidade da qual fazem parte⁹.

A macrorregião Oeste de Santa Catarina possuía em 2010 uma população de 601.504 habitantes e uma densidade populacional de 53,0 hab./km², distribuídos em 54 municípios. É uma região constituída por uma base econômica de produção rural e familiar, fruto do processo de colonização que aconteceu principalmente por descendentes de imigrantes italianos e alemães, oriundos principalmente do Rio Grande do Sul³. O território do oeste catarinense foi estabelecido em 1917 e tinha os limites políticos entre Joaçaba (no período era denominado Cruzeiro) e Chapecó². Até 1838 o oeste catarinense era habitado apenas por índios, posteriormente tropeiros paulistas e imigrantes começaram a cruzar a Macrorregião, rumo a São Paulo, para comercializar gado³.

Neste contexto, este estudo teve como objetivo descrever as percepções de saúde das mulheres agricultoras familiares e as práticas promotoras de saúde adotadas pelas mesmas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa, descritiva e transversal¹⁴. A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2019 e janeiro de 2020 com mulheres agricultoras familiares de municípios da região oeste de Santa Catarina: Chapecó e Quilombo (Tabela 1), ambos localizados na região oeste do estado e fazem parte da Associação dos Municípios do Oeste Catarinense (AMOSC). A AMOSC possui um total de 20 municípios associados. Destes, foram sorteados os dois municípios do estudo utilizando-se a função de aleatorização do software Microsoft Excel.

Tabela 1 - Características dos municípios elencados no estudo.

Município	População total	População rural	População rural (%)	Área (Km ²)	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Produto Interno Bruto – PIB (R\$)
Chapecó	216.654	15417	7,14%	624,8	0,790	39.693,55
Quilombo	9.946	4502	45,26%	279,7	0,730	35.329,65

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁵.

A população envolvida neste estudo foi de mulheres agricultoras familiares residentes na zona rural dos referidos municípios. O estudo baseou-se em uma amostra não probabilística, utilizando-se da técnica *snowball sampling* (bola de neve) proposta por Albuquerque¹⁶, na qual os sujeitos a partir da sua rede de contatos indicam outros sujeitos para fazerem parte da pesquisa. O primeiro sujeito de cada município foi selecionado por intermédio das Agentes Comunitárias da Saúde (ACS) que trabalham nas regiões rurais dos municípios selecionados. O critério de saturação dos dados foi utilizado para a limitação do número de entrevistados. A representatividade da amostra não considerou um quantitativo probabilisticamente definido e sim, a saturação das respostas obtida a partir das participantes da pesquisa, a partir das quais foi possível a identificação do saber fazer associado aos cuidados com a saúde de si próprias e da família.

Os critérios utilizados para a inclusão na pesquisa foram: mulheres agricultoras familiares, que possuam 18 anos ou mais e que tinham residência estabelecida nos municípios sorteados. A participação aconteceu mediante aceitação formal para participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como do Termo de Consentimento para uso de imagem e/ou voz.

Foram excluídas da pesquisa mulheres que não estavam atuando no meio rural como agricultoras familiares ou que possuíam alguma limitação física ou cognitiva aparente, que a impossibilitasse de participar da pesquisa.

A coleta de dados com as mulheres agricultoras foi conduzida por meio de uma entrevista, nas respectivas residências das participantes da pesquisa. O roteiro foi elaborado pelos próprios pesquisadores e contemplou questões associadas às percepções de saúde e às práticas promotoras de saúde. O instrumento foi complementado com observações em diário de campo e fotografias. O diário de campo é denominado como “um caderninho de notas” onde são registrados sentimentos, reflexões, retenção de teorias e construções de ideias¹⁷. Possibilita ao pesquisador anotar tudo que o considerar importante, incluindo os registros fotográficos. As entrevistas foram registradas em papel, sem utilização de gravadores.

As questões fechadas foram tabuladas em um banco de dados construído utilizando-se o software *Excel do pacote Office®*. A análise foi efetuada utilizando-se estatística descritiva de frequências. Os dados coletados a partir das questões abertas foram utilizados como complementares às questões quantitativas e foram analisados de acordo com o referencial teórico de análise temática proposta por Minayo¹⁸. A análise de um tema, conforme a autora está ligada a afirmações a respeito de determinados assuntos, e consiste em descobrir os núcleos de sentido da comunicação.

Esta pesquisa foi aprovada por comitê de ética em pesquisa sob parecer número 3.659.810 e protocolo CAAE: 21526719.0.0000.0116.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, 40 mulheres agricultoras familiares participaram da pesquisa, sendo 18 do município de Chapecó e 22 do município de Quilombo, com médias de idade de 62,4 e 59,7 anos, respectivamente.

Quanto ao conceito de saúde, pelo menos 17 eixos foram identificados. Alimentação de qualidade, saúde como bem-estar e saúde para poder exercer o trabalho foram as percepções mais frequentes (Quadro 1).

Quadro 1 - Percepção acerca do conceito de saúde das mulheres agricultoras familiares de dois municípios da região oeste de Santa Catarina, dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

Conceitos de saúde segundo as mulheres agricultoras familiares participantes do estudo
 Alimentação de qualidade: 40%; Saúde como bem-estar: 37,5%; Saúde para poder exercer o trabalho: 17,5%; Ter paz e harmonia: 15%; Convivência em comunidade: 12,5%; Disposição física e realização de exercícios físicos: 12,5%; Saúde e cuidado mental: 10%; Contato com a natureza: 10%; Lazer e diversão: 7,5%; Convívio com a família: 7,5%; Não estar doente ou sentir dor: 7,5%; Autocuidado: 5%; Morar no meio rural: 5%; Acesso aos serviços de saúde: 5%; Sono de qualidade: 2,5%; Não precisar fazer uso de medicamentos: 2,5%; Direito de todos: 2,5%

O conceito de saúde é dinâmico e historicamente constituído, tem significado individual e ao mesmo tempo é coletivo¹⁹. A escolaridade e o acesso à informação permitem leituras que aproximam os sujeitos de um contexto que transcende o senso comum e, neste sentido, pode-se explicar a aproximação do conceito de saúde relatado por algumas mulheres agricultoras do conceito biomédico, ou seja, saúde como ausência de doença. Por outro lado, verificou-se que a maioria das participantes percebe saúde a partir de uma perspectiva que se aproxima de um conceito ampliado. Relatos como alimentação de qualidade, condições de trabalho, relações comunitárias, ambiente, condições de moradia e acesso aos serviços de saúde representam percepções a partir dos Determinantes Sociais de Saúde^{20,21}.

Saúde como bem-estar representa o conceito vigente da OMS²². A saúde como uma condição social²⁰ apareceu nos relatos que evocaram paz e harmonia, lazer e diversão e convívio com a família. No contexto individual emergiram conceitos como disposição física e realização de exercícios físicos, autocuidado e sono de qualidade. A saúde no contexto individual representa uma autopercepção vivenciada pelo sujeito, a partir de seu próprio modo de vida^{9,23}, e reflete a aptidão para a realização de atividades do cotidiano, como demonstram os relatos das participantes: *Ter saúde é estar disposto para tudo, levantar e conseguir trabalhar* (P36); *É estar disposta, levantar bem* (P3); *Quando se tem saúde, tudo rende mais, hoje me sinto cansada e o serviço não vai pra frente* (P14).

Metade (50%) das mulheres participantes declararam praticar alguma atividade de lazer regularmente. Contudo, a maioria (90%) não pratica esportes. A maioria (92,5%) respondeu afirmativamente que cultivava plantas medicinais e 67,5% declararam fazer uso dessas plantas. Ao todo, 45% das participantes relataram fazer uso de plantas medicinais com a finalidade de cura, 37,5% como um costume e 17,5% de forma preventiva às doenças. Alecrim, hortelã, camomila, manjerona, sálvia, cidreira e marcela foram as plantas medicinais mais frequentemente citadas pelas participantes. Os cursos de capacitação, seguidos de movimentos sociais, foram citados como as formas mais frequente de acesso ao conhecimento sobre plantas medicinais. Ao todo, 82,5% das mulheres relataram não conhecer a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas. Todas as participantes (100%) consideraram a alimentação como uma maneira de promover a saúde. A maioria das mulheres (85%) afirmaram realizar trocas de conhecimento e pertences com outras mulheres da comunidade e 87,5% consideraram essas trocas importantes. Ao todo, 92,5% afirmaram que há relação entre saúde e participação em movimentos da comunidade (Quadro 2).

Quadro 2 - Práticas promotoras de saúde de saúde das mulheres agricultoras familiares de dois municípios da região oeste de Santa Catarina, dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

Prática de lazer segundo as participantes

Nada: 5%; Pouco: 45%; Medianamente: 40%; Muito: 10%

Prática de esportes: Sim: 10%; Não: 90%

Esportes realizados: jogos com bola, jogos de cartas e hidroginástica.

Cultivo de plantas medicinais: Sim: 92,5%; Não: 7,5%

Utilização de plantas medicinais no dia-a-dia: Sim: 67,5%; Não: 32,5%

Motivação do uso das plantas medicinais

Cura: 57,5%; Costume: 47,5%; Prevenção de doenças: 22,5%

Principais plantas utilizadas

Alecrim (*Rosmarinus officinalis* L.): 27,5%; hortelã (*Mentha x piperita* L.): 22,5%; camomila (*Matricaria chamomilla* L.): 22,5%; manjerona (*Origanum majorana* L.): 17,5%; sálvia (*Salvia officinalis* L.): 17,5%; cidreira (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf): 15%; marcela (*Achyrocline satureioides* (Lam.) DC.): 12,5%; funcho (*Foeniculum vulgare* Mill.): 12,5%; poejo (*Mentha pulegium* L.): 10%; guaco (*Mikania glomerata* Spreng.): 10%; menta (*Mentha* sp.): 10%; malva (*Malva sylvestris* L.): 7,5%; laranjeira (*Citrus sinensis* (L.) Osbeck): 7,5%; alfazema (*Lavandula latifolia* Medik): 5%; melissa (*Melissa officinalis* L.): 5%; alcaçofra (*Cynara scolymus* L.): 5%; espinheira santa (*Maytenus ilicifolia* Mart. exReissek): 5%; manjericão (*Ocimum basilicum* L.): 5%; erva doce (*Foeniculum vulgare* Mill. Erva): 5%; abacaxi (*Ananas comosus* L.): 5%; arruda (*Ruta graveolens* L.): 2,5%; babosa (*Aloe vera* (L.) Burm. F): 2,5%; erva luísa (*Aloysia citriodora* Palau): 2,5%; cipó mil homens (*Aristolochia triangulares* Cham. Et Schl.): 2,5%; erva baleeira (*Cordia verbenacea* DC.): 2,5%; bergamota (*Citrus reticulata* Blanco): 2,5%; losna (*Artemisia absinthium* L.): 2,5%; sabugueiro (*Sambucus australis* Cham. & Schltdl): 2,5%; guabiroba (*Campomanesia xanthocarpa* O. Berg.): 2,5%; romã (*Punica granatum* L.): 2,5%; tanchagem (*Plantago major* L.): 2,5%; tomilho (*Thymus vulgaris* Linn.): 2,5%; lima (*Citrus aurantiifolia* L.): 2,5%.

Fontes de informação a respeito das plantas medicinais

Cursos de capacitação: 15%; Associação Pitanga Rosa: 10%; conversas com amigos, vizinhos e mulheres da comunidade: 10%; Movimento das Mulheres Camponesas (MMC): 5%; Pastoral da saúde: 5%; televisão: 2,5%; conhecimento familiar (repassados pela mãe ou avós): 2,5%; Unidade Básica de Saúde: 2,5%; universidades: 2,5%

Conhecimento acerca da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas: Sim: 17,5%; Não: 82,5%

Considera a alimentação como uma maneira de promover uma saúde: Sim: 100%;

Troca de conhecimento e pertences (trocas de sementes, mudas de plantas, uso de plantas medicinais, receitas e remédios) com outras mulheres da comunidade

Sim: 85%; Não: 15%

Importância das trocas entre as mulheres da comunidade

É importante: 87,5%; Não é importante: 12,5%

Por que as trocas são consideradas importantes

Aprendizados e conhecimentos: 10%; *trocas de experiências e diversão:* 5%; *mudas de plantas:* 7,5%; *manutenção e propagação da biodiversidade:* 7,5%; *sentimento de gratidão e realização:* 5%; *diminuição da necessidade de remédios:* 2,5%.

Relação entre saúde e participação em movimentos da comunidade

Existe relação: 92,5%; Não existe relação: 7,5%.

Neste estudo, a prática de lazer foi majoritariamente referida como “Pouco” ou “Medianamente”. Este fato justifica-se, conforme relatos das participantes da pesquisa, que não há tempo disponível para muitos momentos de lazer. Nesta mesma linha, 90% das participantes não praticam nenhum esporte. Verifica-se, portanto, que a vida rural é estruturada a partir do trabalho como eixo central e as relações familiares, comunitárias, de lazer e demais relações sociais estabelecem-se posteriormente²⁴.

A prática reduzida de esporte entre agricultores também foi verificada no estudo de Lourenço²⁵ no estado do Rio de Janeiro, onde o hábito de praticar esportes e outras atividades físicas foi inexistente para os agricultores familiares, uma vez que o trabalho, por si só, é considerado muito cansativo, inviabilizando outras práticas.

Conforme os estudos de Ferreira, Rodrigues e Costa²⁶ no estado do Pará e de Piriz et al.²⁷ no Rio grande do Sul, agricultores possuem o hábito de cultivar plantas medicinais nos quintais de casa, em sua maioria circundando toda a moradia, fato também observado durante as visitas domiciliares desta pesquisa e confirmado pelo relato: *Cultivo sim, sempre tenho aqui ao redor as plantinhas, é um costume* (P19).

O cultivo das plantas medicinais, mesmo quando não há utilização constante, demonstra uma perpetuação vertical dos conhecimentos tradicionais, passados de geração para geração²⁸. Conforme relatos das mulheres agricultoras, a tradição do cultivo destas plantas é proveniente de aprendizados com a mãe ou avós, mas que também perpetua-se horizontalmente entre os moradores da comunidade. Esse resultado corrobora Ferreira, Rodrigues e Costa²⁶ que aponta que a figura materna representa a personagem mais importante na transmissão desse conhecimento. O conhecimento acerca das espécies de plantas medicinais que se fazem presentes nas proximidades das moradias, quintais e hortas representa uma maior bagagem epistemológica das mulheres na esfera dos cuidados em saúde, as quais são responsáveis pelo atendimento dos filhos, pela higiene do ambiente e das roupas e pelo cuidado com os alimentos de todos os membros familiares²⁹. A família é destacada como o principal laço de cuidado em saúde, onde os membros da família se mobilizam e se ajudam na superação de enfermidades, corroborando com os resultados encontrados neste estudo²⁷.

O cuidado com a saúde tem sido prática das mulheres no decorrer da história e está envolvido com a observação dos ciclos da natureza, com as sementes, as plantas medicinais e alimentícias⁹. O ato de cuidar surge como um “elo” da mulher agricultora com o seu entorno, pois está ligado não somente à família, mas ao coletivo da comunidade e também com o autocuidado⁸. A mulher agricultora é considerada a principal transmissora do saber popular relacionado aos cuidados com o uso das plantas medicinais e o cultivo das hortas³⁰. Para Scoles²⁹, a mulher desempenha um papel determinante nas comunidades rurais e deve-se às ações desempenhadas por elas, a permanente reprodução da dinâmica social rural. A vida social das comunidades rurais recebe atenção em cuidados com a saúde pelas mulheres, as quais são as detentoras dos conhecimentos acerca medicina popular, utilizando plantas medicinais e formas de tratamentos caseiros³¹.

A interligação entre os costumes acerca do cultivo e da utilização das plantas medicinais demonstra ainda há muito presente uma transmissão vertical dos conhecimentos entre gerações de mulheres (passadas de mãe para filha), mas também há a presença da transmissão horizontal dos conhecimentos, menos tradicionais e mais técnicos e científicos, mediados pelos cursos de capacitação, inserção da universidade no âmbito rural e atuação do Sistema Único de Saúde^{30,32}.

A troca de sementes, mudas de plantas, conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais, receitas e remédios caseiros que acontece entre as mulheres das comunidades rurais é um hábito que permite a conservação das etnoespécies, além de oportunizar a perpetuação desses saberes^{8,26}. A diversão, sentimentos de realização e diminuição do uso de remédios também foram relatados. O vínculo entre as mulheres agricultoras facilita e incentiva o resgate do conhecimento ancestral e a troca de informações e evidencia a importância das plantas medicinais para o cuidado em saúde, no âmbito de tratamento, prevenção de doenças ou promoção da saúde, pelo vínculo gerado³⁰. A formação da rede de contatos no âmbito rural configura-se como uma maneira de manutenção da autonomia destas mulheres, uma vez que está fundamentalmente relacionada ao “saber-fazer” e ao “existir”^{8,26}.

As mulheres agricultoras familiares relatam a ocupação do seu cotidiano com as lides ou “lidas” com a terra, casa, igreja e atividades comunitárias^{33,34}. As lidas podem ser compreendidas como a ação de lidar - labor, trabalho prolongado e acúmulo de afazeres, que no caso destas mulheres, representa uma complexidade de cuidados e tarefas diárias, como: limpeza doméstica e alimentação,

cuidado com os filhos, atenção a saúde do grupo familiar, trabalho na lavoura, horta e criação de pequenos animais³⁵. Essas tarefas “invisibilizadas” se materializam em uma jornada longa e cansativa de trabalho, conforme verifica-se nos relatos a seguir: *Eu cuido da casa, o trator e a roça é com ele.* (P20); *A roça é com os homens, mas quando precisa, eu ajudo também.* (P28); *Todo mundo sempre trabalhou junto, todo mundo se ajuda. Sou eu que faço o almoço, mas eles sempre ajudam.* (P13); *Morar na roça é sofrido, não tem tanto valor, não tem tantos direitos, mas a gente se acostuma. Fui criada aqui, é meu lugar.* (P25)

O trabalho da mulher agricultora é de manutenção da agricultura familiar, bem como da manutenção da saúde e bem-estar da própria família³⁶. No entanto, ainda é visto como um trabalho “naturalmente feminino” e que não produz renda diretamente – ou suficiente para o sustento familiar. Desse modo, há uma desvalorização comparando-se às atividades de geração de renda realizadas por homens.

O vínculo das mulheres agricultoras com as plantas medicinais, com o cuidado e a relação com a autonomia, representa prática promotora da saúde e valor que nutre a organização das atividades do local em que se encontram⁸. As mulheres têm cuidado de si mesmas e de suas famílias utilizando plantas medicinais, a partir de um conhecimento acumulado ao longo da história. Essas práticas tem se perpetuado através do compartilhamento vertical de conhecimentos de membros mais velhos da família para os mais jovens e horizontalmente através das redes comunitárias³⁷. O conhecimento e o cultivo de plantas medicinais se constituem, portanto, em uma forma de enfrentamento e de empoderamento das mulheres agricultoras familiares.

As oportunidades de ensino, trabalho e lazer são evidentemente diferentes para homens e mulheres que, de acordo com dados levantados nos últimos anos, têm levado a uma maior prevalência de homens neste cenário. Pôde-se verificar, entre as mulheres que migram para fora da agricultura familiar, uma insatisfação com os modelos existentes e a busca por melhores condições de vida³⁶. Práticas de lazer como a visitação de familiares e a participação em eventos comunitários permitem a interação social fora do círculo familiar, a troca de experiências e saberes e empoderam as mulheres agricultoras familiares diante da jornada estendida de trabalho, divisão do trabalho para atividades voltadas ao domicílio, insegurança, acesso limitado à informação e acesso limitado aos serviços de saúde.

Uma das práticas promotoras da saúde relatadas pelas mulheres participantes da pesquisa refere-se à alimentação de qualidade. A alimentação de qualidade está relacionada à segurança alimentar - acesso aos alimentos, conservação da biodiversidade, promoção da saúde e de prática alimentares saudáveis. Trocar alimentos entre as famílias é uma alternativa para reduzir a “monotonia” das hortaliças disponíveis, resultando em uma diversidade maior de alimentos consumidos pela família²⁵. A noção de que alimentos orgânicos são mais saudáveis que os convencionais ou de mercado justifica a iniciativa de plantar para autoconsumo familiar²⁵, contexto corroborado pelos resultados desta pesquisa. A produção de alimentos para o consumo familiar representa uma prática promotora da saúde relacionada com a geração de renda, menor exposição a agrotóxicos, valorização do trabalho e manutenção de saberes tradicionais.

A preocupação em salientar a importância da participação das mulheres nas lidas do campo vem alterando a visão sobre o desenvolvimento local e regional, sobre a geração de renda e sobre direitos trabalhistas³⁴. Considerando-se que as mulheres agricultoras estão entre as pessoas mais expostas e vulneráveis na estrutura social⁵, a associação sindical representa suporte, apoio, acesso aos direitos e uma forma de conseguir crescimento no ambiente rural a partir das políticas públicas voltadas à inclusão social.

A participação em movimentos e associações comunitárias, as trocas entre membros da comunidade e a cultura do casamento configuram-se como formas de proteção às mulheres agricultoras familiares²⁷. A insegurança na moradia, o acesso limitado a informações, o afastamento do meio urbano (falta de acesso a bens e serviços) e a desvalorização do trabalho configuram-se em desafios a serem superados pelas mulheres agricultoras. O casamento, bem como a participação na

comunidade é considerado uma “ocupação esperada”, intrínseca à vida rural para as mulheres³⁶. No entanto, considerando o contexto em que estão inseridas, o papel de esposa e de mãe são papéis importantes e valorizados pela comunidade, pois a partir deles inicia-se a inserção em clubes de mães, grupos de oração e clube das mulheres, com encontros mensais e semanais²⁷.

CONCLUSÃO

O ambiente rural é definido como um espaço de produção de vida para as mulheres agricultoras familiares. A agricultura familiar, neste contexto, condiciona formas específicas de trabalho, lazer, construção de relacionamentos, educação e de percepções acerca do processo de saúde/doença. A partir dos Determinantes Sociais de Saúde na região oeste de Santa Catarina, em relação ao estilo de vida, família e redes sociais, o perfil das mulheres agricultoras participantes se constitui, majoritariamente pela etnia branca, casadas, com um ou dois filhos, com uma média de 61 anos de idade e residem em pequenas propriedades, próprias.

As mulheres agricultoras familiares participantes da pesquisa demonstraram possuir um conhecimento heterogêneo, porém amplo da saúde e de seus determinantes. Pode-se afirmar que a percepção verificada do que saúde representa para esta população se aproxima do conceito ampliado de saúde, embora saúde como ausência de doença e saúde como sinônimo de bem estar também emergiram nas falas das participantes.

Dentre as práticas promotoras da saúde, destacou-se o cultivo de plantas medicinais. O uso referido das plantas medicinais acontece por costume e buscas por tratamentos de problemas mais comuns em saúde. O cuidado em saúde familiar a partir da utilização de plantas medicinais é resultado da interligação entre a transmissão vertical de conhecimentos entre gerações de mulheres e a transmissão horizontal dos conhecimentos, mediados por cursos de capacitação, inserção da universidade no âmbito rural e atuação do Sistema Único de Saúde.

As organizações coletivas e comunitárias, a alimentação, as plantas medicinais e as trocas de conhecimento entre os membros da comunidade configuram-se como práticas promotoras da saúde para as mulheres agricultoras e se caracterizam como redes de apoio para o empoderamento da mulher agricultora.

Os resultados descrevem que no ambiente em que as mulheres agricultoras familiares estão inseridas há a presença de vulnerabilidades em nível individual, social e programático. Contudo, a partir de mecanismos de organização social próprios, as mulheres agricultoras familiares estabelecem práticas de enfrentamento destas vulnerabilidades.

Agradecimentos

À Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) pelo apoio à pesquisa e à produção científica e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de Mestrado.

Contribuição dos autores

ACB: participou da concepção da pesquisa, coleta de dados, análises dos dados, redação e da revisão final do texto.

MAB: participou da concepção da pesquisa, redação e da revisão final do texto.

JAL: participou da concepção da pesquisa, coleta de dados, análises dos dados, redação e da revisão final do texto.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesses relacionados a esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Neves DP. Agricultura Familiar. In: Caldart RS. et al. Dicionário da Educação do Campo. 3. ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Expressão Popular, 2012. 788 p.
2. Bagnara M, Renk A. **Representações de mulheres agricultoras do oeste de Santa Catarina: pluriatividade e ambientalismo**. 2013. 132 f. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, 2013.
3. Grando AP. **“É Preciso Crer Para Ver”**: Atuação das Organizações Sociais do Oeste Catarinense frente a sucessão familiar no meio rural. 2016. 137 f. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, 2016.
4. Soldera D. **Instabilidade do Referencial de Políticas Públicas para a Agricultura Familiar no Brasil: Uma Análise das Narrativas Dualistas**. 2018. 179 f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.
5. Zangelmi AJ. Terras marcadas: continuidades e descontinuidades na luta pela terra em Minas Gerais. Topoi (Rio J) [Internet]. 2022; 23(51): 1013-1036. [acesso em: 20 fevereiro 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-101X02305120>
6. Boni V. *De agricultoras a camponesas: o Movimento de Mulheres Camponesas de Santa Catarina e suas práticas*. 2012. 253 f. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
7. Pessoa YSRQ, Alchieri JC. Qualidade de vida em agricultores orgânicos familiares no interior Paraibano. Psicologia: Ciência e Profissão, 2014; 34(2):330-343. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001095012>
8. Charão-Marques F. Mulheres rurais e plantas medicinais: das práticas às existências coletivas. In: Mesquita MO. **Saúde coletiva, desenvolvimento e (in)sustentabilidades no rural**. Porto Alegre: Editoras da Ufrgs, 2018. p. 129-144.
9. Krefta NM. A mulher camponesa e suas lutas pelo direito à saúde. Tempus, Actas de Saúde Coletiva, 2014; 2(8): 295-296. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i2.1525>
10. Erice AS, Benvegnú VC. Transformando saberes e emancipando mulheres: a experiência de uma farmácia comunitária no Brasil meridional. In: Hora K, Macedo G, Rezende M. Coletânea sobre estudos rurais e gênero: Prêmio Margarida Alves. 4. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2015. p. 17-34.
11. Brasil. Fundação Nacional da Saúde – FUNASA. Saneamento em Áreas Rurais e Comunidades Tradicionais. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2017.
12. Berlezi EM. Apresentação. In: Franz LBB, Oliveira KR. **Estilo de Vida e Saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2013. Cap. 1. p. 9-12.
13. Maciel MG, Halley GF, Andrade DR, Uvinha RR. Reflexões sobre a compreensão dos profissionais das áreas do lazer e da saúde a respeito dessa interface. *Journal of Physical Education*, 2022; 33: 1-11. [acesso em: 20 fevereiro 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v33i1.3357>
14. Gray DE. Pesquisa no mundo real. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012. 488 p.
15. Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasil em Síntese. Cidades, 2018.
16. Albuquerque EM. Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. 2009. 99 f.

17. Veloso MMSA, Bonilla MHS. O Jornal de pesquisa e o Diário de Campo como dispositivos da Pesquisa-Formação. *Interfaces Científicas - Educação*, 2017; 6(1): 47-58. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2017v6n1p47-58>
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.
19. Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 119 p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final*. Brasília: MS, 1986.
21. Mattioni FC, Silveira R de P, Souza CD de, Rocha CMF. Práticas de promoção da saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal. *Ciência & saúde coletiva* [Internet], 2022; 27(8): 3272-3281. [acesso em: 20 fevereiro 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.23902021>
22. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
23. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Cruz FO. **Saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ipea/ministério da Saúde/secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 19-38.
24. Santos AAMT, Mesquita MO, Arruda CAM, Gerhardt T. O mundo rural e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. In: Mesquita MO. **Saúde coletiva, desenvolvimento e (in)sustentabilidades no rural**. Porto Alegre: Editoras da UFRGS, 2018. p. 161-180.
25. Carvalho PD de, Teixeira MA, Motta R, Penna C. Sistemas alimentares em disputa: respostas dos movimentos sociais à pandemia Covid-19. *Revista brasileira de Ciências Sociais* [Internet]; 2022; 37(108): [acesso em: 20 fevereiro 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/3710808/2022>
26. Ferreira LB, Rodrigues MO, Costa JM. Etnobotânica das Plantas Medicinais Cultivadas nos Quintais do Bairro de Algodal em Abaetetuba/PA. *Revista Fitos*, 2016; 10(3):254-267. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: 10.5935/2446-4775.20160020
27. Piriz MA, Lima CAB, Souza ADZ, Mendieta MC, Lima ÁAA, Heck RM. Autoatenção em saúde rural: perspectivas de cuidado por mulheres agricultoras/ self-attention in rural health. *Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá*, 2019; 18(2):1-10. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i2.45044>
28. Marin RC, Scorsolini-Comin F. Desfazendo o “Mau-olhado”: magia, saúde e desenvolvimento no ofício das benzedeiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2017; 37(2):446-460. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002352016>
29. Benites M, Mamede S, Matias R, Vargas IA de. Guaicuru caá, *Cienfuegosia drummondii* (A. Gray) Lewton, planta medicinal en el Chaco brasileño: conocimiento de la Ruta Bioceánica. *Interações (Campo Grande)* [Internet], 2021(4): 1367-1383. [acesso em: 20 fevereiro 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v22i4.3447>
30. Heisler EV. Origem do saber popular no cultivo de horto medicinal. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2018; 8(1): 33-47. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769227086>
31. Floriani N, Clarindo MF, Silva AA, Staniski A. Medicina popular, catolicismo rústico, agrobiodiversidade: o amálgama cosmo-mítico-religioso das territorialidades tradicionais na região da Serra das Almas, Paraná, Brasil. *Geografia*, 2016; 41(2): 331-350. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/ageteo/article/view/10683/8189>

32. Charão-Marques F, Silva TRB. Fórum pela Vida: plantas medicinais e a mobilização social no noroeste gaúcho. *Revista Desenvolvimento em Questão*, 2019; 17(47): 265-282. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2019.47.265-282>
33. Ceolin T. Sistema de Cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul. 2016. 237 f. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.
34. Paulilo MI. Mulheres rurais: Quatro décadas de diálogo. Florianópolis: UFSC, 2016. 383 p.
35. Ebling SBD, Falkembach EMF, Nascimento LA, Silva MM, Oliveira SS, Minussi PS. As mulheres e suas 'lidas': compreensões acerca de trabalho e saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2015; 13(3): 581-596. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00065>
36. Barônio FC, Geiger L. A Construção do ser mulher na agricultura familiar: uma perspectiva logoterapêutica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 2018; 24(1): 91-97. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v24n1/v24n1a11.pdf>
37. Valandro AB, Badalotti RM, Kleba ME. Saúde e Ambiente como Pautas de Interesse do Movimento de Mulheres Camponesas. *Revista Cadernos do Ceom*, 2018; 31(48): 83-93. [acesso em: 19 maio 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22562/2018.48.08>