

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

EDILEUSA DA SILVA

**MULHERES ASSENTADAS E SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

FRANCA

2011

EDILEUSA DA SILVA

**MULHERES ASSENTADAS E SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Raquel Santos Sant’Ana

FRANCA

2011

Silva, Edileusa da

Mulheres assentadas e saúde : uma análise a partir do Programa de Saúde da Família (PSF) / Edileusa da Silva. –Franca: [s.n.], 2011
167 f.

Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

EDILEUSA DA SILVA

**MULHERES ASSENTADAS E SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Prof^ª. Dra. Livre-Docente Raquel Santos Sant’Ana

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

3º Examinador: _____

4º Examinador: _____

Franca, _____ de _____ de 2011.

Aos meus filhos Rafael e Beatriz, os maiores amores da minha vida.

Ao Ulisses meu esposo por ter me apoiado incondicionalmente nesta caminhada, sempre com demonstrações de afeto e de carinho. Essa vitória é nossa.

AGRADECIMENTOS

Meus primeiros agradecimentos são a minha orientadora Prof^a Dr^a **Raquel Santos Sant'ana** uma pessoa que eu já admirava de longa data pela sua capacidade intelectual, e agora minha consideração só aumentou por conhecer o ser humano maravilhoso que ela é. **Raquel**, obrigada por compartilhar comigo seus conhecimentos, obrigada por compreender minhas dificuldades e minhas inúmeras jornadas de trabalho.

A todas as mulheres do Assentamento 17 de Abril, em especial às que foram sujeitos desta pesquisa, que com suas histórias, seus sonhos e suas vidas pautadas na simplicidade e na busca por uma vida melhor deram luz a esta tese.

Às professoras, que participaram da banca de qualificação deste projeto, que com carinho e discernimento souberam fazer vários questionamentos, proporcionando valiosas reflexões sobre este trabalho. Os comentários e as obras indicadas pelos componentes da banca de qualificação foram substanciais para impulsionar a pesquisa. Sou grata à Prof^a Dr^a **Íris Fenner Bertani** e à prof^a Dr^a **Israïld Giacometti**, pelas recomendações no momento da qualificação.

Ao meu filho **Rafael**, que com seu jeito especial de ser, fez-me rever muitos conceitos sobre a vida, e me ensinou que não basta discurso de aceitação a diversidade, é preciso vivenciá-lo cotidianamente em nossas vidas.

À Minha filha **Beatriz**. Sei que te privei de muitas horas em nossa convivência, mas você com sua perspicácia e sabedoria soube entender como este trabalho era importante na minha vida.

Ao **Ulisses**. Obrigada pelo seu apoio, compreensão e, sobretudo pelo amor que você sempre me dedicou, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis em que pensei seriamente em desistir. Obrigada ainda por transcrever minhas entrevistas e pelas importantes indicações bibliográficas.

Aos meus amigos:

Eu poderia suportar, embora não sem dor, que tivessem morrido todos os meus amores ... mas enlouqueceria se morressem todos os meus amigos! (Vinicius de Moraes).

À Minha amiga **Edvania Ângela de Souza Lourenço** pelo carinho e apoio durante todos estes anos de convivência, sempre disposta a debater comigo as questões referentes às políticas públicas com destaque para relativas à saúde e dar a sua contribuição com muita propriedade e lucidez.

À minha amiga **Rita Lopes de Oliveira Mendes** por sempre me mostrar que eu tinha condições de caminhar, de seguir em frente, sempre me incentivando nos caminhos da pesquisa.

À minha amiga **Regina Maura Rezende**. Obrigada por me apoiar nos momentos mais difíceis, não só em assuntos acadêmicos, mas também nas questões encadeadas pela vida.

A **Sandra Lúcia Siqueira Campos** amiga de todas as horas.

A **Miriam Lúcia Máximo Leite**, amiga de uma vida inteira.

A **Adriana Padua do Couto Rosa Cintra**. Obrigada pela amizade, e por estar sempre disposta a colaborar comigo.

A **Eliane Lemos**. Obrigada pela amizade nestes anos de trabalho na UBS Progresso.

A **Márcia Lopes Urquiza** pelo apoio e amizade, pelo contato com o assentamento, pois foi um facilitador imprescindível para realização da pesquisa.

A **Eliz Noberto dos Santos**. Saiba que te supervisionar foi muito prazeroso. Obrigada pela convivência nestes dois anos.

A **Rosane Aparecida Moscardini Alonso** assistente social da Secretaria de Saúde. Obrigada por compartilhar comigo de forma tão generosa os seus conhecimentos.

Às minhas novas amigas da docência **Gabi, Priscila, Anita e Márcia**. Companheiras com as quais enfrento cotidianamente as viagens Franca – Bebedouro.

Ao meu amigo **Paulo Henrique Miotto Donadeli**. Obrigada pela amizade e carinho que você sempre teve para comigo.

Ao meu amigo **Renato Toller Bray**. Obrigada pela amizade que você sempre me dispensou e por estar sempre disposto a discutir comigo as questões referentes à constituição do Estado, conceitos importantes para a construção desta tese.

Ao **Alexandre Marques Mendes** pela convivência nestes anos de trabalho no Imesb.

Às **minhas alunas e alunos do Curso de Serviço Social do Imesb**. Saiba que conviver com vocês me fez renovar a cada dia, numa alegria contagiante, inerente aos adolescentes, obrigada por terem feito parte da minha vida.

Aos **amigos e funcionários da UBS Progresso e Ambulatório de Planejamento Familiar**. Obrigada pelo carinho e apoio sempre presentes nesta caminhada.

À Equipe dos **Assistentes Sociais da Secretaria da Saúde**, por entenderem a minha falta de tempo.

Enfim, meus agradecimentos a todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.

Olhe para estas mãos
de mulher roceira,
esforçadas mãos cavouqueiras.

Minhas mãos doceras...
Jamais ociosas.
Fecundas, imensas e ocupadas,
Mãos laboriosas.

Mãos de semeador
Mãos de semeador afeitas
à sementeira do trabalho.
Minhas mãos raízes
procurando a terra....

Afeitas à sementeira do trabalho.
Semeando sempre.
Jamais para elas
os júbilos da colheita.

CORA CORALINA

SILVA, Edileusa. **Mulheres assentadas e saúde**: uma análise a partir do Programa de Saúde da Família (PSF). 2011. 167 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2011.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo a análise da sobrecarga de trabalho das mulheres no que tange ao cuidado de sua saúde e de seus familiares. A tese defendida é que o Estado como responsável pela garantia da saúde dos cidadãos brasileiros, conforme preconizado na Constituição de 1988 e reiterado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) como direito constituído, em decorrência de uma orientação econômica neoliberal que foi implantada no país a partir de 1990, tem se afastado da efetivação da política pública da saúde e transferido para a sociedade e para as famílias responsabilidades nos cuidados nesta área. Esta pesquisa foi realizada no Assentamento 17 de Abril localizado na fazenda Boa Sorte, no município de Restinga-São Paulo (SP). Os sujeitos foram as mulheres assentadas, protagonistas de uma história de luta na busca pela terra e condições de vida dignas. A opção de se investigar as mulheres inseridas no contexto de assentamento foi no sentido de tentar compreender se, esta sobrecarga de trabalho historicamente atribuídas às mulheres tinha ressonância nas mulheres moradoras em área rural, e que tiveram uma trajetória de embates na luta pela terra. As entrevistas foram realizadas com seis mulheres, selecionadas de forma intencional com os critérios de elegibilidade conforme descrito na metodologia deste trabalho. A pesquisa estendeu-se a uma auxiliar de enfermagem que desenvolve suas funções no equipamento de saúde denominado de Programa de Saúde da Família (PSF) na busca de maior compreensão da estruturação deste serviço no respectivo assentamento. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo que busca conhecer o cotidiano vivenciado pelas mulheres inseridas na área rural e usuárias da política pública de saúde. Utilizou-se de entrevistas abertas com questões norteadoras. Optou-se pela análise de conteúdo, momento em que foram elencadas as categorias que pudessem favorecer a compreensão dessa realidade. Procurou-se aproximar da realidade dessas mulheres, na busca de desvendar o real por elas vivenciado, pois cotidianamente elas desenvolvem suas atividades na perspectiva de garantir acesso à saúde para seus familiares, bem como, atendimento de resolutividade e encontram inúmeras dificuldades.

Palavras-chave: gênero. política pública de saúde. Sistema Único de Saúde. dupla jornada de trabalho. tripla jornada de trabalho. reforma agrária.

SILVA, Edileusa. **Mulheres assentadas e saúde**: uma análise a partir do Programa de Saúde da Família (PSF). 2011. 167 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2011.

ABSTRACT

This study aims the women overloading work analysis in what concerns to the care of her and her family's health. The defined thesis is that the State as responsible for the health guarantee of the Brazilian citizens, as extolled in the Constitution of 1988 and reiterated by the Organic Law of Health (OLH) as a constituted right, in occurrence of a neoliberal economic orientation that was introduced in the country since 1990, has moved itself away from the efficient public health politics and transferred to the society and to the families responsibilities in the care of the area. This research was done in the *Assentamento 17 de Abril* localized in the *Boa Sorte* farm, in the city of *Restinga – São Paulo (SP)*. The subjects were the fixed women, protagonists of a fight history in the search of the earth and deserving conditions of life. The option of investigating the women inserted in the context of registration was in the sense of trying to comprehend if, this working overload historically attributed to the women has resonance in the women living in the rural area, and that had a trajectory of clashes in the fight for the earth. The interviews were done with six women, selected in an intentional way with the criteria of eligibility according described in the methodology of this work. The research extended itself to a nurse auxiliary that develops her functions in the health equipment denominated *Programa de Saúde da Família (PSF)* in the search of a bigger comprehension of this service structure in the respective registration. It is a quantitative research that aims to know the quotidian lived by the women inserted in the rural area and users of the public health politics. It was used open interviews with oriented questions. It was opted the content analysis, moment in which were elected the categories that could favor the comprehension of this reality. It was seek the approach of these women reality, in the search of uncovering the real lived by them, because daily, they develop their activities in the perspective of guaranteeing assessment to the health to their families, as well as, resolving service and find several difficulties.

Key-words: genre. public health politics. Unique Health System. double and triple work journey. land reform.

SILVA, Edileusa. **Mulheres assentadas e saúde: uma análise a partir do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2011. 167 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2011.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la carga de trabajo de las mujeres en relación al cuidado de su salud y de sus familiares. La tesis defendida es que el Estado como responsable por la garantía de la salud de los ciudadanos brasileños, de acuerdo con la Constitución de 1988 y confirmada por la Ley Orgánica de Salud (LOS) como derecho constituido, como consecuencia de una orientación económica neoliberal que fue implantada en el país a partir de 1990, se alejó de la eficacia de la política pública de la salud y transfirió para la sociedad y para las familias responsabilidades de cuidados en este ámbito. Esta investigación se llevó a cabo el 17 de abril en el Asentamiento ubicado en la hacienda “Boa Sorte”, en el municipio de Restinga - São Paulo (SP). Los sujetos fueron las mujeres asentadas, protagonistas de una historia de lucha, en busca de la tierra y condiciones de vida dignas. La opción de investigar las mujeres insertas en el contexto de asentamiento fue en el sentido de intentar comprender si esta gran carga de trabajo históricamente atribuidas a las mujeres tenía resonancia en las mujeres del campo y que tuvieron una trayectoria de embates por la tierra. Las encuestas fueron hechas con seis mujeres, seleccionadas de forma intencional con los criterios de elegibilidad de acuerdo con la metodología de este trabajo. La encuesta se fue hecha con una auxiliar de enfermería que desarrolla sus funciones junto al equipo de salud que es llamado *Programa de Saúde da Família* (PSF) en búsqueda de mayor comprensión de la estructuración de este servicio en el respectivo asentamiento. Se trata de una encuesta cualitativa que intenta conocer el cotidiano vivido por las mujeres insertadas en el área rural y usuaria de la política pública de salud. En la encuesta fueron hechas cuestiones abiertas direccionadas. Se optó por el análisis de contenido, momento en que fueron listadas las categorías que pudieran favorecer la comprensión de esa realidad. Se intento acercarse de la realidad de esas mujeres en la búsqueda de revelar lo real por ellas vivido, pues cotidianamente ellas desarrollan sus actividades con la perspectiva de garantizar el acceso a la salud para sus familiares, como también, el la atención y eficacia que encuentran innumerables dificultades.

Palabras llaves: género. política pública de salud. Sistema Único de Salud. doble y triple jornada de trabajo. reforma agraria.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Unidade da Escola de Educação Infantil do Municipal de Restinga (SP).....	29
Figura 2 - Igreja Católica e Apostólica Romana	29
Figura 3 - Igreja Assembléia de Deus	29
Figura 4 - Unidade do PSF	30
Figura 5 - Ambulância da Prefeitura de Restinga.....	30
Figura 6 - Campo de <i>Futebol</i>.....	59

LISTA DE SIGLAS

APF	Ambulatório de Planejamento Familiar
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CETRA	Centro de Estudos do Trabalho e de Assessoria ao Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
CPT	Comissão da Pastoral da Terra
DRS	Diretório Regional de Saúde
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEPASA	Ferrovias Paulista – S.A
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MLST	Movimento de Libertação dos Sem Terra
MOGIANA	Companhia Mogiana de Estradas de Ferro.
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PCB	Partido Comunista do Brasil
PCS	Programa Comunidade Solidária
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SOF	Sempreviva Organização Feminina

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
METODOLOGIA DA PESQUISA.....	23
CAPITULO 1	
O COTIDIANO DAS MULHERES NO ASSENTAMENTO 17 DE ABRIL.....	34
1.1 Relações de gênero e assimetria de poderes	35
1.2 Avanços e conquistas das mulheres	40
1.3 Os dados da pesquisa iluminando a tese.....	43
1.4 Identidade feminina: o que é ser mulher	45
1.5 O cotidiano no Assentamento 17 de Abril.....	47
1.6 A vinda para o assentamento: as motivações.....	49
1.7 O preconceito em relação aos assentados	51
1.8 A escrituração do lote no nome da mulher e sua importância legal e social.....	53
1.9 Decisão do que cultivar	55
1.10 Lazer no assentamento.....	57
1.11 Os sonhos das mulheres do Assentamento 17 de Abril.....	60
CAPÍTULO 2	
TRABALHO FEMININO MEDIANTE AS NOVAS CONCEPÇÕES IMPOSTAS PELO CAPITALISMO.....	63
2.1 Divisão sexual do trabalho	64
2.2 Trabalho doméstico – a dupla, tripla jornada de trabalho para as mulheres	70
2.3 A mulher inserida no sistema de colonato.....	73
2.4 A realidade das mulheres no Assentamento 17 de Abril	76
2.5 O cuidado com os filhos: a mulher no papel de cuidadora.....	80

CAPÍTULO 3

MULHERES ASSENTADAS E AS ESTRATÉGIAS PARA A GARANTIA DE SUA SAÚDE E DE SEUS FAMILIARES.....	82
3.1 Breve retrospectiva das Políticas Públicas na interface com o Estado.....	83
3.2 O Estado brasileiro e os direitos sociais.....	88
3.3 Os desafios para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)	99
3.4 O SUS: na contramão do projeto neoliberal?	103
3.5 A descentralização da saúde na perspectiva da Atenção Básica.....	107
3.6 O Programa de Saúde da Família - Qualis do Assentamento 17 de Abril.....	114
3.7 O atendimento de saúde no Assentamento 17 de Abril na ótica dos sujeitos da pesquisa.....	117
3.8 Medicamentos farmacêuticos X medicação caseira	130
3.9 As mulheres nos papéis de promotoras e cuidadoras da saúde da família	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS	146

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MULHERES ASSENTADAS	162
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA SAÚDE DO PSF	163
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	164

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNESP DE FRANCA	166
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA	167

INTRODUÇÃO

A teoria não pode enclausurar-se em sua torre de marfim.
(Poulantzas)

Não há estrada real para a ciência, e só têm probabilidade de chegar a seus cimos luminosos aqueles que enfrentam a canseira para galgá-los por veredas abruptas. (Karl Marx).

Esta pesquisa buscou analisar as condições vivenciadas pelas mulheres do Assentamento¹ “17 de abril”, da fazenda Boa Sorte, localizada no Município de Restinga SP, nos aspectos relativos aos cuidados de sua saúde e dos seus familiares. Trata-se de evidenciar as estratégias criadas pelas mulheres na garantia da saúde familiar, na interface com a atual política pública de saúde, que em decorrência de uma política de orientação de cunho neoliberal tem se afastado cada vez mais da concepção de universalidade e integralidade, na perspectiva da saúde como direito a todo cidadão brasileiro preconizado na Constituição de 1988 e regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS).

A tese defendida neste estudo é que há uma sobrecarga de trabalho para as mulheres no que concerne a responsabilidades que lhes foram atribuídas nos cuidados de seus familiares nos aspectos que tangem aos assuntos relacionados à atenção à saúde. Responsabilidades estas reiteradas e acentuadas em virtude da maneira como a política pública de saúde se constitui na atualidade. Historicamente as atividades referentes à esfera doméstica e aos cuidados da reprodução social da família estiveram sob o encargo das mulheres e, com a inserção destas no mercado de trabalho trouxe-lhes a sobrecarga de atividades, ou seja, a dupla e tripla jornada de trabalho. Para colaborar ainda mais com esta situação o Estado tem dado sua cota de contribuição. O Estado Democrático de Direito, ao implantar a política econômica neoliberal, submete as políticas públicas a essa ordem de financiamento, ou seja, fragmentada, pontual e focalizada na pobreza extrema, portanto, como estão configuradas, estas políticas não se efetivam conforme preconizadas, o Estado transfere para sociedade responsabilidades que lhe são pertinente à área social, atribuições estas que acabam recaindo sobre as mulheres, acentuando assim desse modo sobrecarga de funções no que tange se refere aos cuidados de sua saúde e de seus familiares.

Ressalta-se a opção pelo assunto proposto, parafraseando Martinelli (2006) a respeito da dialética da escolha, a qual envolve discussões referentes à questão: será que se escolhe o tema ou se é por ele escolhido? O interesse pelo tema se deu a partir da observação no cotidiano profissional, enquanto assistente social da Unidade Básica de Saúde (UBS)

¹ “O assentamento é um espaço destinado para o conjunto de famílias camponesas viverem, trabalhar e produzir, dando uma função social a terra e garantindo um futuro melhor à população. A vida no assentamento garante às famílias direitos sociais que não são garantidos a todo o povo brasileiro: casa, escola e comida” (MST, 2001b, online).

Progresso e Ambulatório de Planejamento Familiar (APF). Constata-se que as mulheres constituem o maior contingente de usuários que cotidianamente procuram por atendimento nestes serviços de saúde: para si, para seus filhos, para pais, esposos ou companheiros, enfim, para toda a família; muitas vezes até seus vizinhos são alvos desse apoio solidário. Neste fazer profissional percebe-se que as mulheres assumem responsabilidades pelos cuidados de saúde dos familiares, acarretando uma sobrecarga de trabalho, realidade esta que tem se acentuado ainda mais em decorrência de como a atual política de saúde pública está estruturada.

A preferência, neste trabalho de pesquisa, foi pela utilização do referencial teórico em autores com marcante viés feminista, que desenvolvem suas pesquisas nesta perspectiva, procura desmistificar a construção social dos papéis femininos. Busca-se a compreensão de assuntos que envolvam a vida das mulheres: o lugar que elas ocupam nesta sociedade, seus anseios e projetos de vida nas mais diversas áreas, pois acredita-se que estes argumentos possibilitam analisar e explicar a situação das mulheres na sociedade em que se vive. Para Caio Prado Júnior (1987, p.22), “Qualquer análise social é sempre afetada consciente ou inconsciente pela posição política do analista. Ele deve por isso fazer que o seja conscientemente, a fim de não embaralhar a matéria e divagar sem rumo preciso.”

Espera-se que as questões abordadas neste estudo possam contribuir e subsidiar trabalhos efetivos com mulheres e respectivas famílias nas questões que envolvem a saúde e nas mais diversas áreas de atuação e do conhecimento do Assistente Social e de outros profissionais comprometidos na busca de maior equidade nas relações de gênero nesta sociedade, bem como na elaboração de políticas públicas que visem à superação desta realidade injusta e desigual.

Procura-se não perder de vista o fato que essas mulheres são membros integrantes da família, da sociedade e recebem influências dessas instâncias podendo, portanto reproduzir valores machistas e patriarcais que dificultem a ruptura desses papéis. Contraditoriamente, nessa relação dialética, elas também podem influenciar para que haja mudanças significativas nestas estruturas hierarquizadas de poder.

Assim, sensibilizada pelo visível (observação empírica) nas questões de saúde da família, percebe-se que em seus domicílios elas se responsabilizam pelos parentes adoecidos, inclusive acabam realizando procedimentos complexos, como: curativos, aspiração de aparelhos de traqueostomia e também ministram medicamentos, dentre outros. É relevante afirmar que cabe a elas marcar consultas, conseguir medicamentos, materiais necessários para o tratamento em domicílio e que encontram dificuldades ao acesso destes insumos.

Mediante todo o paradigma mencionado, os sujeitos desta pesquisa são as mulheres provenientes das classes sociais empobrecidas, moradoras de um assentamento rural, que vivenciam cotidianamente suas vidas marcadas na luta pela terra, entendendo que esta terra tem uma função social, constituindo-se como direito àqueles que dela tiram sua sobrevivência.

Segundo Prado Júnior (1987), a história do Brasil, 1970, é permeada pelo conflito da posse pela terra, situação que ocorre desde o século XVI, seja para ocupar o imenso território brasileiro, seja para escravizar a população africana trazida à força para a grande fazenda colonial.

De acordo com Butto e Hora (2008), o Brasil vivenciou o sistema de sesmarias, que se expandiu em decorrência de haver grandes fazendas, força de trabalho abundante e barata, disponibilizada, a princípio, pelo trabalho escravo e uma produção agrícola voltada para exportação.

O regime de sesmaria teve sua vigência até mesmo após a promulgação da Lei de Terras em 1850². Esta lei estabelecia que o direito a terra deveria ocorrer mediante a sua compra e aboliria o modelo em questão. Entretanto, “Com os preços elevados das terras e os baixos salários ofertados, o campesinato brasileiro que se formava, os negros libertos e os trabalhadores rurais tiveram poucas condições de acesso legal a terra [...]” (BUTTO; HORA, 2008, p. 23).

Para Melo e Di Sabbato (2008), terminado o período da escravidão houve uma intensa difusão do trabalho em pequenas unidades familiares no meio rural, mas o acesso à terra esteve preso à legislação, só era possível a compra e venda de terras se estivesse de acordo com a Lei de Terras, criada em 1850. Esta Lei favoreceu intensamente à preservação das estruturas fundiárias. Deste modo, as melhores terras ficaram para os antigos proprietários e foram recebidas pelas próximas gerações como herança.

As Propostas de reforma agrária ou de solução para o problema rural vêm sendo discutidas no Brasil desde 1920 e 1930, no bojo das grandes lutas sociais. A história da reforma agrária brasileira ocorre tardiamente, no final dos anos 1950 e início dos anos 1960, cerne das reivindicações por reformas de base nas mais diversas áreas: agrária, estudantil, urbana, dentre outras, e entra na discussão de segmentos populares que lutam pelo direito a terra.

² Lei de Terras, como ficou conhecida a Lei n. 601 de 18 de setembro de 1850, foi a primeira iniciativa no sentido de organizar a propriedade privada no Brasil. Até então, não havia nenhum documento que regulamentasse a posse de terras e com as modificações sociais e econômicas pelas quais passava o país, o governo se viu pressionado a organizar esta questão (DUARTE, 2007, online).

Um novo marco jurídico discutiu a questão fundiária mediante a elaboração do Estatuto da Terra em 1964, debate imprescindível na defesa de possibilidades, que favorecesse a democratização do acesso à terra. “Nele, a reforma agrária é compreendida como o conjunto de medidas para promover uma melhor distribuição da terra, mediante modificações no regime de sua posse e uso, e assim atender aos princípios de justiça social e do aumento de sua produtividade [...]” (BUTTO; HORA, 2008, p. 24). Mas, é sabido que o governo instituiu o Estatuto da terra para desmobilizar a luta encadeada pela reforma agrária.

Os debates envolvendo propostas da Reforma Agrária entram para a agenda política de forma lenta e gradual neste País. No Brasil, a concentração de terras é histórica desde a fase de sua colonização. Para Melo e Di Sabbato (2008, p. 43) “Da Lei de Terras de 1850 ao Estatuto da Terra de 1964, as políticas agrária e agrícola passaram por contestações e obstáculos sempre que a questão da reforma agrária era trazida pelo povo para a arena política [...]”.

Os autores ressaltam que “As lutas sociais no campo brasileiro nunca desapareceram e explodiram com maior ímpeto nos anos de 1950 com o movimento das ligas camponesas, e retornaram [...] com o movimento dos trabalhadores sem terra” (MELO; DI SABBATO, 2008, p. 42).

Para Butto e Hora (2008), a política de reforma agrária se concentrou no trabalho de implantar assentamentos destinados à instalação de famílias de agricultores. Essa política apoia os programas de desenvolvimentos destinados à unidade de produção familiar. Entretanto, os autores reiteram que mesmo assim não se coloca na pauta de discussões a subordinação das mulheres.

Enfatiza-se que a modernização do campo não veio acompanhada na mesma intensidade na discussão de assuntos referentes aos trabalhos reprodutivos desenvolvidos pelas mulheres, esse desenvolvimento não está ainda relacionado ao uso de aparelhos domésticos, que pudessem facilitar a vida, bem como o trabalho das mulheres.

O mesmo ocorreu nos processos produtivos. A modernização conservadora do campo brasileiro nos anos 70, por exemplo, se fez com a intensificação do uso de máquinas agrícolas e insumos não incluíram equipamentos e infraestrutura para facilitar o trabalho doméstico, contribuindo mais uma vez, para a segregação e divisão sexual do trabalho (BUTTO; HORA, 2008, p. 24).

Para Butto e Hora (2008), nos assentamentos criados, as mulheres continuaram numa situação de subordinação, e mesmo neste movimento de luta pela terra, de conquistas

por parte daqueles que vivem do trabalho com a terra, ainda assim não foram criadas políticas específicas que dessem ao público feminino acesso à terra, bem como autonomia produtiva.

A discussão do direito das mulheres à terra entra em pauta a partir de 1980, momento que se intensifica o debate e a luta em relação à democratização do país. Entretanto, “[...] as políticas de reordenamento fundiário e de desenvolvimento agrícola não consideraram a situação das mulheres, mantiveram a noção de família como unidade de referência e a modernização com o aumento da produtividade agrícola como objetivo” (BUTTO, HORA, 2008, p. 24).

É, sem dúvida alguma, um desafio adentrar neste universo, pois envolve muitas questões do universo feminino, subjetividades, mas é com o olhar alicerçado na realidade concreta material que certamente interfere no subjetivo que se desenvolveu esta pesquisa, para que possa de alguma forma contribuir para a emancipação das mulheres, ou que possa somar com estudos e ações políticas em prol de melhores serviços destinados ao público feminino e, portanto, na construção de uma sociedade mais justa.

Para discutir a questão da sobrecarga do trabalho feminino nos aspectos relacionados aos cuidados da saúde, procurou-se nesta tese fazer uma apresentação que se divide em: Introdução, três capítulos e considerações finais.

No primeiro capítulo, intitulado O Cotidiano das Mulheres no Assentamento 17 de Abril, buscou-se trazer dados dessa cotidianidade vivenciada pelas mulheres do referido assentamento, elucidando dados da realidade de suas vidas. Contextualizou-se sobre a discussão de gênero com contribuições de Beauvoir, Scott, Saffioti, dentre outros, objetivando desvendar os papéis atribuídos a homens e mulheres nesta sociedade, reiterando que essas diferenciações nos papéis e nas atribuições não estão alicerçadas em aspectos naturais ou baseadas em diferenças biológicas, mas que foram construídos socialmente e ainda de forma negativa para as mulheres. Buscou-se realizar uma caracterização das entrevistadas oportunizando discussões no que tange às questões relacionadas à educação, às motivações da vinda para o assentamento, ao lazer como elemento importante na busca por saúde, aos preconceitos por elas vivenciados por serem moradoras de assentamento rural, bem como aos sonhos de cada uma por elas elencados.

No segundo capítulo denominado de Trabalho feminino mediante as novas concepções impostas pelo capitalismo, discutiu-se a divisão sexual do trabalho, com referências em Marx, Engels, bem como, as transformações ocorridas no mundo do trabalho, sua precarização, subsidiados pelas obras de Ricardo Antunes, Helena Hirata, Claudia Nogueira Mazzei, dentre outros, contribuições imprescindíveis para compreensão da divisão

sexual do trabalho. A permanência das mulheres nas atividades domésticas e sua inserção na esfera pública sem ter se desvinculado de suas atribuições históricas na esfera privada, trouxe uma sobrecarga de trabalho, ou seja, a dupla tripla jornada.

No terceiro capítulo, intitulado Mulheres assentadas e as estratégias para a garantia de sua saúde e de seus familiares realizou-se a discussão sobre a construção do Estado nos seus mais diversos modelos, bem como às políticas públicas com ênfase à política de saúde e como se dá o rebatimento direto na vida dessas mulheres sujeitos desta pesquisa. Contextualizou-se também neste capítulo aspectos no que tange à sobrecarga das mulheres no que se refere aos cuidados de sua saúde e de seus familiares, enfatizando como está implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) – QUALIS no Assentamento 17 de Abril.

A pesquisa de campo, como já afirmado, foi realizada no Assentamento 17 de Abril. Os sujeitos deste estudo são seis mulheres moradoras do respectivo assentamento, e uma auxiliar de enfermagem, profissional do Programa de Saúde da Família instalado na localidade mencionada. Os dados encontrados nesta realidade foram distribuídos ao longo do texto produzido, de forma que favoreça ao leitor interessado um contato com os dados encontrados durante todo o texto e não apenas em único capítulo, foram apresentados de tal forma que a exposição possa deixar a leitura mais dinâmica.

Nas considerações finais, buscou-se enfatizar que o conhecimento é sempre uma aproximação da realidade, portanto, é sempre datado e histórico; no entanto, o desafio foi trazer o tema desta tese de maneira a contribuir com o desvendamento de relações sociais que envolvem questões de gênero na interface com as políticas sociais.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A dialética não atinge o pensamento de fora para dentro, nem de imediato, nem tampouco constitui uma das suas qualidades; o conhecimento é que é a própria dialética em uma das suas formas. O conhecimento é a decomposição do todo (KOSIK, 2002, p. 18).

A tese, intitulada “Mulheres assentadas e saúde: uma análise a partir do Programa de Saúde da Família (PSF)” tem como lócus de pesquisa o Assentamento 17 de Abril, localizado na fazenda Boa Sorte, no município de Restinga - SP.

A fazenda do referido assentamento possui 3.025 hectares de terras produtivas. Historicamente, a área concentrava o plantio do café, que vivia o auge da produção e da riqueza. No período de 1930, tratava-se de uma propriedade particular pertencente à família Junqueira, tradicional na região de Ribeirão Preto.

A fazenda vivia o seu auge cafeeiro. Neste período, o Brasil caracterizava-se por ser um País eminentemente agrário, comandado por uma política oligárquica cafeeira e uma sociedade que vivia da agricultura voltada para a exportação. A base da economia era o café, que detinha forte representatividade na produção agrícola, o que trazia riquezas para seus proprietários.

Para Ianni (1977, p. 6), “A marcha do café, ao longo do oeste e nortes paulistas, formou fazendas e cafezais, colônias e casas grandes, vilas e cidades. Toda uma sociedade agrária de fase capitalista formou-se na região.” Ainda para o mesmo autor, o café sobrepunha-se aos outros produtos como: algodão, cana, gêneros alimentícios, dentre outros.

O País, neste período, era comandado pelo governo provisório de Getúlio Vargas que teve sua duração de 1930 a 1945. Desde que assumiu o poder, Vargas primou-se por medidas centralizadoras, pois, segundo Fausto (2002), uma das primeiras atitudes do governo, assim que se estabeleceu, foi tomar posse não apenas do Poder Executivo, mas também do Legislativo; numa atitude antidemocrática, dissolveu o Congresso Nacional, os legislativos estaduais e municipais, marcando, assim, o início do seu governo com medidas arbitrárias e autoritárias. Na área econômica também houve centralização das ações, e o governo estabeleceu uma política de proteção aos cafeicultores.

Porém, o cenário mundial vivia a crise de 1929, uma das maiores do capitalismo, que teve seus efeitos sentidos também no Brasil. Os cafeicultores viram o preço do café despencar, e o governo passou a intervir de forma sistemática na busca de resolver essa situação econômica imposta. De acordo com Fausto (2002), o Brasil sentiu drasticamente os impactos dessa crise mundial em razão da “*Crash*”, Queda da Bolsa de Valores de Nova York, em 1929. De acordo com Ianni (1977), a crise de 1929 foi crucial para que os

fazendeiros buscassem a diversificação de suas produções, porém, outros fatores são elencados pelo autor, como a superprodução do café, as geadas de 1918 e as secas de 1924 e 1926, que foram determinantes para a compreensão de que era bastante arriscado continuar com a monocultura do café.

Na busca de solucionar esses problemas financeiros, o governo de Vargas comprava parte da produção do café, intervindo artificialmente na demanda, na tentativa de manter os preços altos. Segundo Fausto (2002), apesar de todos os esforços empenhados, não houve resultado positivo, pois os preços não reagiram e, para muitos, o que ficou nítido foi a percepção de que as medidas só haviam sido boas para os banqueiros que haviam financiado parte dos estoques. Como as dificuldades persistiam, o governo passou a tomar medidas mais drásticas na busca de reduzir a oferta e sustentar os preços; uma das medidas era queimar os estoques de café. A partir de 1931, o governo comprava a produção do café e a destruía, a fim de diminuir a oferta e aumentar os preços. Esta medida durou até 1944. “Em treze anos, foram eliminados 78,2 milhões de sacas, ou seja, uma quantidade equivalente ao consumo mundial de três anos” (FAUSTO, 2002, p. 334).

Sensibilizado com as implicações da crise que atingiu a cafeicultura desde 1929, Mário de Andrade escreveu:

Os armazéns se entulhavam de milhões de sacas de café indesejado. E foi um crime nojento. Mandaram queimar o café nos subúrbios escusos da cidade, nos mangues desertos. A exportação decresceu tanto que o porto quase parou. Os donos viviam no ter e se agüentavam bem com as sobras do dinheiro ajuntado, mas e os trabalhadores, e os operários, e os colonos? A fome batera na terra tão farta e boa. Os jornais aconselhavam paciência ao povo, anunciavam medidas a tomar futuramente (ANDRADE apud IANNI, 1977, p. 23).

Desta forma, o governo assumia os riscos e prejuízos dessas operações, desonerando os capitalistas, donos das grandes propriedades agrícolas, sendo uma maneira de usar a máquina pública a favor da classe dominante.

Vale frisar o reflexo da crise nas economias, bem como a redução do potencial produtivo e da circulação de bens nos países afetados. “A crise mundial trazia como consequência uma produção agrícola sem mercado, a ruína dos fazendeiros, o desemprego nas grandes cidades” (FAUSTO, 2002, p. 331). Os cafeicultores não conseguiram reverter a situação do declínio acentuado dos preços praticados dos seus produtos.

As medidas adotadas pelo governo de Vargas não atingiram o efeito desejado, a economia nacional não reagiu, o preço do café continuou em queda vertiginosa, o que

afetou, de forma incisiva, a situação da fazenda Boa Sorte, pois não conseguindo superar a situação, sem perspectiva nenhuma de sobrevivência, a mesma foi vendida para a Companhia Mogiana de Estradas de Ferro, mais conhecida como Mogiana, em 1941.³

De acordo com Albuquerque (2000)⁴, a fazenda teve seu auge nas décadas de 1940 e 1950, em decorrência dos investimentos da Mogiana em estrutura física e produção agrícola de vários produtos. A empresa utilizou boa parte da fazenda para reflorestamento, já que muita madeira era utilizada na construção dos dormentes para as linhas de trem, e havia uma legislação que exigia essa contrapartida para que não acelerasse o problema do desmatamento no País.

Nesse período, o transporte movido pelos trens também entrou em decadência com o desenvolvimento da indústria automobilística e, assim, a empresa sofreu as crises inerentes a essa nova situação imposta. As mudanças sociais e econômicas, decorrentes da indústria, paulatinamente, vão transformando a vida da população. O país começa a industrializar-se, as pessoas sem condições de continuar vivendo no campo, migram para as cidades.

A Mogiana era uma empresa privada e apresentava sérias dificuldades financeiras para continuar gerindo seus negócios. Na tentativa de solucionar a questão, o Estado intervém de forma incisiva comprando ações, mas, mesmo assim, ela entrou em declínio e acentuaram as dificuldades financeiras. O Estado busca soluções e a empresa passou a constituir uma Sociedade Anônima de Economia Mista. Pode-se afirmar que o Estado socializa os prejuízos com os detentores dos meios de produção, pois quando não há crises ou dificuldades, ele deixa o mercado regular-se, ficando a empresa privada com os lucros, mas em épocas de crises, ele assume parte das dívidas e prejuízos.

Pereira (2002, p. 26), ao abordar a questão do Estado, discorre que “o Estado não é um fenômeno dado, aistórico, neutro e pacífico, mas um conjunto de relações criado e recriado num processo histórico tenso e conflituoso em que grupos, classes ou frações de classe que se confrontam se digladiam em defesa de seus interesses particulares.” O Estado coloca-se de forma a mediar as relações da sociedade e do mercado, e se organiza conforme o momento histórico e as necessidades engendradas pelo sistema capitalista vigente, mas

³ A Companhia Mogiana de Estradas de Ferro, fundada em 18 de março de 1872, teve quase 2000 quilômetros de linhas, serviu aos estados de São Paulo e Minas Gerais até 1971, quando interrompe suas atividades também por dificuldades financeiras, pois a produção agrícola já tinha outros meios de transportes: as rodovias usadas por caminhões no transporte de cargas.

⁴ Na revisão bibliográfica sobre o assentamento foi o trabalho encontrado dentre poucos que traz a contextualização do assentamento, com pesquisa de campo realizada com pessoas que vivenciaram de forma efetiva da ocupação da fazenda.

historicamente esteve a serviço da classe dominante. Entretanto, de acordo com a correlação de forças estabelecida, a classe denominada subalterna, pode colocar-se no embate e, assim, o Estado tem de fazer concessões para manutenção do poder e da ordem institucional vigente, bem como para a continuidade do sistema de produção dominante, no caso do Brasil, o capitalismo.

No entanto, não restabelecendo a situação financeira, a fazenda passou para a administração da Companhia Paulista de Estrada de Ferro, que teve sua razão social alterada para Ferrovias Paulista S/A (FEPASA). Neste período, muitos trabalhadores da Mogiana e meeiros da fazenda começaram a buscar melhores oportunidades de trabalho nas cidades, fato que ocorreu no país inteiro por meio do denominado êxodo rural.

Marx e Engels já haviam se debruçado sobre a questão do êxodo rural quando, em 1848, escreveram o Manifesto do Partido Comunista, referindo-se ao fato de como a burguesia, ao engendrar seu modelo de produção, submete os moradores da zona rural a transferir-se para a zona urbana, na busca de melhores condições de vida, em decorrência das dificuldades de se viver no campo, por falta de investimentos, bem como a sua desvalorização, enquanto modelo de vida e de sobrevivência.

A burguesia submeteu o campo à dominação da cidade. Criou cidades tentaculares, aumentou maciçamente a população das cidades em relação à dos campos e, portanto, arrancou uma parte expressiva da população do embutecimento da vida rural. E tal como subordinou campo e cidade, tornou dependente os países bárbaros ou semibárbaros dos países civilizados; os povos agrícolas dos povos burgueses; o oriente do ocidente (MARX; ENGELS, 2009, p. 31).

No Brasil, em decorrência de sua industrialização tardia, o êxodo rural ocorre mais intensamente, segundo Silva (2004, p. 562) nos anos de 1950 e 1960, em virtude do processo de modernização da agricultura. “É nesse momento que surge no cenário do mercado de trabalho no campo, o volante, o trabalhador temporário residente nas cidades - dormitórios, também cognominado bóia-fria.” A autora, citando dados do Instituto de Economia agrícola, alega que, entre os anos de 1960 e 1980, dois milhões e meio de pessoas já tinham deixado de viver na área rural do Estado de São Paulo.

Esta expulsão do campo para a cidade também teve seus rebatimentos na fazenda Boa Sorte, com a saída de muitas famílias que não conseguiram sobreviver com o trabalho da terra, entretanto, os trabalhadores que conseguiram resistir à falta de recursos e de perspectiva de vida foram efetivados como funcionários da FEPASA. Na administração do

Estado, a fazenda tornou-se reserva florestal e passou a produzir eucaliptos, para fins de reflorestamento. No entanto, a fazenda não teve os investimentos necessários e ficou praticamente abandonada pelo Estado, tornou - se improdutiva e, portanto, propícia para fins da reforma agrária.

A ocupação da fazenda pelos trabalhadores ocorreu no dia 01/01/1998, e cerca de duzentas famílias, oriundas de várias cidades (Franca, Restinga e Barretos), ocuparam a fazenda Boa Sorte. Enfrentaram muitos conflitos, inclusive com a justiça, mediante liminares despachadas para que as terras fossem desocupadas. No entanto, em setembro de 1998, após muitas negociações, o assentamento ganhou a condição de provisório e a Boa Sorte foi liberada para o assentamento de aproximadamente 600 pessoas. Os assentados mudaram o nome da propriedade para "*Assentamento 17 de Abril*", homenageando os 19 sem-terras mortos em 1996, em *Eldorado dos Carajás*, no Pará⁵.

O período de ocupação, bem como a fase do assentamento desencadeou várias divisões internas e conflitos, fazendo com que as famílias se dividissem em duas agrovilas, uma pertencente ao Movimento de Libertação dos Sem-Terra (MLST)⁶ e a outra ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST)⁷.

Atualmente, o assentamento possui cinco associações: Dorselinda Foliadora⁸, Parceiros do Campo, Vale do Sapucaí com ênfase na preservação dos rios, AMPLA, Mulheres Solidárias. Todas as associações foram criadas para viabilizar a organização do plantio e escoamento da produção e obtenção de créditos; reúnem-se de forma independente, mas em certos momentos unem-se em busca de objetivos comuns.

Na área da Educação o assentamento possui uma Escola Municipal para crianças até o 5º ano, depois que terminam este ciclo, os alunos são encaminhados para o

⁵ “Em 17 de abril de 1996, 19 trabalhadores rurais Sem-Terra foram brutalmente assassinados por policiais militares no chamado massacre de Eldorado dos Carajás, no Pará. Nesse dia, três mil famílias Sem-Terra ocuparam a rodovia PA – 150 para exigir ação urgente do INCRA na desapropriação de um latifúndio improdutivo onde o MST montou o acampamento Macaxeira. No entanto, as famílias foram surpreendidas e cercadas por duas tropas de militares que abriram fogo contra eles, a fim de cumprir a ordem de ‘desobstruir a pista a qualquer custo’”. (MST, 2011a, online).

⁶ O Movimento de Libertação dos Sem- Terra (MLST) surgiu em agosto de 1997 com o intuito de unificar grupos isolados já existentes de luta pela terra, em sete Estados: Pernambuco, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Paraíba, Maranhão, São Paulo e Bahia. (MITIDIERO, 2002, p. 142).

⁷ O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, também conhecido como Movimento dos Sem- Terra ou MST, é fruto de uma questão agrária que é estrutural e histórica no Brasil. Nasceu da articulação das lutas pela terra, que foram retomadas a partir do final da década de 70, especialmente na região Centro-Sul do país e, aos poucos, expandiu-se pelo Brasil inteiro. O MST teve sua gestação no período de 1979 a 1984, e foi criado formalmente no Primeiro Encontro Nacional de Trabalhadores Sem Terra, que se realizou de 21 a 24 de janeiro de 1984, em Cascavel, no estado do Paraná (CALDART, 2001, p. 207).

⁸ De acordo com informações de um morador do assentamento em 20/07/2010 o nome dessa associação foi dado em homenagem a uma companheira que morreu na luta pela terra.

município de Restinga S.P, para darem continuidade em seus estudos. O transporte é gratuito e fornecido pela Prefeitura.



Figura 1 - Unidade da Escola de Educação Infantil do Municipal de Restinga (SP)

O assentamento tem duas igrejas para as práticas religiosas, uma denominada Assembléia de Deus e a outra Católica Apostólica Romana.



Figura 2 - Igreja Católica e Apostólica Romana



Figura 3 - Igreja Assembléia de Deus

Na área da saúde, conta com uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) – Qualis, sendo a equipe composta por: uma médica generalista e um dentista que realizam atendimentos duas vezes por semana; esses profissionais trabalham com agendamento prévio. Compõem também a equipe uma enfermeira que comparece no PSF uma vez por semana, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários que trabalham de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 14:00 horas. É importante dizer que os agentes comunitários ficam a disposição dos médicos e dentistas para auxiliá-los nos seus atendimentos. Os agentes também trabalham na recepção e na limpeza do prédio, pois a equipe sempre está desfalcada e não há profissionais designados para esta função. O prédio compreende uma casa pequena, com uma varanda que é utilizada como sala de espera, um consultório médico, uma sala odontológica, uma sala que funciona como pré- consulta uma sala para entrega de medicamentos e uma pequena cozinha onde os funcionários fazem suas refeições. Dentre os equipamentos, não há telefones e/ou computadores.



Figura 4 - Unidade PSF



Figura 5 - Ambulância da Prefeitura de Restinga⁹

A tese defendida neste trabalho é que o Estado, na sua concepção neoliberal, tem se afastado cada vez mais do seu papel de garantir atendimento na área social e tem transferido, de forma sistemática, grande parte de suas responsabilidades para a sociedade e para as famílias; estas por sua vez transferem essas atribuições para as mulheres que, historicamente, têm sido vistas como cuidadoras e responsáveis pelo bem estar da família. Todas essas responsabilidades acarretam uma sobrecarga de serviços às mulheres, que já vivem a dupla e tripla jornada de trabalho, pois trabalham fora, em casa e ainda, tem que oferecer cuidados aos familiares.

⁹ O veículo da prefeitura estacionado em frente ao PSF aguarda o profissional médico que é transportado até o assentamento para o atendimento das consultas, não fica disponível para os moradores.

Entende-se a importância do Estado na efetivação das políticas públicas de saúde para que os cidadãos tenham acesso e efetividade nas ações de saúde. Para Gomes (2002, p. 84):

O Estado tem que ser incorporado nas análises, como um instrumento que reflete as contradições e as próprias lutas de classes geradas pela segregação social. O Estado é uma forma ampliada de socialização das condições gerais de produção. Realiza: (a) a regulação social que atenua os efeitos das desigualdades, da exclusão e da mutilação capitalistas em relação às classes trabalhadoras; (b) a seleção, a dissociação e a segregação dos recursos públicos destinados aos meios de consumo coletivo (equipamentos e serviços de saúde, educação, transporte, saneamento, lazer etc.) para a reprodução da força de trabalho. (c) O papel central da luta de classes na transformação e no evento de novas estruturas: que significa a consideração da ação humana e o papel do sujeito histórico no processo de mudanças. A ação tem o caráter não só de transformar a natureza ao criar a possibilidade de existência, mas também sustém e reproduz o sujeito e modifica a realidade das suas relações.

Portanto, o Estado tem o papel preponderante na efetivação das políticas de saúde na busca da superação das desigualdades sociais, ainda que não seja sua eliminação, entende-se que essa superação só se dará de forma decisiva se houver mudança no sistema de produção. Ressalta-se que a ineficiência de políticas públicas prejudica, de forma intensa, a realidade das famílias empobrecidas e faz com que as mulheres sejam penalizadas, pois além das funções e responsabilidades assumidas, no caso do assentamento rural, nos trabalhos da agricultura e cuidados do lote, ainda se responsabilizam pelos aspectos de cuidados de saúde junto a seus familiares, trazendo -lhes uma sobrecarga de trabalho, ou seja, a dupla jornada de trabalho.

São essas mulheres, assentadas e possíveis cuidadoras, que compõem os sujeitos desta pesquisa. Atualmente, o assentamento conta com cento e cinquenta e nove famílias que tiram da terra a sua sobrevivência. Deste universo, foram selecionados, de forma intencional, sujeitos que possam contribuir, significativamente, para esta pesquisa. Foram entrevistadas seis mulheres, casadas legalmente, ou que vivem em união consensual com seus companheiros, que têm filhos, que assumem responsabilidades do negócio familiar na gestão dos lotes e que haviam utilizado, no ano de 2009 alguma, assistência realizada pela equipe de saúde existente no assentamento. Durante as entrevistas, uma das mulheres estava de acordo com os critérios estabelecidos pela pesquisadora, mas ela não tinha filhos sob seus cuidados, apenas dois sobrinhos cuja mãe é alcoólista e não tem condições de permanecer com eles. Portanto, entendeu-se que ela contemplava as exigências colocadas a priori na seleção dos sujeitos entrevistados.

As mulheres sujeitos desta pesquisa foram selecionadas de forma intencional, pois tinha de contemplar os critérios pré - estabelecidos conforme mencionados. Após cumprimento dos critérios, a escolha se deu de forma aleatória, pois foram convidadas a participar da pesquisa no momento em que aguardavam consultas com a médica. Após serem consultadas, caso concordassem em participar deste estudo, as entrevistas seriam agendadas com dias e horários pré-estabelecidos e ocorreriam no PSF. A pesquisa de campo foi realizada nos meses de junho e julho de 2010.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, portanto, a interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados se faz necessária e desejável, sendo a entrevista, também, um momento de aproximação da realidade por eles vivenciada. Tem-se a concepção dos limites deste tipo pesquisa, pois, como afirma Minayo (2004, p. 115) “A realidade social é um lusco-fusco, mundo de sombra e luzes em que os atores revelam e escondem seus segredos grupais.”

Nesta pesquisa, a entrevista foi realizada com apoio de um roteiro semi estruturado, elaborado com questões norteadoras, visando maior liberdade dos sujeitos ao respondê-las, possibilitando, assim, uma maior aproximação com a realidade pesquisada. A proposta de roteiro de entrevista com as mulheres encontra-se anexado neste estudo (Apêndice A). As questões foram divididas em quatro blocos: o primeiro com questões relacionadas à identificação das entrevistadas e dos seus familiares; o segundo bloco tem questões referentes à vida no assentamento; o terceiro, sobre a saúde; o quarto refere-se às questões de gênero.

Para maior compreensão da realidade, no que concerne aos aspectos relativos à saúde, optou-se em entrevistar a auxiliar de enfermagem cujo roteiro também encontra-se anexado neste estudo (Apêndice B). O objetivo desta entrevista foi buscar informações sobre o funcionamento do PSF e dados relativos à situação de saúde dos moradores, dentre outras questões importantes para construção deste trabalho.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas. As falas foram mantidas de acordo com a forma de se expressar das entrevistadas, a fim de manter a fidelidade dos depoimentos adquiridos, no sentido de captar e apreender a realidade por elas vivenciada. Ficou explícito o sigilo dos sujeitos deste estudo, portanto, as entrevistadas foram denominadas por nomes fictícios. Realizou-se as devidas informações e esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e de sua importância científica e acadêmica. As entrevistadas foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontra no final desta tese (Apêndice C), pautando-se pela ética e respeito a cada uma delas. Por se tratar de pesquisa com seres humanos o projeto de pesquisa foi

submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da UNESP de Franca, com sua aprovação conforme Anexo A.

Entende-se que é importante trabalhar com depoimentos, pois, significa alcançar a apropriação no plano do simbólico das lembranças, a história “oficial” e sua vivência em termos individuais (BOSI, 1979), que, dialeticamente reflete a história em sociedade. O homem é um ser social por essência e sua vida cotidiana é reveladora de sua história.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, vale ressaltar que a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva, com toda riqueza de significados dela transbordante. “Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que se possa elaborar sobre ela” (MINAYO, 1994, p. 15). Mais adiante a autora reforça que “O autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais” (MINAYO, 2004, p. 227). A pesquisa de campo é enriquecedora, pois é um momento em que o pesquisador interage com os sujeitos de sua pesquisa e aproxima-se da vida cotidiana deles, e nessa interação há um aprendizado mútuo.

Para a realização dessa pesquisa foi realizado levantamento bibliográfico de produção pertinente ao tema, que corroborou para iluminar e dar sustentação teórica a construção dessa tese.

Os depoimentos foram categorizadas e analisadas por meio da Técnica de Análise de Conteúdo.

As categorias de análise foram construídas com embasamento na revisão bibliográfica a respeito do tema e dos dados das entrevistas realizadas, o que possibilitou melhor apreensão dos significados do universo dos sujeitos pesquisados.

Os itens que compõem a análise desta pesquisa: O cotidiano no assentamento 17 de Abril; A vinda para o assentamento: as motivações; O preconceito em relação aos assentados; A escrituração do lote no nome da mulher e sua importância legal e social; decisão do que cultivar; O lazer no assentamento; Os sonhos das Mulheres; O trabalho das mulheres no assentamento 17 de Abril; O cuidado com os filhos; a mulher no papel de cuidadora; O atendimento de saúde na ótica das entrevistadas; A percepção cultural do que é ser mulher; e a subalternidade feminina.

CAPÍTULO 1

O COTIDIANO DAS MULHERES NO ASSENTAMENTO 17 DE ABRIL

"Quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem" (Rosa Luxemburgo)

Para subsidiar a análise do universo singular, sobre o qual este trabalho se coloca, é importante apreender algumas mediações fundamentais que o compõem, mas que se inscreve como particularidades que carregam elementos desta universalidade posta pela sociedade do capital. Afinal, ser mulher em diversos espaços, pertencer a diversas classes não elimina, mas sim reforça as mediações de gênero na configuração singular e nas trajetórias seguidas pelas mulheres.

Na busca de entender a realidade das mulheres do Assentamento 17 de Abril, optou-se por trazer o debate sobre a construção social do gênero e do universo feminino, bem como, suas histórias.

1.1 Relações de gênero e assimetria de poderes

Não se nasce mulher, torna-se mulher (BEAUVOIR, 2009).

A elaboração da epígrafe tornou-se célebre quando, em 1949, a autora escreveu o “Segundo Sexo”, livro que se tornou referência para discutir a situação das mulheres no mundo inteiro. Influenciou gerações nas discussões a respeito da vida e da situação das mulheres, deixando seu legado ao pontuar que os papéis atribuídos ao feminino não são de ordem biológica e sim de ordem social, pois foram construídos socialmente e, ainda assim, de maneira negativa para as mulheres, que foram relegadas a uma situação de inferioridade na sociedade.

A busca de tornar-se mulher, mas tornar-se homem também, são processos contínuos de aprendizagem, oriundos de padrões sociais estabelecidos, que são reforçados por normas e valores, mas também por coerção, e modificados ao longo do tempo. Refletem as mudanças na estrutura normativa e de poder dos sistemas sociais estabelecidos pela sociedade e pela cultura em que as pessoas se encontram inseridas. Portanto, a situação das mulheres modifica-se conforme o momento histórico. Ressalta-se que atribuições e responsabilidades designadas aos homens e as mulheres são desenvolvidos conforme a perspectiva da sociedade em questão. Faz-se necessária a busca na desconstrução de que os papéis atribuídos às mulheres são naturais e pontuá-los na esfera social, pois o que é construído socialmente é passível de mudanças.

Segundo Beauvoir (2009), não importa como a mulher apresenta-se na sociedade: “provedora, vassala, acolhedora”; nas mais diversas denominações que se queira elencar, o lugar dela sempre foi definido pelo homem. O homem relegou à mulher um papel de coadjuvante, e a ele um papel central. Isso fez com que as mulheres ficassem na situação de subalternidade.

A mesma autora ainda traz a tona o debate sobre como as mulheres foram subjugadas ao universo masculino, reclusas na esfera privada. De onde vem essa submissão da mulher? Ressalta que uma categoria consegue subjugar a outra, muitas vezes por uma desigualdade numérica, tendo assim um papel decisivo, “[...] a maioria impõe sua lei à minoria ou os persegue [...]” (BEAUVOIR, 2009, p. 19). No caso, as mulheres não são minoria no mundo. Cabe lembrar que os proletários também não são minoria, e estão subordinados aos burgueses, que, por sua vez detém os meios de produção e os proletários só tem sua força de trabalho, ficando reféns assim da burguesia.

Para Beauvoir, uma das questões levantadas para discutir a subalternidade das mulheres é que elas não se vêem como essenciais, sentem-se e comportam-se como dispensáveis. Para a autora, os negros e os proletários colocam-se como “nós” quando se referem a si mesmos, apresentam-se como sujeitos e referem-se aos brancos e aos burgueses como os outros. Entretanto, as mulheres identificam-se com seus opressores, tem com eles laços de afinidades e interesses em comum e “nem em sonho pensam em dizimar os homens” (BEAUVOIR, 2009, p. 19).

Ainda para a mesma autora “A mulher não se reivindica como sujeito porque não possui os meios concretos para tanto, porque sente o laço necessário que a prende ao homem sem reclamar a reciprocidade dele, e porque, muitas vezes, se compraz no seu papel de outro” (BEAUVOIR, 2009, p. 22).

Na análise de Beauvoir (2009), as mulheres não se vêem como sujeitos e não se unem na busca de mudança; a mulher branca não se une com a negra, mas sim com o homem branco, a burguesa não se alia a proletária, mas ao burguês. Questões essas que, na perspectiva da autora, dificultam a superação e a busca pela sua emancipação; não se identificam com sua classe social, o que ratifica o célebre título do livro de Cecília Toledo (2008) “Mulheres: o gênero nos une, e a classe nos divide”.

Outra análise da situação das mulheres numa perspectiva divergente de Beauvoir é apresentada por Rose Marie Muraro. A autora alega que as mulheres já ocuparam um lugar central na história da humanidade, no período das sociedades de caça e pesca. “Sabe-se que a paternidade era desconhecida nos primeiros tempos. Portanto, os primeiros

grupos de seres humanos foram matrilocais e matrilineares” (MURARO, 2002, p. 28). Não havia qualquer conhecimento do papel do homem no que envolvia as questões referentes à procriação, o que dava a mulher poder, pois ela era capaz de proporcionar a reprodução da vida.

A autora enfatiza que não houve uma organização matriarcal, pois não se pode fazer uma analogia de uma sociedade organizada por mulheres nos moldes patriarcais que é baseado no autoritarismo. “Porque matriarcal, por analogia a patriarcal, a organização social que veio depois, seria uma sociedade governada por mulheres da mesma maneira que os homens governam as nossas sociedades atuais, isto é, de maneira autoritária, de cima para baixo [...]” (MURARO, 2002, p. 14). Segundo a autora, as mulheres mantinham uma centralidade, mas sem autoritarismo, sem hierarquias de poder, conforme encontrado no patriarcado. Assim, ela refuta o termo matriarcado e defende que houve sociedades matrilocais e matrilineares, portanto, sua teoria enfatiza que as mulheres tinham o poder sim.

Esta perspectiva apresentada contrapõe-se à teoria de Beauvoir (2009) de que as mulheres sempre foram subordinadas aos homens. Há entendimento de que as mulheres detinham poder e a descendência dos filhos se dava pela linhagem da mãe, o que lhe conferia poder e status na sociedade da época.

Outro aspecto que favorecia a supremacia das mulheres é que nestas sociedades não se necessitava de força para a sobrevivência do grupo, o que favorecia as mulheres na manutenção da centralidade do poder “Nestas sociedades não havia necessidade de força física para a sobrevivência e nelas as mulheres possuíam um lugar central” (MURARO, 2002, p. 5).

A autora ainda afirma que: “Nas sociedades de caça aos grandes animais, que sucedem as essas mais primitivas, a força física é essencial; e aí se inicia a supremacia masculina [...]” (MURARO, 2002, p. 5).

Para enfatizar a situação da mulher, outra contribuição importante é dada por Engels (2009), que em seu entendimento, ressalta que as mulheres perderam espaço a partir do momento em que se mudaram as relações matrimoniais; destaca que, na transição do casamento pré-monogâmico para o casamento monogâmico, o homem passou a exigir da mulher fidelidade, pois era a forma de garantir a herança dos filhos. “Para assegurar a fidelidade da mulher e, por conseguinte, a paternidade dos filhos, a mulher é entregue incondicionalmente ao poder do homem. Mesmo que ele a mate, não faz mais do que exercer um direito seu” (ENGELS, 2009, p. 58).

Para discussão da situação das mulheres ao longo da história, vários conceitos foram construídos e, para a discussão das diferenças entre os sexos masculinos e femininos, para se ter uma explicação, cunhou-se o termo “gênero” na perspectiva de diferenciar papéis atribuídos aos homens e às mulheres.

Segundo Scott (1990), o termo gênero foi tomado emprestado da gramática, referindo-se à organização social da relação entre os sexos, dando uma concepção de que as diferenças entre homens e mulheres não residem apenas nas diferenças biológicas, mas nas relações e nas definições de papéis construídos socialmente.

No seu uso mais recente, o “gênero” parece ter aparecido primeiro entre as feministas americanas que queriam insistir na qualidade fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. O “gênero” sublinhava também o aspecto relacional das definições normativas de feminilidade. (SCOTT, 1990, p.1).

Ainda para Scott (1990), o termo gênero foi sendo utilizado indevidamente como sinônimo de mulheres. Destaca que vários livros que tinham em seus títulos a palavra mulheres foram substituídos por gênero. “Nessas circunstâncias, o uso do termo “gênero” visa indicar a erudição e a seriedade de um trabalho, pois “gênero” tem uma conotação mais objetiva e neutra do que mulheres” (SCOTT, 1990, p. 3).

Segundo Rago (1998, p. 98), no Brasil foi a partir de 1990 que as feministas começaram a se aproximar dessa terminologia de gênero até então desconhecida. “Entendo também que a categoria do gênero não vem substituir nenhuma outra, mas atende à necessidade de ampliação de nosso vocabulário para darmos conta da multiplicidade das dimensões constitutivas das práticas sociais e individuais.”

Saffioti (2004) discorda e questiona o uso da terminologia gênero, indaga a quem serve a teoria de gênero em substituição a do patriarcado. Para ela, negar o patriarcado é dar um passo atrás nas lutas que envolvem as questões referentes às mulheres, o que acaba acontecendo com algumas feministas. Enfatiza que “Gênero é um conceito por demais palatável, porque é excessivamente geral, a - histórico, apolítico e pretensamente neutro” (SAFFIOTI, 2004, p. 43). A autora reforça que não se trata de abolir o uso deste conceito de gênero, mas que não pode ser usado exclusivamente para debater a situação das mulheres. E ainda, acrescentar o conceito de gênero não explicita necessariamente a desigualdade entre homens e mulheres e, muitas vezes, a hierarquia é apenas presumida, não deixa explícita a

relação hierárquica. Para Saffioti (2004, p. 3) “Nas relações entre homens e mulheres a desigualdade de gênero não é dada, mas pode ser construída e o é com frequência.”

O patriarcado ou ordem patriarcal de gênero, ao contrário, como vem explícito em seu nome, só se aplica a uma fase histórica, não tendo a pretensão da generalidade nem da neutralidade, e deixa propositadamente explícito o fator da dominação-exploração. Perde-se em extensão, porém se ganha em compreensão. Entra-se, assim, no reino da História. Trata-se, pois, dos regimes políticos tais como a falocracia, o androcentrismo, o viriarcado, a primazia masculina. É, por conseguinte, um conceito de ordem política. E poderia ser de outra ordem se o objetivo das (os) feministas consiste em transformar a sociedade, eliminando as desigualdades, as injustiças, as iniquidades, e instaurando a igualdade (SAFFIOTTI, 2004, p. 44).

Para Saffioti (2004), mesmo os direitos humanos foram pensados no masculino. Terminada a Revolução Francesa foi escrita a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão. Sendo assim, Olympe de Gouges escreve a versão feminina dos direitos humanos, Declaração Universal dos Direitos das Mulheres e da Cidadã. As reivindicações das mulheres não foram atendidas. Sem ter os direitos garantidos e numa demonstração de poder e de autoritarismo “Olympe foi sentenciada a morte na guilhotina em 1792” (SAFFIOTTI, 2004, p. 4). O que mostra à intolerância a luta das mulheres e a falta de reconhecimento delas e de suas demandas e necessidades, pois elas lutaram lado a lado com os homens, na busca dos mesmos objetivos e ideais, na busca de um mundo mais humano, justo e igualitário.

Para Rago (2004, p. 32) “Ser mulher, até aproximadamente o final de 1960, significava identificar-se com a maternidade e a esfera privada do lar, sonhar com um “bom partido” para um casamento indissolúvel e afeiçoar-se a atividades leves e delicadas, que exigissem pouco esforço físico e mental.” Ainda predominava a concepção construída pela ciência e pela medicina do final do século XIX. “As mulheres deveriam desejar ser mães, acima de tudo, como se sua suposta essência se localizasse num órgão específico – o útero, capaz de responder por todos os seus bons e maus funcionamentos fisiológicos, psíquicos e emocionais.”

Entretanto, a partir dos anos de 1960, diversos fatores contribuíram para que a situação da população feminina começasse a mudar, dentre os quais destaca-se: o advento dos métodos contraceptivos, que possibilitou o controle da fecundidade, permitindo que as mulheres se dedicassem a outros projetos de vida que não fosse principalmente à maternidade. Os movimentos feministas na luta pelos direitos de cidadania e o desenvolvimento dos métodos contraceptivos proporcionaram às mulheres maior controle de sua sexualidade.

Entretanto, não se pode não desconsiderar aspectos subjetivos, dentre os quais se destaca a socialização tradicional (com bases no patriarcalismo), em que se enfatiza que as mesmas devem ser recatadas, delicadas, dentre outros atributos desejados e atribuídos para o feminino.

Outro fator a ser destacado é a inserção da força de trabalho feminina no mercado de trabalho, o que também contribuiu de forma significativa para que as mulheres buscassem novos horizontes, entre avanços e conquistas, por meio dos quais elas foram redesenhando seu lugar na sociedade.

1.2 Avanços e conquistas das mulheres

A história das mulheres está marcada por avanços e conquistas recentes, mas ainda há desigualdades nas questões de gênero. Dentre as conquistas, pode-se elencar o direito ao voto, recente na vida das mulheres brasileiras. Na atualidade, é um ato comum a mulher votar e ser votada, mas isso só aconteceu na história no Brasil, a partir de 1932, quando foi promulgado o novo Código Eleitoral; até este período, as mulheres não podiam participar da vida política do seu próprio país. O sufrágio feminino foi uma conquista, mas se deu devido à manifestação de grupos feministas que lutaram em defesa das mulheres no mundo inteiro.

No que tange a educação, pode-se afirmar que houveram avanços também. A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em outubro de 2001 com 2.502 mulheres acima de 15 anos de idade, investigou e analisou os mais variados dados sobre a população feminina, o que possibilitou análise da situação das mulheres. Os resultados deste estudo foram apresentados ao público com a edição do livro intitulado “A mulher brasileira nos espaços público e privado”. Esses dados foram trabalhados por vários autores. Venturini e Racamán (2004) debatem aspectos relativos à educação e ressaltam que 66% das mulheres não concluíram o ensino fundamental. Destacam que, entre as brancas, o patamar é de 62%, contra 82% das negras e 84% referem-se às mulheres que cresceram e vivem no campo. No que tange o ensino superior, apenas 7% das brasileiras conseguiram graduar-se; entre as brancas 9%. Quando a pesquisa afunila para as mulheres negras, têm-se ínfimos 2% e a situação piora ainda mais quando se restringe às mulheres que vivem no campo, as quais totalizam apenas 1%.

Em relação à vida política, em 1997, elas ocupavam 7% das cadeiras da câmara dos deputados federais, 7,4% do senado e 6% das prefeituras (IBGE, [2009]). Porém, cabe

ressaltar que as mulheres são a maioria no País (aproximadamente 89 milhões) e representam 51,2% da população brasileira, portanto, essa representatividade política está muito aquém de uma possível igualdade entre homens e mulheres. Entende-se, então, que sua participação política ainda é fragilizada.¹⁰

Outro fator que merece destaque refere-se à expectativa de vida das mulheres, que tem sido maior que a dos homens. A pesquisa¹¹ divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostra que, entre 1993 e 2007, a expectativa de vida foi maior para as mulheres em relação aos homens, e também para a população branca na comparação com a negra. Entretanto, as mulheres adoecem mais que os homens “A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade que com fatores biológicos” (BRASIL, 2007, p. 48). Portanto, fonte do próprio Ministério da Saúde indica a discriminação em relação à mulher, ao reconhecer que a saúde das mulheres se agrava por conta de atitudes discriminatórias a que estão expostas nesta sociedade.

Apesar das recentes conquistas relativas ao sufrágio universal, o acesso às escolas, maior expectativa de vida, a participação das mulheres na vida política, inserção no mercado de trabalho, entre outros, foram avanços importantes, mas ainda insuficientes para superar as desigualdades entre homens e mulheres.

Mesmo com todas as mudanças, as mulheres, em pleno século XXI, ainda têm salários menores que dos homens, como se pode constatar em pesquisa realizada no Estado de São Paulo. Em 2008, o rendimento médio anual das mulheres empregadas na Região Metropolitana de São Paulo equivalia a R\$ 961 e o dos homens, a R\$ 1.451. No entanto, como a jornada de trabalho na esfera pública é maior para os homens (45 horas semanais) do que para as mulheres (39 horas), o rendimento médio real por hora é a medida de comparação mais adequada. O rendimento médio, por hora, das mulheres era de R\$ 5,76, em 2008, 0,9% abaixo do registrado no ano anterior. Para os homens, correspondia a R\$ 7,53, 1,0% acima do patamar de 2007. Com isso, o rendimento médio por hora das mulheres passou a corresponder a 76,5% daquele recebido pelos homens, em comparação a 77,9%, em 2007. (SEP. Convênio Seade – Dieese e MTE/FAT. Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED.).

¹⁰ Nesta data 31/10/2010, momento em que esta tese está sendo escrita, é eleita, pela primeira vez na história do Brasil para ser a presidente desta nação, uma mulher: Dilma Rossself.

¹¹ O estudo Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça mostra que, em 1993, o total de mulheres brancas com mais de 60 anos de idade representava 9,4% da população e o de negras, 7,3%. Esses percentuais alcançaram, em 2007, 13,2% e 9,5%, respectivamente. O grupo dos homens brancos com 60 anos ou mais, em 1993, era de 8,2% e passou para 11,1%, em 2007. Já os negros na mesma faixa etária saltaram de 6,5% para 8% no mesmo período. (IPEA, 2008, p. 1).

Outro fator que merece destaque é a violência em todas as suas modalidades: física, psicológica, sexual. As mulheres são vítimas de violência urbana, a que todos os cidadãos estão expostos, mas também de violência doméstica. Os dados apontam que 11% das brasileiras com 15 anos ou mais já foram vítimas de espancamento. Nestes casos, o marido ou companheiro é responsável por 56% desses casos de violência. Ou seja, as mulheres estão, muitas vezes, expostas às pessoas violentas com as quais deveriam ter relacionamentos de amor e cumplicidade. Para Saffioti (2004, p. 56), as estatísticas não deixam dúvidas, “175 mil mulheres são espancadas por mês no Brasil, 5,8 mil por dia; 240 por hora ou 4 por minuto. Disto resulta uma mulher espancada a cada 15 segundos.”

Na busca de coibir a violência doméstica e de gênero contra a população feminina, foi necessário a criação das delegacias das mulheres, instaladas em todo o País, bem como a elaboração da Lei n. 11340/06 – mais conhecida como Lei Maria da Penha, elaborada com a finalidade de impedir a violência doméstica contra a mulher, aumentando a pena nos casos em que as agressões se caracterizam como violência de gênero. Contém, ainda, propostas de medidas de prevenção, assistência e proteção às mulheres vítimas de violência. Portanto, num mundo que se diz civilizado, ainda se fazem necessárias leis que proíbam os homens de espancarem suas mulheres, de realizarem as mais diversas atitudes violentas, seja ela física, psicológica, sexual, dentre outras, simplesmente por que consideram-se superiores a elas, donos de suas vidas e de seus destinos, numa demonstração de machismo. Muitas mulheres ainda sofrem caladas e, nas relações assimétricas de poder impostas no cotidiano, elas caminham silenciosas, mas outras buscam na justiça a proteção dos seus direitos.

Destaca-se que a violência contra a mulher não tem fronteiras, está embrenhada em todos os lugares e em todas as classes sociais, sem distinção.

Indicam o caráter endêmico da violência de gênero. Mais do que isto, o fenômeno desconhece qualquer fronteira: de classes sociais, de tipos de cultura, de grau de desenvolvimento econômico, podendo ocorrer em qualquer lugar – no público como no privado – e ser praticado em qualquer etapa da vida das mulheres e por parte de estranhos ou parente-conhecidos, especialmente destes últimos (SAFFIOTI; MUNHOZ-VARGAS, 1994, p. 8).

No que tange as questões referentes à saúde, a população feminina tem utilizado, de forma expressiva, os serviços de saúde, no que se referem a: consultas, internações, realizações de exames, dentre outros. Segundo Coelho, Calvo e Coelho (2006), as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Em média, 62% das internações hospitalares têm sido utilizadas pelas mulheres, proporção que se eleva para 75%

na idade reprodutiva. “São as principais consumidoras de medicamentos, tanto dos necessários como dos desnecessários, muitas têm suas queixas tratadas com descaso, em geral transformadas em receitas de antidepressivos (2/3 dentre os usuários de medicamentos controlados)” (COELHO; CALVO; COELHO, 2006, p.23).

Entretanto, apesar de ser em sua maioria, usuárias e funcionárias do SUS, não são elas que detêm os cargos e postos de comando e poder, mas sim os homens. Os cargos de Secretários Estaduais de Saúde tem predominado, de forma expressiva, a participação masculina. Entre as 27 unidades federadas, apenas o estado do Amazonas tinha uma mulher como Secretária Estadual de Saúde.

Outra questão que merece ser destacada: as mulheres ganham menos que os homens e estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem a dupla e tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais (BRASIL, 2007).

1.3 Os dados da pesquisa iluminando a tese

É preciso alimentar as utopias e os sonhos, porém é fundamental engendrar mecanismos que possibilitem realizá-los efetivamente para que seja expressão, no seu conteúdo, da realidade viva (Marilise Vinagre Silva).

Esta tese teve como objetivo pesquisar a situação das mulheres do Assentamento 17 de Abril, por compreender que elas são as principais responsáveis em cuidar de si e da família, nos aspectos referentes à saúde. Evidencia-se que, em decorrência do afastamento do Estado cada vez mais evidente, com políticas sociais desenvolvidas de forma pontual e fragmentada, onera ainda mais as famílias, o que acarreta maior trabalho e responsabilidades às mulheres.

Procurou-se construir uma caracterização das mulheres entrevistadas, com o intuito de oportunizar uma maior aproximação com este universo empírico.

A primeira entrevista foi realizada com Cecília Meireles¹², 51 anos, casada, mãe de três filhas adolescentes. A mãe de Cecília, de 81 anos, reside na casa, portanto, são seis moradores. Ela estudou até a 4ª série primária.

A segunda entrevistada foi Cora Coralina, 56 anos, casada e mãe de três filhos, que residem em Franca, portanto, são duas pessoas na casa. Estudou até 2ª série do ginásio e que corresponderia a 6ª série do ensino fundamental.

Clarice Lispector foi a terceira entrevistada, 26 anos, casada, mãe de dois filhos pequenos e, ainda, cuida da enteada de 10 anos. São cinco pessoas na casa. Clarice possui o 2º grau incompleto, pois interrompeu os estudos no 3º colegial, que corresponde a 3ª série do Ensino médio.

A quarta entrevistada foi Adélia Prado, 56 anos, casada, possui quatro filhos, todos são casados e moram em Franca, exceto um que se separou e voltou a residir na casa dos pais, totalizando, assim, três pessoas moradoras neste domicílio. Estudou até a 4ª série do ensino fundamental, sem concluir esta fase escolar.

A quinta entrevistada foi Narcisa Amália, 23 anos, vive em união consensual, não possui filhos, cuida de duas sobrinhas de 10 e 5 anos de idade que, há mais de dois anos, estão sob sua responsabilidade, pois alega que a irmã é alcoolista e não tem condições de responsabilizar-se pelos cuidados de saúde e educação das filhas. Residem na casa quatro pessoas. Estudou até o 1º colegial.

A sexta entrevistada Nísia Floresta, 52 anos, casada, mãe de cinco filhos, destes apenas um mora na casa com dois filhos, pois, separou-se da esposa, sendo, portanto cinco pessoas na residência. Estudou até a 4ª série do ensino fundamental.

Os dados da pesquisa mostram que, das mulheres entrevistadas, quatro não concluíram o ensino fundamental, uma iniciou o ensino médio e não deu continuidade. Cabe enfatizar, também, que o direito a educação, apesar das muitas transformações ocorridas, ainda não é uma realidade para todas as mulheres. Ao retroceder um pouco na história, pode-se observar que o ensino formal, bem como o acesso as escolas, não eram permitidos às mulheres.¹³ Os dados recentes mostram que, nas áreas urbanas, a escolaridade média das

¹² Os nomes relatados são fictícios com o objetivo de impedir a identificação das entrevistadas, garantindo, assim, a sua privacidade. Foi questionado se elas gostariam de sugerir os nomes fictícios, mas elas atribuíram esta responsabilidade à pesquisadora, que buscou representá-las com nomes de personalidades femininas da literatura brasileira. Por entender que esta seria uma forma de homenagem às mulheres, trabalhadoras rurais que, cotidianamente, buscam conquistar um pedaço de terra como uma forma de garantir uma vida digna e favorecedora da cidadania.

¹³ Num salto histórico, destaca-se que a primeira lei brasileira sobre a educação das mulheres autorizando que elas frequentassem as escolas elementares, surgiu apenas em 1827. O acesso a universidade e o direito ao ensino superior só foi possível com a autorização do governo em 1879. Apesar de ter ocorrido à afirmação do

mulheres é de 7,4 anos para a população total e de 8,9 anos para as que têm atividade remunerada. No Brasil rural, essas médias são ainda mais baixas: 4,5 anos e 4,7 anos, respectivamente (IBGE, [2009]).

Observa-se que a desigualdade social, especificamente no que se refere a educação formal, tende a se acirrar quando se considera a etnia e a área onde as mulheres se localizam. Assim, ao considerar um público definido, no caso as mulheres, no que diz respeito ao nível de inserção no ensino formal, este não é homogêneo, pois ainda depende de outras variantes, conforme já mencionado, as mulheres negras e as que vivem no campo apresentaram desvantagens em relação às brancas quanto à educação. Dessa forma, ao constatar que as entrevistadas participantes da pesquisa não concluíram o ensino fundamental, tem-se neste universo particular a extensão dos dados mais gerais.

1.4 Identidade feminina: o que é ser mulher

Como é ser mulher em pleno século XXI? Com tantas conquistas e vitórias, embora ainda com muitas desigualdades, com um longo caminho a ser percorrido para que homens e mulheres ocupem os mesmos espaços nesta sociedade? Foi nesse sentido que se buscou saber das mulheres entrevistadas no Assentamento 17 de Abril, o que era para elas essa questão: ou seja, que é Ser Mulher?

Deste universo de pesquisa uma alega que não é bom, “preferia ter nascido homem”; para outra, hoje é mais fácil que antigamente, pois as mulheres podem sair, têm condições de trabalhar e têm mais liberdade. Para outra entrevistada, essa liberdade apareceu também, como um componente na esfera moral, no sentido de que as mulheres precisam se valorizar mais, interessante que não se refere a uma valorização enquanto ser humano, mas numa perspectiva moralista, de ser mais reservada, mais recatada. Pode-se observar uma fala impregnada de valores morais.

Ser mulher pra mim é se valorizar, certo é ser honesta, dedicar aquilo que você tá fazendo como mulher, é você ter uma responsabilidade que uma mulher, dona do lar precisa, eu me sinto bem ser mulher, tem gente que diz que eu queria ser homem, eu me sinto bem ser mulher, e acho que a mulher tem se valorizar mais hoje, falo muito pra minhas filhas eu falo que ser

direito, havia uma discriminação muito grande em relação às mulheres que seguiam este caminho. Talvez esta carga histórica do que se esperava do papel feminino limitado a esfera doméstica não tenha sido superado totalmente e ainda se faça presente nos nossos dias.

mulher é um dom de Deus. Deus deixou a mulher, mas que ela se valorize a gente vê tantas mulheres por aí não tá se valorizando, mas a mulher tem que ser valorizada ela mesma se valorizar, certo não são todas, mas elas não estão se valorizando muito tão se perdendo o valor por muito pouco (Cecília Meireles).

Dificuldades com excesso de trabalho, de responsabilidades, que traz em seu bojo a dupla e a tripla jornada de trabalho como aspecto negativo, foram elencadas por Narcisa Amália.

Ah, não é muito bom, se a gente pudesse escolher teria nascido homem, é fácil demais, em tudo mulher é sofrida, não sei dizer muito, mas sei que sofre trabalha mais, tem que cuidar de tudo, negócio de tudo doença essas coisas. A muié é mais sofrida, devia tá comprovado. (Narcisa Amália).

É possível perceber em seus argumentos como sentem, no cotidiano, as cobranças e responsabilidades que são atribuídas às mulheres, e ressalta, ainda, que essa questão da situação da mulher “já devia estar comprovada”. Muitos autores já se debruçaram sobre este assunto e demonstraram que a situação das mulheres ainda é desfavorável em diversos aspectos, dentre os quais pode-se destacar o trabalho, a inserção na vida política, ainda de forma fragilizada, bem como a representação feminina nos cargos de comando no País, conforme já destacado no item anterior.

Os papéis tradicionais de mãe e esposa, avó aparecem como identificação em ser mulher, ser carinhosa, ser paciente, saber cuidar bem de uma casa.

Pra mim, ser mulher é ser carente com as pessoas, cuidar, aprender a dar conselhos, cuida de um lar, a dar carinho pras crianças é ser gentil com todo mundo. tem pessoas que não tem nenhuma bondade no coração. (Clarice Lispector)

Ai gente...eu acho que ser mulher é ser mãe...ser dona de casa...um monte de coisa...um monte de coisa...sei lá...ser mulher é uma benção...se tiver que nascer mulher, quero ser mulher de novo...eu gosto muito... (Adélia Prado).

[...] ser mulher é, sei lá...fazer ... a gente tem que fazer a parte da gente... o dever de mulher, de mãe, de esposa, tudo certinho.... sou avó... minha caçula... 23 anos.... to com este netinho de 10 anos...e um de doze, anos.. este nunca me largou...peguei ele pequeno...tava com quatro dias...eu que criei... (Nísia Floresta).

É pertinente apontar que a maternidade foi construída socialmente como forma de valorização da mulher, definindo o papel que elas deveriam desempenhar na construção da

sociedade: “É a partir do convencimento que a maternidade é defendida como a mais perfeita realização de suas vidas” (ROHDEN, 2003, p. 221).

Cora Coralina evidencia ser mais fácil ser mulher nos dias atuais, no seu entendimento há mais liberdade em trabalhar e estudar. Porém, suas atitudes ainda estão impregnadas de subalternidade em relação ao homem, o coloca como dependente que necessita da mulher para tudo e, assim, leva toalha e chinelo para ele no momento do banho, tenta justificar dizendo que ele esquece.

Ser mulher é muito bom...mas a vida da mulher é sacrificada...antigamente não...antigamente você tinha que ficar só em casa...não podia trabalhar...hoje não, é tudo mais liberal...então ser mulher hoje...você tem que trabalhar...estuda...você ajuda as pessoas...que precisam... está tudo mais liberado...parece que a vida de hoje tá mais fácil...acho que a vida de hoje tá mais fácil, que antigamente.....pois antigamente era um tabu danado...para trabalhar fora...e hoje não...hoje é mais liberado...a mulher ajuda mais o marido do que o marido ajuda a mulher...o meu ver é esse...o homem é dependente da mulher pra tudo...até pra tomar banho...por que, aí... me dá toalha...me dá o chinelo que esqueci lá...(risos) não sei como ele se vira lá...por que não tem ninguém em casa, aí tem que se virar...pede... a toalha...esquece de levar...nada... faz que esquece...(risos) (Cora Coralina).

Este relato traz em seu bojo a posição em que a mulher se coloca, como cuidadora, de forma subalterna em relação aos homens; é como se eles dependessem dos seus cuidados.

Segundo Muraro (2002), historicamente, a mulher foi colocada em uma situação de submissão e reduzida ao domínio do privado com função de cuidar da geração e da manutenção da vida biológica e/ou cotidiana. Desde criança ela foi treinada para se portar como inferior.

1.5 O cotidiano no Assentamento 17 de Abril

A vida cotidiana é a vida de todo homem. Todos a vivem, sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico. Ninguém consegue identificar - se com sua atividade humano-genérica a ponto de poder desligar-se inteiramente de sua cotidianidade. E ao contrário, não há nenhum homem, por mais “insubstancial” que seja, que viva tão somente na cotidianidade, embora essa o absorva preponderantemente (HELLER, 2004).

Para Agnes Heller (2004), é no cotidiano que as pessoas vivem, sonham, é onde a vida acontece, é o espaço que se dá a produção e a reprodução das relações sociais, onde germina a sociabilidade humana. É a vida do indivíduo, ser particular e ser genérico. É no cotidiano que as pessoas vivem as paixões, tem-se as possibilidades de ver seus sonhos se transformarem em realidade, em algo concreto.

Para a autora, o homem já nasce inserido em sua cotidianidade, e nela adquire os seus hábitos, suas habilidades que podem ser simples, mas são importantes de como se comportar em sua comunidade; são habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana em sociedade. “É adulto quem é capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade” (HELLER, 2004, p. 18). Não há vida cotidiana sem imitações, jamais procedemos seguindo os preceitos, mas imitamos os outros. É no cotidiano que se constrói a existência de cada indivíduo.

Porém, para Heller (2004, p. 39-40), não significa que todo indivíduo consiga tornar sua atividade cotidiana humano genérica.

Em todas as épocas, existiram personalidades representativas que viveram numa cotidianidade não alienada [...]. Essa possibilidade encontra-se aberta a todo ser humano. Mas isso não significa, de modo algum, que a vida de qualquer homem torne-se humano-genérica em sua atividade principal no trabalho e nas objetivações. Humanização da vida cotidiana não quer dizer que os homens vão receber a inteligência de um Lanck, a mão de um Menuhin ou as capacidades políticas de um Lênin. Trata-se de algo que pode ser expresso nas palavras de Goethe: todo homem pode ser completo, inclusive na cotidianidade. Mas de que modo? (HELLER, 2004, p. 39 – 40).

Ainda segundo a mesma autora, “Longe da mesmice e da banalidade o cotidiano é marcado pelo conflito, pela tolerância; é na cotidianidade que vivem as relações mais intensas” (HELLER, 2004, p. 40).

1.6 A vinda para o assentamento: as motivações

Os assentamentos são produtos de lutas e produzem demandas. Qual o lugar das mulheres? (MEDEIROS, 2008).

Para Esmeraldo (2008), os assentamentos rurais no Brasil são espaços de lutas construídos a partir da década de 1980, por famílias de trabalhadores rurais sem-terra. Esses assentamentos simbolizam a luta para se ter acesso à terra e dela tirar o sustento. De acordo com a autora, esses assentamentos foram mediados pelo governo federal e estadual, pelos movimentos sociais, especificamente Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST), Comissão Pastoral da Terra (CPT), dentre outros que lutam pela reforma agrária no País.

Uma das questões inquiridas foi o que motivou essas mulheres e seus familiares a vir ocupar a Fazenda Boa Sorte, a enfrentar junto com seus entes queridos a polícia, correndo risco de vida, submetendo-se a morar com seus filhos em barracos de plástico e de lona, sujeitos as intempéries do tempo, com chuva, sol, barro e poeira, sem saneamento básico, sem o mínimo de infra-estrutura para ter uma vida com dignidade.

“Esses são sujeitos que forjam existências como quem costura novas trajetórias num chamado para uma vida nova” (ESMERALDO, 2008, p. 187). É o desejo contido de se ter um pedaço de chão, onde possam cultivar a terra e dela tirar a sobrevivência de forma digna.

Percebe-se que os motivos citados pelas mulheres entrevistadas são variados: ajudar familiares; devido a casamentos com assentados. Muitas vezes, a necessidade de acompanhar o marido implica em deixar para trás a casa, o trabalho, os familiares, a fim de conquistar um pedaço de terra onde fosse possível produzir alimentos necessários para a família; dentre outras motivações.

Do universo de mulheres entrevistadas, cinco vieram acompanhando familiares: Cecília Meireles relata que veio para o assentamento na busca de ajudar o irmão que vivia desempregado em Franca¹⁴. Veio para apoiá-lo, mas, chegando aqui, acreditou que seria bom para a saúde da filha devido ao clima mais saudável, menos poluído, o que foi

¹⁴ Neste período a cidade de Franca sentia os rebatimentos do desemprego vivenciado no País, fato este que também motivou o Sindicato dos Sapateiros de Franca a participar de forma efetiva da organização da ocupação da fazenda Boa Sorte, para que estas famílias buscassem trabalho no campo. Assim, o XVII de Abril representou para estas famílias a possibilidade de terem na agricultura familiar o seu sustento.

reforçado por um médico que aqui fazia um trabalho educativo sobre remédios homeopáticos, durante o período da ocupação.

Ocupou no 1ª dia do ano...eu vim pra cá...de 1998, eu vim no dia 2... ai eu vim pra cá, pelo seguinte...meu irmão tava muito necessitado...precisando de um lugar para morar... eu posso tá falando isso...ai eu vim mais pra ajudar...lá em Franca, meu marido tinha um trabalho...era operador de máquina...tem profissão...e meu irmão tava muito necessitado...eu sou uma pessoa de muita coragem...minha mãe teve sete filhos...e eu sou assim, não tenho muito medo...eu tenho coragem...para fazer aquilo que é honesto...daí me falaram que esta fazenda...que era do Estado, estava desapropriado...não era de fazendeiro...não era de ninguém...estava assim, abandonado...ai meu irmão, me disse, vamos lá... me ajuda...vamos lá, pra gente conseguir...um pedaço de terra...pra mim... meu irmão tava passando uma dificuldade muito grande...ele tava desempregado...há muito tempo...eu vim com meu irmão, pra morar com ele...eu fechei um pedaço de minha casa...e vim pra cá, mais pelo meu irmão...que eu não estava precisando muito...meu esposo era assalariado... ganhava...1.700 reais por mês...eu vim mais pra ajudar meu irmão...e quando cheguei aqui, encontrei um médico...que veio fazer um trabalho de base aqui...ai, quando ele me viu, era médico da minha menina. Ela hoje tá com 17 anos...olha, agora sua menina vai sarar, pois aqui tem mais liberdade...vai ficar livre em casa...era ficar boa...ela tem Prolapso até hoje...faço controle com ela...e chegando aqui, minha filha adorou...eu vim com intenção de ajudar meu irmão...eu não vim com interesse de pegar um lote pra mim...(Cecília Meireles).

Cora Coralina relembra que residia e trabalhava em Franca, mas veio para acompanhar o esposo. Ressalta que deixou para trás a mãe e os irmãos. Explica que não veio nos primeiros dias de ocupação, só depois quando a situação estava mais tranqüila, que não havia tantos perigos de enfrentamento com a polícia.

É...só que ele veio primeiro... depois que eu vim... na época eu trabalhava...(Cora Coralina).

Clarice Lispector alega que sua vinda para o assentamento se deu após o período de ocupação, veio porque o marido já era assentado. Nísia Floresta veio com o marido há quatro anos. Adélia Prado veio há onze meses, quando compraram o lote por R\$ 32,00 mil reais.

Uma das entrevistadas, Narcisa Amália, era criança quando veio para o assentamento há 11 anos, morava em São Paulo. Na época não tinha condições de opinar, pois tinha apenas 12 anos de idade.

Segundo Butto e Hora (2008), as mulheres, muitas vezes, têm o seu local de moradia definido em relação ao marido, levam-nas em sua companhia.

As mulheres pertencentes a populações que usam de forma coletiva a terra e guardam nela referências cosmológicas próprias, vêm sua condição com a terra determinada por prescrições sobre o casamento que definem a moradia das mulheres, e a sua relação com o território (BUTTO; HORA, 2008, p. 23).

Constata-se que as histórias das mulheres continuam reproduzindo as normas sociais de acompanhar o marido, nem que para isso tenha que deixar seu trabalho e seus familiares, como pais, irmãos, irmãs.

1.7 O preconceito em relação aos assentados

É possível perceber, no relato de uma das mulheres assentadas, o preconceito que se tem em relação às pessoas que participam de movimentos de ocupação de terras, pois há uma construção ideológica espalhada nesta sociedade, que considera tais atos como vandalismo. Portanto, os assentados são vistos como se estivessem se comportando na contra corrente dos valores burgueses dessa sociedade, que crê que as pessoas devam conquistar bens com o suor do seu trabalho, “e não à custa de atos criminosos” como as ocupações de terras, mesmo que abandonadas ou improdutivas, pois, acima de tudo são propriedades privadas e particulares, portanto, possuem proprietários.

Os familiares dos assentados demonstram preocupação com o que pode acontecer com quem participa desse tipo de movimento e de luta; eles suspeitam que esses comportamentos podem causar problemas e sofrimentos, mas não ficam limitado ao que pode ocorrer aos entes queridos envolvidos na disputa por um pedaço de chão, os denominados “sem-terra”, e o que poderiam sofrer no enfrentamento com a polícia, ou com as condições precárias de vida nos locais ocupados; a maior preocupação é que esse envolvimento pode prejudicar todos os familiares; para eles são comportamentos condenados, pois “podem sujar o nome da família”, questão verbalizada pelo familiar de uma das entrevistadas. Na concepção deste familiar, sua fala denota que os rebatimentos da ocupação comprometem não só os envolvidos, mas estendem-se a todos os outros familiares.

Cecília Meireles relata que um familiar foi incisivo querendo que ela fosse embora do assentamento, pois poderia ser perigoso e prejudicial a todos.

Meu primo que é cabo na época em Restinga...ele veio doido pra eu ir embora...vamos embora, aqui não é lugar pra você não...você vai sujar a família...e vamos embora....e eu não fui não(Cecília Meireles).

Mesmo depois de assentados e de terem adquirido o direito de usufruir daquelas terras conquistadas, o preconceito continua; fica evidente, na fala das pessoas, como o assentamento pode ser um local perigoso e cheio de bandidos. Esse tipo de entendimento representa o que fica no senso comum, construído por meio da falta de informações e da mídia, que mostra apenas, os conflitos pela terra, conforme os interesses de quem detém o poder, não é exibida na perspectiva das pessoas que lá se encontram, na busca de um pedaço de chão, onde possam plantar e viver com seus familiares.

Que nem o meu primo que trabalha na Santa Casa...faz 25 anos...e até aposentou...trabalha lá na ortopedia...nossa lá só tem bandido (assentamento)...lá não tem bandido(respondeu)...lá tem gente boa e tem bandido...como em todo lugar...eu reivindico o direito das pessoas...que mora aqui, tem gente boa e tem gente ruim...tem gente vagabunda que nem...fez nada. Então, todo lugar tem isso. (Cecília Meireles).

O rural é visto como um lugar feio, sujo, empoeirado e atrasado para se viver e, nas condições de assentamento, piora a imagem, pois a baderna é associada à bandidagem, portanto, um lugar perigoso para se viver.

Para Heller, (2004, p. 47) “Os juízos provisórios refutados pela ciência e por uma experiência cuidadosamente analisada, mas que se conservam inabalados contra todos os argumentos da razão, são preconceitos”. Anteriormente a autora já havia argumentado que:

O preconceito é a categoria do pensamento e do comportamento cotidianos. Os preconceitos sempre desempenham uma função importante também em esferas que, por sua universalidade, encontram-se acima da cotidianidade; mas não procedem essencialmente dessas esferas, nem aumentam sua eficácia; ao contrário, não só a diminuem como obstaculizam o aproveitamento das possibilidades que elas comportam. Quem não se liberta de seus preconceitos artísticos, científicos e políticos, acaba fracassando inclusive pessoalmente (HELLER, 2004, p. 43).

Para Heller (2004, p. 59), o preconceito “é sempre moralmente negativo”, e que, “[...] todo preconceito impede a autonomia do homem, ou seja, diminui sua liberdade relativa diante do ato de escolha, ao deformar e, conseqüentemente, estreitar a margem real de alternativa do indivíduo.” Assim, os preconceitos discriminam aqueles que agem de forma diferente aos padrões dominantes, são, pois, produzidos e reproduzidos socialmente e

servem para “consolidar e manter a estabilidade e a coesão da integração dada” (HELLER, 2004, p. 54). Ao reproduzir os preconceitos na vida cotidiana os indivíduos ajudam a sustentar ideologicamente a sociedade capitalista, e ao mesmo tempo, manter seus valores e idéias de opressão e exploração.

Faz-se necessário a reflexão: como superar os preconceitos? De acordo com a análise de Heller (2004, p. 60), está em pensar na possibilidade de como “libertarmo-nos dos preconceitos”, sem buscar critérios e idéias prontas ou uma “receita” liberal. A autora aponta que: “Só poderemos nos libertar dos preconceitos se assumirmos o risco do erro e se abandonarmos – juntamente com a ‘infantilidade’ sem riscos – a não menos tranqüila carência de individualidade” (HELLER, 2004, p. 63).

As mulheres entrevistadas fizeram questão de frisar que o assentamento é um lugar seguro para se morar, que não é perigoso, que bandido tem em todo lugar, que o assentamento é constituído por pessoas de todos os tipos, boas e más.

1.8 A escrituração do lote no nome da mulher e sua importância legal e social

Do ponto de vista patriarcal a terra é um patrimônio e, como tal, deve pertencer ao homem. A mulher como dependente do pai ou do marido, de acordo com o direito consuetudinário ou positivo, somente tem a possibilidade de administrar e se desfazer da terra em caso de morte do referencial masculino e, mesmo assim teoricamente, pois a perda desse referencial, o patrimônio deve ser mantido como bem masculino (FISCHER e GEHLEN, 2002 apud BUTTO e HORA, 2008, p.23).

Butto e Hora (2008, p. 23) trazem dados sobre o reduzido acesso das mulheres à propriedade, é um fato generalizado mundialmente. “Estimativas da FAO indicam que apenas 1% da propriedade no mundo está nas mãos das mulheres.”

Dados apresentados por Melo e Di Sabbato (2008, p. 47), ao analisarem o I Censo da Reforma Agrária realizado no Brasil no período de 1996 e 1997, indicam que “[...] A grande maioria, ou seja, 85,9% dessas pessoas tidas como beneficiários da reforma agrária eram do sexo masculino [...].”

Portanto, com base nos dados apresentados pelos autores acima, há pouca participação das mulheres como titulares das terras destinadas à reforma agrária. Buscou-se saber como ocorre a titulação legal do lote no Assentamento 17 de Abril, informação essa

importante para compreensão da real situação das assentadas. Isto pode ser relevante por demonstrar o grau de independência ou subalternidade das mulheres no referido assentamento.

De acordo com as mulheres entrevistadas, duas relataram que o lote está no nome dos seus companheiros, outras duas informaram que a escrituração está em seus respectivos nomes. Outra informou que o lote está no nome dela e do marido. Entretanto, Narcisa Amália ressalta que eles não possuem o lote, cultivam as terras pertencentes ao cunhado, portanto, são agregados.

É...é o seguinte, aqui no assentamento tem .. como que a gente fala...tem...os titular são os marido...quem veio.....junto na época... não tem marido é a mulher...no caso...a titular...(Cora Coralina).

Meu marido...é o responsável (Clarice Lispector).

O lote tá no nome meu e do meu marido (Adélia Prado).

No meu nome (Cecília Meireles).

Meu (Nísia Floresta).

A questão da posse da terra e do título não são questões tão simples e, tampouco, passíveis de desconsiderar; também não é recente, inclusive esta é uma luta que, segundo Zarzar e Hora (2008), muitos embates já foram travados, para que fosse legalizado o direito do lote ficar no nome da mulher. Destaca-se a Marcha das Margaridas¹⁵, que representou a luta das mulheres para a obtenção do título do lote. Tal reivindicação foi garantida na Constituição de 1988, no artigo 189, em que se lê “[...] o título de domínio ou concessão de uso serão conferidos ao homem ou a mulher, ou a ambos independentes do seu estado civil”. No entanto, esse artigo ficou como letra morta na Carta Magna, pois, na prática, não houve qualquer alteração, foi necessário, ainda, uma Portaria do INCRA de nº 981/2003 (INCRA, 2003); para tornar-se obrigatória a titulação conjunta, podendo ser para situação de casamento ou união estável. Assim, a garantia da titulação conjunta é uma conquista recente.

5 A Marcha das Margaridas é uma estratégia política construída pelas mulheres trabalhadoras rurais organizadas no Movimento Sindical de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (MSTTR), para combater a fome, a pobreza, a violência sexista e construir um novo Brasil com justiça, paz e igualdade de gênero. Recebeu o nome de Marcha das Margaridas em homenagem à Margarida Maria Alves, assassinada em agosto de 1983, na porta de sua casa, a mando dos latifundiários do Grupo Várzea, na cidade de Alagoa Grande, Paraíba. Margarida foi Presidente do STR de Alagoa Grande se destacando por lutar em defesa da garantia dos direitos dos trabalhadores/as rurais assalariados/as (CETRA,online).

É importante mencionar que o título, estando apenas no nome do homem, poderia conferir-lhe possibilidades de vender a propriedade sem consultar sua companheira, ou ainda, prejudicá-la nos casos de separação, mas com as alterações legais, o lote fica para a mulher, desde que elas tenham a guarda dos filhos.

A atribuição ao homem de ser o responsável pelo patrimônio da família explicita valores patriarcais do homem como o chefe, provedor, autoridade, o que confere poder e controle à figura masculina.

1.9 Decisão do que cultivar

A vida no assentamento apresenta como possibilidades de trabalho: o cultivo da terra e a criação de animais. Trata-se de uma produção familiar em pequena escala, dividindo-se entre o cultivo da terra, no caso a agricultura com plantações de verduras e legumes e a formação de pequenos pomares; possibilita, ainda, a criação de suínos, bovinos e de animais domésticos como galinhas. Essa produção oferece recursos para os moradores por meio da sua comercialização e também enriquece a alimentação, além de torná-la mais saudável.

Em relação ao planejamento do cultivo da terra e da decisão do que plantar, duas entrevistadas alegam que esta escolha é responsabilidade do marido:

O meu marido.... eu ajudo ele... ele que é o entendido...(Cora Coralina).

E o cultivo... é ele também. (Clarice Lispector).

Ficam inerentes como responsabilidades do marido a decisão do que cultivar, nestes dois casos, atribuindo ao homem um papel importante como o conhecedor da terra, do que deve ser cultivado e o que mais poderá trazer retorno à família.

As outras entrevistadas ressaltam que é uma decisão conjunta, compartilhada com o esposo e, em dois casos, alegam que os filhos também participam dessas decisões.

A gente mesmo. Eu e meu marido, nós divide. Planta uma alface, uma coisa bem fácil. (Cecília Meireles).

Eu, meu marido e meu filho nós decide junto, o que vai plantar e quando vai plantar...(Nísia Floresta).

Nóis dois...(Narcisia Amália).

Nóis três...eu, meu marido e meu filho... Olha é eu... eu gosto mais de plantar...de tá mexendo...também, gosta muito.... ele tem as criação dele....ele gosta... não dá tempo...a vaca, tira o leite...(Adélia Prado).

Observa-se que duas entrevistadas atribuíram ao marido a escolha do produto a ser cultivado. Cecília Meireles aponta que a decisão é conjunta, entre ela e o companheiro. Talvez essa postura seja justificada pela trajetória política da entrevistada, uma vez que ela foi para o assentamento antes do marido, participou da ocupação das terras, montou guarda nos dias de ocupação, enfim, teve uma trajetória política diferente, o que pode ter contribuído para sua postura mais participativa e de liderança. Nota-se que as outras três também declararam que a decisão do que plantar foi tomada pela família, sendo que Adélia Prado ressalta que ela é que se interessa mais pelo cultivo da terra, e o marido em cuidar dos animais.

Aqui a gente fornece...no caso lá em casa...agora também tá fornecendo a horta... fornece as frutas e as verduras..tem os comprador...eles vendem, o governo paga...pra gente...como que é que fala, meu Deus...é pras creches...alimentação das creches...lá eles recolhem tudo...lá em cima na agrovila... (Cora Coralina).

Aqui, agora cada um trabalha por si....cada um tem o seu lote...planta as suas coisas de comê...agora tem o órgão do governo que é a CONAB que a gente entrega a verdura...legumes...e te entrega um tanto e depois...e depois recebe no final do mês...(Clarice Lispector).

A produção das verduras e legumes é vendida para merenda escolar das escolas e das creches, tem-se, então, a presença do Estado na busca de dar condições para os assentados. O Estado torna-se um comprador desta produção, na busca de favorecer a comercialização desses produtos.

1.10 Lazer no assentamento

São partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizado, o intercâmbio e a purificação (HELLER, 2004).

O lazer é um aspecto importante na vida de uma comunidade. Numa pesquisa realizada por Leite (2004), intitulada “Impactos dos Assentamentos Um estudo sobre o meio Rural Brasileiro”, constatou-se que “No cotidiano, a integração no interior dos assentamentos tem lugar na troca de informações e de favores, nas formas de ajuda mútua, isto é, nas formas de interação comuns a esse tipo de comunidade” (LEITE et al., 2004, p. 118). Nos dias de atividades festivas, esses espaços constituem em centros de atividades de lazer.

A pesquisa mostrou que a vida dos assentados, no que tange ao lazer, não teve muitas mudanças após o assentamento. “No total geral, ficar em casa é uma das opções de lazer mais frequentes, que aumentou com a ida para o assentamento” [...] (LEITE et al., 2004, p. 119).

Os dados encontrados no Assentamento 17 de Abril vão ao encontro com os analisados na pesquisa realizada pelos autores acima citados, pois, ao solicitar que as entrevistadas elencassem o que há de lazer no assentamento, foi argumentado que, basicamente, não há nada de entretenimento para se fazer. As entrevistadas relatam que ir à igreja, ficar em casa e assistir televisão são as principais atividades recreativas, deixando explícito as deficiências neste quesito. Uma das entrevistadas demonstrou a preocupação em deixar as filhas saírem com os colegas de escola.

Não, aqui não tem lazer...não aqui não tem nenhum...o lazer aqui é mais individual...sabe se você quer fazer um lazer...tem que sair...ter o seu lazer...em casa às vezes a gente faz um churrasquinho...no fim de semana...vem uns amigos da gente de Franca...gosta muito da gente...eu às vezes levo a minha filha...sai, deixo sair...na escola, os alunos vão na pizzaria do professor...eu dou dinheiro pra isso...sabe, então não prendo meus filhos não...(Cecilia Meireles).

Eu não vejo nada de lazer aqui no assentamento... Lazer, cada um faz por si só...no caso no final de semana, vou pra igreja...minha família vai pra igreja...graças à Deus....e quando tem festa lá em cima, nunca participei...sempre tem, eu nunca vou...então nossa festa é ir na casa do senhor (Cora Coralina).

Tem nada, filho.. estuda aqui, nesta escolinha...lá tem lazer, um parquinho...mais o de dez anos não participa...ai só as crianças do pré....só os pequenos...então não tem nada...(Nísia Floresta).

Não sei... ainda não participei de nada...(Adélia Prado).

Uma das entrevistadas, Adélia Prado, alega que não conhece nada de lazer no assentamento, que a “única coisa que tem é o rio, que o povo gosta de pescar”, mas ressalta que não foi até o rio porque não gosta. Questionada em relação a sua rotina nos dias de sábado e domingo, que são dias convencionados ao descanso e lazer, ela responde “Fico em casa, quem mexe com tirar leite, não tem descanso, todo dia é dia”. Evidencia-se que o trabalho na zona rural é contínuo, pois precisa cuidar dos animais, regar as plantas, dentre outras tarefas que não podem ficar sem serem realizadas.

Na pesquisa, foi possível observar aspectos no que tange ao lazer fora de casa: a visita à residência de parentes aparece como questão mencionada pelas entrevistadas quando vão a Franca para visitar parentes, é, considerado como lazer; uma das entrevistadas relata como passeio a visita na casa da sogra, que tem 91 anos, neste caso, parece mais um trabalho, uma obrigação, do que propriamente uma atividade para distrair, descansar, enfim, resultados que se buscam no lazer.

Quando eu vô pra cidade...na casa da minha sogra...passear, fazer uma visita pra ela...é muito difícil, a gente fica mais aqui...não gosto de tá saindo não...só vai pra Franca, pra visitar minha sogra...ela tem 91 anos...(Clarice Lispector).

Uma das entrevistadas, Narcisa Amália, destaca como lazer atividades esportivas, diz que gosta de assistir o marido jogar futebol e ressalta que, às vezes, ela joga também. Entende-se que a idade da entrevistada favorece esse tipo de esporte, pois ela era a mais jovem das mulheres, com 23 anos de idade.

Na vida simples e pacata do assentamento, vive-se com as possibilidades de cada um e, sem muitas alternativas, os moradores do Assentamento vão encontrando pequenas formas de divertimento, de improvisações de lazer tão ausentes na paisagem do lugar que buscaram como local de moradia, de sobrevivência. Enfim, alguns moradores vão se organizando como podem para ter um pouco de distração, de lazer. O futebol destaca-se como um esporte popular no Brasil; para praticá-lo, não são necessários muitos investimentos, embora historicamente praticado por homens, lentamente vem tendo o interesse do público feminino, ainda que de maneira incipiente.



Figura 6 – Campo de Futebol

Entende-se a importância do lazer, aspecto considerado como uma das questões fundamentais para se ter saúde e qualidade de vida.

Observa-se que as atividades simples de lazer, as brincadeiras das crianças, as cantigas, as rodas para se ouvir as histórias, em geral contadas pelos adultos, foram se perdendo em decorrência das pessoas impregnadas pela ideologia do capital, que passaram a buscar diversões nos shopping, nos cinemas, ou seja, o lazer que passa a ser comprado e valorizado via mercado.

Para Porto (2009, p. 139), “O lazer contemporâneo exige consumo permanente dos bens e serviços na indústria globalizada de entretenimento, ocupando o tempo do descanso de re-humanização do indivíduo com outras formas de obrigações contínuas [...]”

Percebe-se que esse mundo da produção, em que o trabalho ocupa lugar central, absorve horas das pessoas, o lazer acaba ocupando lugar secundário, não tem a relevância necessária, é colocado em segundo plano, não é priorizado. Fica evidenciada a ausência do Estado na promoção de atividades de lazer no assentamento. Tal fato deve ser questionado, mesmo porque, na visão ampliada de saúde, expressa na Constituição de 1988, o lazer é considerado como elemento necessário.

Portanto, o lazer é intrínseco as necessidades dos seres humanos, importante para restabelecer suas energias, favorecer a convivência com a família e com sua comunidade. Percebe-se de forma nítida a falta de investimento no lazer do assentamento, por isso

moradores organizam-se na sua simplicidade e mesmo com a total falta de recursos, com o intuito de fazer um campo de futebol para suas atividades de lazer.

1.11 Os sonhos das mulheres do Assentamento 17 de Abril

Tenho em mim todos os sonhos do mundo (Fernando Pessoa).

Os sonhos das mulheres entrevistadas no assentamento possibilitaram compreender que os maiores desejos estão relacionados à família, baseiam-se na felicidade de poder estudar os filhos, de poder vê-los bem encaminhados e trabalhando. O acesso a educação é valorizado, pois é entendido como meio para se atingir os sonhos em relação aos filhos.

Esse sonho...eu tenho sonho dos meus filhos todos estabilizados...num trabalho bom...a mais velha vai terminar o segundo colegial...eu coloquei ela pra fazer um curso...mas já tá trabalhando num escritório...eu pretendo que minha filha...entra numa faculdade...tenha uma formatura...eu vou lutar pra isso, tenha uma vida melhor...outra menina quer fazer gastronomia...então ela é apaixonada em cozinha...ela cozinha maravilhosamente bem... a outra...quer fazer engenharia...eu vou lutar pra isso...(Cecília Meireles).

Os sonhos de poder estudar os filhos refletem um pouco da tristeza por elas não terem realizados os seus estudos, pois não tiveram as oportunidades necessárias, mas querem garanti-los aos filhos para que eles possam usufruir das mudanças que podem acontecer por meio da formação escolar. Cecília Meireles relembra a paixão que tinha em ser telefonista, num passado distante em que esse meio de comunicação era quase inacessível para muitos brasileiros.

Minha paixão é ser telefonista, às vezes eu pegava o telefone.... naquela época que era tão difícil...eu ficava pensando, como seria a telefonista...eu tive uma amiga que foi trabalhar...em SP...ela foi telefonista...então... meu sonho é ser telefonista (Cecília Meireles).

Clarice Lispector responde que sonha em ver os filhos estudados, mas ressalta a importância de fazê-los gostar do trabalho com a terra, da vida no assentamento, para que

possam cuidar do pedaço de terra que serão herdados por eles. As entrevistadas parecem esvaídas de desejos e sonhos para elas próprias enquanto mulheres. Demonstram a preocupação com a casa, com os filhos.

Meu sonho, meu único sonho é estudar os meus dois filhos...profissionalizar para alguma coisa, sabe? E fazer com que eles gostem daqui, também....de mexer com a terra...que nem eu e meu marido, gosta. Que tenham uma profissão e continue gostando daqui...que eles pegam gosto pela terra....e cuidar o que a gente tá deixando pra eles....esse é o meu sonho...pra mim mesmo eu não tenho...ter uma profissão...ou arrumar casa, melhor do que já é...mas o meu sonho é formar os meus filhos...que eles continuem morando aqui....(Clarice Lispector).

Ah! Meu sonho é acabar a minha casa... e só isso...acabar de arrumar a laje...assim.... ainda não acabei de arrumar e quero acabar...por piso...fazer tudo direitinho(Nísia Floresta).

Adélia Prado ressalta que seu sonho já foi realizado, para ela, o sustento proveniente da terra é o mais importante. Demonstra o prazer de viver do trabalho na agricultura.

Não....sonho que tinha já realizei...que comprar um pedacinho de terra...meu sonho...meu único sonho é continuar, plantar...o que eu quero.. sabe assim...mas meu sonho já tá realizado...(Adélia Prado)

Duas entrevistadas elencaram outros sonhos voltados preferencialmente para sonhos, voltados para desejos mais pessoais, como ganhar dinheiro, viajar, conhecer outros países.

Ganhar muito dinheiro...(risos)...é lógico(Narcisa Amália).

Na minha imaginação, desde que nasci...eu sonho um dia em conhecer a Europa...ver a neve cair...ver as mãos de Deus...e conhecer outros lugares...outros países...mas pra gente ir num lugar desses...você tem que ter muito dinheiro...eu não tenho condições... mas Deus realiza o sonho da gente....eu sei que um dia eu vou...não sei que jeito, mas eu vou...(risos) ir de navio e voltar de avião...o meu marido não vai nem de um e nem de outro...e eu vou sozinha...(risos)... ele (marido) disse, imagina que eu vou entrar de navio....mas meu filho...você vai aqui na rodovia.. bate o carro ou na cidade e pode morrer...esmagado.. no navio...mas ele diz que vai ser comido pelo tubarão...o avião pega fogo...ai não tem jeito...(Cora Coralina).

Narcisa Amália sonha em ganhar muito dinheiro, já Cora Coralina vê as dificuldades de realizar seu sonho em conhecer a Europa justamente pela falta de dinheiro. Entretanto, nem o fato de saber que não poderá compartilhar com o marido a possibilidade de realizá-lo lhe tira da imaginação que um dia, mesmo que distante, será possível concretizá-lo.

CAPÍTULO 2

TRABALHO FEMININO MEDIANTE AS NOVAS CONCEPÇÕES IMPOSTAS PELO CAPITALISMO

A modernização capitalista se traduziu na internacionalização acelerada do capital, industrialização e urbanização também aceleradas, fortes migrações do campo para as cidades e uma desigualdade abissal entre os mais ricos e os mais pobres dos países em questão (MINAYO, 2004).

2.1 Divisão sexual do trabalho

O mundo sempre pertenceu aos homens (Simone de Beauvoir)

Para Beauvoir (2009) sempre houve uma divisão entre homens e mulheres e essas sempre estiveram em desvantagem; conforme a epígrafe, a autora afirma ser o mundo um espaço dos homens, pois eles sempre tiveram prioridade no mercado de trabalho, ocupando postos cuja remuneração é melhor. Um caso típico desta condição está nos cargos políticos que são exercidos de modo geral por homens. São os governantes. Mas ao longo da história as mulheres não ficaram ocultas e desencadearam lutas feministas na busca de se ter uma maior igualdade e justiça entre os sexos.

Autores clássicos como Marx e Engels deixaram conceitos importantes sobre o modo de produção no sistema capitalista, trouxeram a luz teorias sobre a exploração dos trabalhadores, mas pouco se dedicaram a estudar e a escrever sobre a situação das mulheres na sociedade, mas há nos textos teorizados evidências transcritas que mostram a compreensão que tinham dos aspectos relativos à situação e posição das mesmas no universo do trabalho. No tocante à divisão sexual do trabalho, Engels (2009, p. 65) assim escreveu “A primeira divisão social do trabalho é a que se fez entre o homem e a mulher para a procriação dos filhos”. Este argumento havia sido escrito por Engels e Marx em 1846. Engels (2009, p. 65) acrescenta que:

A primeira oposição de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher, na monogamia e que a primeira opressão de classe coincide com a opressão do sexo feminino pelo masculino. A monogamia foi um grande progresso histórico, mas, ao mesmo tempo, inaugura, com a escravidão e as riquezas privadas, aquele período que dura até os nossos dias, no qual cada progresso é simultaneamente um relativo retrocesso e no qual o bem-estar e o desenvolvimento de uns se realizam às custas da dor e da repressão dos outros. É a forma celular da sociedade civilizada, na qual já podemos estudar a natureza das contradições e dos antagonismos que atingem seu pleno desenvolvimento nessa sociedade.

Para Engels (2009), a monogamia não se inscreve historicamente numa perspectiva de reconciliação do homem e da mulher, mas surge como forma de subjugar um sexo sobre o outro. Para o autor, o casamento monogâmico traz uma forte opressão do homem sobre a mulher, pois é realizado baseado no modelo patriarcal, ou seja, o domínio masculino

sobre os membros da família e conseqüentemente sobre o feminino. Assim, a mulher perde muito dos seus direitos inclusive o de descendência dos filhos.

Segundo Engels (2009, p. 57), “A derrocada do direito materno foi a derrota do sexo feminino na história universal. O homem tomou posse também da direção da casa, ao passo que a mulher foi degradada, convertida em servidora, em escrava do prazer do homem e em mero instrumento de reprodução.” Logo, gradativamente foi se consolidando o patriarcado nas sociedades. O patriarcado traz consigo relações hierarquizadas e desiguais, pois supõe a obediência de um sobre o outro, assim tem-se a dominação.

Para Muraro (2002, p. 64) “[...] as sociedades patriarcais caracterizam-se por um profundo medo da mulher, concretizado nos fortes tabus referentes à menstruação, à nudez ou ao parto, o que leva a um acentuado antagonismo entre os dois gêneros [...]” E a autora acrescenta que na vigência do patriarcado a sociedade controla a reprodução e o trabalho das mulheres.

As teorias defendidas pelo patriarcado é que o homem se responsabilize pela manutenção da prole, e a mulher pelos cuidados da casa e dos filhos. Estes papéis foram construídos socialmente e se justificam pela subordinação da mulher ao homem como uma necessidade de o “macho” dominar a “fêmea”. Assim, as mulheres vêm sendo dominadas pelos homens há séculos.

Muraro (2002) acrescenta que essa divisão pode ter origem no fato das mulheres engravidarem e, desse modo, se acostumaram em alimentar e a protegerem os filhos. Essa cultura segmentada fez com que elas cuidassem do grupo como um todo e os homens caçassem e pescassem para si mesmos. A autora ressalta que nas sociedades atuais ainda ocorre essa divisão sexual do trabalho, especialmente nas avançadas, “[...] em que as mulheres não só trabalham fora como dentro de casa, cumprindo uma dupla jornada de trabalho que nunca existiu para o sexo masculino” (MURARO, 2002, p.29).

Para Melo, Considera, Di Sabbato (2007, p. 2), “O papel feminino assentado na reprodução biológica, com ênfase na maternidade e na realização de afazeres domésticos, definiu o lugar da mulher na esfera privada e, seu contraponto, o papel masculino no exercício do poder econômico na esfera pública.”

Na perspectiva dos autores acima, a forma como esses papéis foram definidos trouxe uma dicotomia entre o que se atribuiu ser responsabilidade e função do masculino e feminino, e que embora esteja traçada ao longo dos séculos nos seus aspectos fundamentais, e consagrada numa relativa divisão sexual do trabalho, tem variado bastante ao longo da história da humanidade.

Hoje é possível afirmar que o homem não é mais o único provedor financeiro da família. As mulheres ocupam espaços na esfera pública, mas não deixaram suas responsabilidades na esfera doméstica, ou seja, houve uma acumulação de trabalho, uma sobrecarga para as mulheres que precisam se desdobrar para cumprir com todos os seus encargos. Seja na esfera pública ou na privada. Muitas mulheres, também são obrigadas a deixarem seus trabalhos para cuidarem dos filhos, pois muitas vezes não encontram creches para deixarem os mesmos.

Na busca de compreender como se desenvolve o trabalho feminino, Hirata¹⁶ (2002, p. 275) constatou que diversos aspectos que compõem a contradição da divisão sexual do trabalho. Inicialmente, argumenta que são indissociáveis as relações sociais sexuadas e a divisão sexual de trabalho: a primeira “[...] é uma noção que tem a totalidade das práticas como campo de aplicação”[...]; já a segunda “[...] é apenas um aspecto das relações sociais sexuadas”[...], permitindo romper com a abordagem em termos de papéis e funções. Ela salienta ainda que as mulheres ocupam uma posição subalterna na divisão social do trabalho. Deixa explícito que quando se relaciona trabalho e questões de gênero, o emprego feminino transcende consideravelmente análise do mercado de trabalho.

De acordo com Hirata (2002), é possível compreender que a forma como o trabalho se encontra dividido favorece aos homens, pois a inserção das mulheres no mercado de trabalho é acompanhada de um discurso da necessidade de se atribuir funções consideradas “leves” para elas discurso este imbuído de uma falsa delicadeza com as mulheres, porque o real interesse é possibilidade de lhes pagarem menores salários, trazendo assim maior exploração do que já ocorre no sistema capitalista vigente. Em suas pesquisas constatou que os trabalhos manuais e repetitivos são predominantemente atribuídos às mulheres, e aqueles que requerem maior uso das técnicas mais sofisticados e maior grau de conhecimento perante a empresa são destinados aos homens. Outra questão abordada pela autora é que as mulheres são as últimas a serem contratadas e em épocas de crise econômica e de produção são as primeiras a serem demitidas.

Neste estudo de Hirata (2002), a questão dos filhos também é um critério que permeia as relações e o mercado de trabalho. Para o empregador, o fato das mulheres terem filhos é um facilitador da demissão, já no caso dos homens um dificultador, pois, fica evidente

¹⁶ Hirata apresenta dados de sua pesquisa realizada durante vinte anos com mulheres trabalhadoras. Na busca de compreender a divisão sexual do trabalho elencou três Países: Brasil, França e Japão. Tornou pública as informações ao escrever o seu livro: *Divisão Sexual do Trabalho*.

concepção do homem provedor, o chefe da família e, a mulher aquela que precisa cuidar da prole, para que se desenvolva com saúde e segurança.

A divisão sexual do trabalho precisa ser pensada, refletida não apenas na esfera produtiva, trabalho profissional com pagamento de salários, que se tem a construção da carreira profissional, mas se faz urgente conhecer como ocorre na esfera doméstica, trabalho que não traduz em rendimentos, não há equivalência salarial, nem reconhecimento social para as mulheres que estão inseridas no trabalho doméstico (HIRATA, 2002, p. 24).

As mulheres no Brasil se inseriram de forma maciça no mercado de trabalho a partir da década de 1970. Fausto (2002) destaca que um dos fatores que desencadearam esta movimentação em busca de trabalho fora do lar, foi o crescimento econômico. Este foi um elemento chave a ser considerado, pois possibilitou maior oferta de empregos, acompanhado de incentivo cada vez mais forte ao consumo e aumento das desigualdades sociais. “Muitas mulheres, induzidas por esta fase do capitalismo liberal que então se instalou no país, passaram a buscar trabalho fora de casa, visando contribuir para o orçamento doméstico e para ampliar o consumo de bens” (FAUSTO, 2002, p. 546).

Faz-se necessário considerar que a inserção da mulher no mercado de trabalho foi uma necessidade do sistema capitalista vigente para ampliar sua produção e ter acesso a uma força de trabalho mais barata, mas foi também uma conquista para as mulheres que puderam deixar parcialmente a esfera doméstica para se inserirem neste novo universo. Essa nova realidade, porém, trouxe uma sobrecarga de trabalho, pois não veio acompanhado de uma divisão das tarefas domésticas e nem de políticas públicas que favorecessem a reprodução da vida. Percebe-se que a inserção das mulheres no mercado de trabalho abriu novas possibilidades para as mesmas; contudo, a repartição das obrigações e da carga familiar não evoluiu no mesmo ritmo, e as mulheres encontram-se duplamente sobrecarregadas.

A inserção da mulher no âmbito produtivo está relacionada à necessidade de aumentar a renda familiar para contribuir, para a sua manutenção e gastos da sua família. Entende-se que, os efeitos dessa condição adversa são potencializados, no caso das mulheres trabalhadoras, pela condição subalterna de gênero. Essa situação vem sendo recorrentemente denunciada em diferentes pesquisas, entre as quais se destaca as de Hirata (2002).

O ingresso feminino no mundo do trabalho está relacionado a uma contínua redução de salários que vem sendo imposta aos trabalhadores de uma forma ampla.

De acordo com Claudia Mazzei Nogueira, (2005), ocorreu nas décadas de 1980 e 1990 uma intensa mundialização do capital o que trouxe mudanças para o trabalho, mas seu impacto foi diferente para homens e mulheres. No que tange ao emprego masculino, houve

uma estagnação e ou até mesmo uma regressão, já o emprego e o trabalho feminino remunerado cresceram. “Paradoxalmente, apesar de ocorrer um aumento da inserção da mulher trabalhadora, tanto no espaço formal quanto informal do mercado de trabalho, ele se traduz majoritariamente, nas áreas onde predominam os empregos precários e vulneráveis”. (NOGUEIRA, C. M., 2005, online).

Segundo Maruani (2003, p. 21) nesse período “[...] conhecemos verdadeiras mudanças, que, no entanto não são rupturas. São brechas decisivas; porém não são definitivas. A feminização do mercado de trabalho é real, mas inacabada, incompleta, tanto que se fez sob o signo da desigualdade e da precariedade.” As mulheres tentam ocupar essas brechas para se inserirem no mercado de trabalho, tendo assim acesso à renda, ao trabalho fora de casa, mas se submetem a esse trabalho precarizado, em decorrência dos baixos salários e das longas jornadas de trabalho.

Para Hirata (2002, p. 24), há uma bipolarização do emprego feminino, pois uma minoria se concentra em empregos de executivos e profissões que exigem grau superior e uma imensa parcela da população feminina concentram-se em atividades de vulnerabilidade, que expõem sensivelmente as mulheres a trabalhos

[...] precários, mal remunerados e não valorizados socialmente. Essa bipolarização do trabalho feminino precisa ser debatida, enfrentada para que as mulheres possam usufruir de forma digna da esfera pública da vida, pois como já enfatizou Ricardo Antunes “A classe que vive do trabalho é tanto masculina quanto feminina” (ANTUNES, 2008, p. 51).

Cláudia Nogueira (2006) desenvolve a tese que o ingresso da mulher no mercado de trabalho representa o direito à emancipação, pois o desenvolvimento do ser integral se dá, essencialmente, pelo trabalho, porém esse direito vem se assentando de modo precário e parcial. A “feminilização” da classe trabalhadora está mais relacionada à informalização e à precarização que o direito da mulher ao trabalho, à medida que emancipa de modo parcial e vulnerabiliza de modo acentuado. Evidencia-se uma relação contraditória vivenciada pelas mulheres, pois o trabalho ao mesmo tempo em que se emancipa também se precariza. Mas, as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho e ao que tudo indica não há como retroceder nesta busca emancipatória das mulheres, mesmo que ainda numa situação de desigualdade.

Abramo (2007) traz dados do IBGE em que as mulheres representam 42% da população economicamente ativa no Brasil, e sua taxa de participação no mercado de trabalho

é de 50,3%. No entanto, persiste desigualdade de rendimento por hora trabalhada, e essas desigualdades são ainda maiores entre as que possuem maior grau de escolaridade.

Cabe enfatizar que desde 1827 quando surge à primeira lei sobre a educação das mulheres permitindo que frequentassem as escolas elementares, elas têm se preparado e conseguido os melhores índices de instrução. Dados recentes mostram que nas áreas urbanas, a escolaridade média das mulheres é de 7,4 anos para a população total e de 8,9 anos para as que têm atividade remunerada. No Brasil rural, a situação é bem diferente. Essas médias ainda são baixas: 4,5 anos e 4,7 anos, respectivamente (IBGE, [2009]). Enfatiza-se que mesmo com todos os esforços em busca de melhor escolaridade e formação elas ainda ocupam lugar desfavorável no mundo do trabalho, sendo que “a taxa de desemprego das mulheres é maior que a dos homens” (ABRAMO, 2007, p. 6).

Com respeito a remuneração, pesquisas indicam que as mulheres ganham menos do que homens. Para Hirata (2006, p. 7), esta constatação é um fato no mundo inteiro e pode haver diferenças de um País para outro, mas em todos elas continuam em desvantagem. “Na França elas ganham 25% a menos nas mesmas posições. No Brasil a diferença é um pouco maior, em torno de 35%, no Japão é maior ainda, chegando a 50%.”

É sabido que o modo de produção capitalista explora tanto os homens quanto as mulheres, ou seja, a todos aqueles que vivem da venda de sua força de trabalho, se faz necessário a sua superação, mas é evidente que as mulheres ainda sofrem mais exploração que os homens.

De acordo com Hirata (2006), a divisão sexual do trabalho poderá ser superada se houver maior igualdade na distribuição do trabalho doméstico, conseqüentemente seria possível eliminar ou diminuir drasticamente as desigualdades entre os sexos no mercado profissional e acabar com os chamados guetos de trabalho feminino. Entretanto, pesquisa realizada pela autora no período de 1995 veio mostrar que o tempo de trabalho dos homens destinado aos afazeres domésticos foi de apenas dez minutos, o que comprova que a esfera privada ainda é de responsabilidade das mulheres, trazendo uma sobrecarga de trabalhos e de responsabilidades e a dupla jornada de trabalho.

Para Hirata (2002, p. 20):

[...] embora mudanças e continuidades coexistam, o deslocamento hoje das fronteiras do masculino e do feminino deixa intacta a hierarquia social que confere superioridade ao masculino, hierarquia sobre a qual [...] se assenta a divisão social do trabalho. Enquanto a “conciliação” entre vida profissional e vida familiar, trabalho

assalariado e trabalho doméstico for pertinente exclusivamente para as mulheres, as bases em que se sustenta essa divisão sexual não parecem estar ameaçadas em seus fundamentos.

Para Saffioti (1999, online), tudo, ou quase tudo, ainda é feito sob medida para o homem. Os equipamentos fabris estão neste caso, não obstante as mulheres terem penetrado nas fábricas desde a revolução industrial. Claro que a máquina de costura, inclusive a industrial, é feita para o corpo da mulher, a fim de mantê-la em suas funções tradicionais.

Assim, as mulheres foram inseridas no mercado de trabalho, mas continuaram responsáveis pelas tarefas domésticas, historicamente a elas atribuídos.

2.2 Trabalho doméstico – a dupla, tripla jornada de trabalho para as mulheres

De acordo com Sorj (2004), o trabalho doméstico ficou por muito tempo invisível, carente de conceito que lhe conferisse uma importância na esfera do mundo do trabalho. Só nas últimas décadas do século XX, esta temática passou a ser problematizada e a ganhar relevância aos temas integrados aos estudos que envolvem o trabalho, mas faz-se necessário enfatizar que ainda consiste numa produção modesta, o que mostra o descaso com o tema em questão.

O trabalho doméstico é desvalorizado no Brasil, tanto os remunerados como não remunerados, e é em sua grande maioria realizado por mulheres, negros e pessoas de baixa escolaridade. Portanto, não há reconhecimento social dessas atividades.

De acordo com Melo, Considera e Di Sabbato (2007, p. 1), os serviços gerados na execução dos afazeres domésticos deveriam ser inscritas nas avaliações econômicas do País, mas por não estarem associados a uma geração equivalente de renda, são ignorados pela teoria econômica que não os valora e nem contabiliza no Produto Interno Bruto (PIB) dos países. Tendo por base os procedimentos usuais de estimativas de bens ou serviços não mensurados por estatísticas econômicas, estatísticas demográficas e sociais originárias da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que, desde 2001 investiga o tempo gasto na execução de tarefas domésticas, chega-se à conclusão de que, no Brasil, esses afazeres corresponderam, em média, a 11,2% dos PIBs brasileiros do período 2001-2005.

Para estes autores, o que propicia essa situação e o que poderia elucidar tal realidade? Uma provável explicação estaria na discriminação histórica sofrida pelas mulheres

nas diversas sociedades, sendo que a elas foi relegada a execução dos afazeres domésticos. Além disso, eles ainda acrescentam que ignorar essa situação apenas reforça a invisibilidade que caracteriza o trabalho doméstico e a inferioridade do papel que a mulher ocupa nesta sociedade.

Entende-se que os trabalhos domésticos trazem embutidos em sua realização uma contribuição imensa para a reprodução da família, portanto, está intrinsecamente relacionado com a formação da força de trabalho que estará disponível no mercado de trabalho e trará igualmente uma importância fundamental na esfera produtiva e no bem-estar da sociedade.

Nesta perspectiva, as mulheres tem se responsabilizado diariamente pelos cuidados da família, nas mais diversas áreas da vida cotidiana, como lavar, passar, cozinhar, cuidar dos filhos pequenos e ainda incluem responsabilidades referentes aos cuidados de saúde dos membros da família tais como: marcar e acompanhar filhos e familiares para consulta, ministrar remédios, fazer curativos nos familiares com feridas, busca de medicamentos nos serviços de saúde, ministrar dieta enteral, dentre muitos outros procedimentos que deveriam ser realizados por profissionais da saúde, o que lhes acarreta uma sobrecarga de trabalho e de responsabilidades.

Destaca-se que as mulheres ainda são as maiores responsáveis pelos assuntos no âmbito doméstico. Constatou-se que em relação aos filhos, nos casos de separação, fica sob os cuidados delas a guarda¹⁷, os cuidados em geral e a educação dos mesmos. Houve uma construção social que embute nas mulheres valores maternais que as levam de forma naturalizada a reivindicarem esse direito, pois as próprias mulheres sentem a necessidade de ficar sob sua responsabilidade a guarda dos filhos. “E vivendo a situação de insuficiência de equipamentos coletivos, como as creches, as mulheres enfrentam limitações para o trabalho, principalmente se os ganhos financeiros não conseguem cobrir os custos com os cuidados das crianças” (COELHO, V. P., 2002, p. 70). E ainda é recorrente em pleno século XXI o fato de elas deixarem o trabalho quando têm filhos pequenos para cuidar ou se os mesmos precisam de cuidados específicos para seu desenvolvimento.

Venturini e Recamán (2004, p. 19) demonstram por meio de pesquisa realizada que a dupla jornada de trabalho é avaliada como componente negativo para a identidade feminina “[...] destacam-se dificuldade e excesso de responsabilidades, atribuídas

¹⁷ Apesar de que o Código Civil instituiu a guarda compartilhada entre os pais.

principalmente à dupla jornada de trabalho, ao doméstico e ao remunerado, lembrados por 10% do universo pesquisado (16% entre as que dizem que a vida piorou)”.

Para Claudia Nogueira (2006, p. 26) uma das lutas femininas trava-se na reivindicação por uma “nova divisão sexual das tarefas domésticas, no espaço reprodutivo, libertando, ao menos parcialmente, a mulher da dupla jornada de trabalho ou até mesmo da tripla jornada.” A autora ressalta que a tripla jornada se dá pelo fato de que muitas mulheres se responsabilizam, não raro pelos afazeres também da casa dos seus pais.

Os trabalhos domésticos são realizados pelas mulheres com pequena participação dos homens; para estes sempre ficou designado o espaço da esfera pública e do poder. Há os que afirmam que essa realidade vem mudando, que eles os (homens) vêm buscando se inteirar mais da vida familiar e dos cuidados dos filhos. Mas sabe-se que essa participação pouco mudou. De acordo com pesquisa realizada na França por Hirata (2004), o envolvimento dos homens nos afazeres domésticos aumentou em dez minutos no período de 1986 e 1999, portanto, continua insignificante essa contribuição. Para Sorj (2002), a participação dos homens além de escassa é seletiva no que tange aos afazeres domésticos, pois eles se ocupam de atividades que não são solitárias e rotineiras, se inteiram de atividades que são socialmente mais valorizadas como: ajudar os filhos nos afazeres escolares ou levá-los ao médico, atividades estas que contém mais um componente social, ou seja, uma mediação entre a família e o mundo externo. De acordo com Sorj (2001, p. 108), será muito difícil mudar essa realidade apresentada porque “[...] os homens não têm nenhum interesse em mudar sua posição na esfera doméstica, pois, simplesmente, não teriam nada a ganhar.”

Entende-se a necessidade de haver uma divisão mais equânime na realização dos afazeres domésticos, o que possibilitaria a liberação da população feminina para outras atividades, não proporcionando a sobrecarga do trabalho doméstico para as mulheres. Enfatiza-se ainda que políticas públicas devam ser desenvolvidas na perspectiva de favorecer a reprodução social da família, proporcionando enfim assim a superação desta realidade imposta cotidianamente às mulheres.

É fato contestável que os afazeres domésticos, as responsabilidades com os membros da família invadem outras áreas da vida das mulheres como o lazer, o descanso, uma vez que os afazeres são tidos como inadiáveis e trazem prejuízo para ela que ficam impossibilitadas de terem e de usufruírem tempo livre.

Entende-se que as mulheres se inseriram de forma significativa no mundo da produção, mas não foram dispensadas de suas obrigações nos trabalhos domésticos, que estes

consomem grande parte do tempo e da dedicação das mulheres. Não há reconhecimento nem valorização destas atividades, trata-se, portanto de um trabalho invisível.

O compromisso das mulheres com os serviços domésticos tem desfavorecido o crescimento pessoal e profissional, dificultando a sua realização no universo do trabalho produtivo.

Portanto, em conformidade com as teorias de gênero, com o que foi exposto e igualmente com a realidade evidente em nossa sociedade, é patente a participação das mulheres nas diversas áreas, além da esfera doméstica e das indústrias, elas ainda ocupam espaços na área rural, mesmo com todas as dificuldades para serem reconhecidas como trabalhadoras agrícolas.

2.3 A mulher inserida no sistema de colonato

De acordo com Maria Aparecida Moraes Silva (2004, p. 554), “A figura da mulher colona aparece nas áreas rurais paulista no momento em que a mão de obra escrava é substituída pela mão de obra livre na agricultura de exportação [...]” Desde 1880 intensificase a imigração italiana no Brasil. As mulheres são inseridas na lavoura em decorrência dos contratos realizados com suas respectivas famílias, que passam a desenvolver suas atividades nas grandes lavouras de café no Estado de São Paulo. De acordo com Silva (2004), esse sistema de trabalho ficou conhecido como colonato.

Os fazendeiros contratavam a unidade familiar, e assim, o trabalho da mulher estava incluso nesse contrato. O homem era visto como o chefe da família, seu poder atingia a todos, ele detinha o papel de comando em todas as atividades realizadas pelo núcleo familiar.

As mulheres exerciam um papel muito importante no sistema de colonato. Seu sucesso dependia da capacidade das mulheres de aproveitarem ao máximo as vantagens desse regime de trabalho, que lhes permitia conjugar o trabalho de casa com o da roça e do cafezal. Mas, apesar de desempenharem tarefas dentro de casa, na roça de subsistência e no cafezal, as mulheres não existiam enquanto trabalhadoras individualizadas, porque seus trabalhos eram englobados no trabalho familiar controlado diariamente pelo pai-marido (SILVA, M. A., 2004, p. 557).

O papel do homem era reforçado neste sistema de trabalho sendo necessária a presença dele para que houvesse o contrato com a família, mas mulheres e crianças trabalhavam de forma exaustiva na lida diária de cultivar a terra.

Exigia-se que cada família tivesse pelo menos um membro do sexo masculino entre 12 e 45 anos; importava que fossem contratadas famílias cujo maior número de elementos estivessem apto ao trabalho, de preferência homens. Na lavoura cafeeira, a pessoa a partir dos 12 anos, homem ou mulher, já era considerada de trabalho (SILVA, M. A., 2004, p. 555).

O que mais se esperava das mulheres era que tivessem muitos filhos para serem inseridos como mão de obra na lavoura. Apesar de se efetivar no trabalho da lavoura assim como os homens, a mulher aparecia como mãe, filha ou esposa, jamais como trabalhadora. Não havia um reconhecimento dela enquanto trabalhadora, este fato era mascarado pelo contrato familiar, realizado entre o chefe da família e o fazendeiro.

As mulheres que trabalhavam no cafezal aproveitavam as noites e as madrugadas para o serviço doméstico. A jornada de trabalho feminina acabava sendo maior que a do homem. Muitas dentre elas, quando grávidas, trabalhavam até quase a hora de dar à luz, e não eram raros os casos em que as crianças nasciam sob os cafeeiros. Outras criaram os filhos debaixo dos pés de café. Inúmeros eram os arranjos produzidos para o enfrentamento das dificuldades e o cumprimento das funções relativas à produção e reprodução das famílias (SILVA, M. A., 2004, p. 558).

Assim, as mulheres não tinham tempo livre para lazer, para seus projetos enquanto mulher, sempre submetida às necessidades e às exigências da família.

Em decorrência do êxodo rural, as famílias foram sendo expulsas do campo, em virtude da opção adotada pelo país na busca da modernização da agricultura, priorizando desse modo a grande propriedade capitalista e a sua intensa industrialização. Nesta conjuntura, muitos trabalhadores que viviam do trabalho na terra, não tiveram escolhas a não ser a busca de sobrevivência nas grandes cidades.

Estas transformações acarretaram para as famílias significativos aumento de despesas como: acréscimo no pagamento de água, luz, aluguel, sem uma produção de subsistência, precarizando ainda mais a situação dessas famílias. A mulher de colona foi transformada em boia – fria e a sua situação enquanto mulher e trabalhadora só piorava a partir de então os contratos não eram mais realizado pela unidade familiar, mas diretamente com cada trabalhador, indistintamente do sexo.

Para Maria Aparecida Silva (2004), a individualização do trabalho não trouxe maior igualdade entre homens e mulheres, manteve-se a mesma estrutura de poder, qualificando o homem como chefe da família.

De acordo com Melo e Di Sabbato (2008), houve nas últimas décadas do século XX uma mudança tecnológica no trabalho agropecuário e mudanças na lógica familiar. As mulheres têm uma nova configuração neste trabalho no campo, são pequenas produtoras, sem-terra, e se empregam de forma temporária ou permanente nas fazendas e assim passam a vender sua força de trabalho.

Mesmo inseridas no trabalho da agricultura familiar, as mulheres não são reconhecidas pelo seu trabalho produtivo, este não aparece como essencial e sim como uma ajuda.

Historicamente as mulheres trabalhadoras rurais ainda não foram suficientemente reconhecidas pelo Estado e pela sociedade como agricultoras familiares e assentadas pela reforma agrária.

[...]

Os Estados nacionais reproduzem a lógica de exclusão, ao tomar como unidade de referência de planejamento e de ação o grupo familiar e, em especial, ao escolher o “chefe da família” como interlocutor. Na reforma agrária isso aparece de forma muito clara, as estatísticas oficiais sequer identificam o sexo dos sujeitos envolvidos e são feitas exigências para se encaixar no perfil dos beneficiários que excluem as mulheres: ser chefe de família, privilegiar famílias maiores e com força de trabalho [...]. (BUTTO; HORA, 2008, p. 21).

2.4 A realidade das mulheres no Assentamento 17 de Abril

Desenvolver políticas para as mulheres no contexto rural implica reconhecer as desigualdades de gênero e adotar uma estratégia de superação dos principais entraves à conquista de sua autonomia econômica (BUTTO; HORA, 2008).

No decorrer da pesquisa, as questões a que se referem às atividades relacionadas ao trabalho possibilitaram observar que as responsabilidades com os afazeres domésticos são atribuídas e desempenhadas pelas mulheres, como lavar e passar as roupas, lavar as louças, cozinhar, dentre outras atividades circunscritas ao lar. Os cuidados com os filhos e os problemas relacionados à saúde são a elas designados também. Estes afazeres ocupam horas de trabalho e de dedicação. Como afirma Beauvoir:

Os trabalhos domésticos a que está voltada, porque só eles são conciliáveis com os encargos da maternidade, encerram-na na repetição e na imanência; reproduzem-se dia após dia sob uma forma idêntica que se perpetua quase sem modificação através dos séculos: não produzem nada de novo (BEAUVOIR, 2004, p.102).

Uma das entrevistadas, Cora Coralina, em sua fala enfatiza que o trabalho tem de ser realizado a tempo e à hora, pois o esposo não aceita atrasos e demonstra sua insatisfação com reclamações do tipo “se atrasar o marido fica bravo”. O cotidiano das mulheres se resume em realizar os serviços da casa e do seu entorno, no caso o cuidado com a horta, com pequenos animais, e ainda alegam ter tempo para ajudar maridos e companheiros nos serviços da agricultura.

Questionadas acerca do que elas entendem como suas responsabilidades dentro do contexto familiar, ficou explícito a preocupação com o bem estar da família e em prover suas necessidades domésticas. As mulheres vêem essas responsabilidades com muita naturalidade, pois assim foram socializadas, “Quanto mais familiar, mais desconhecido é o fato, deixando sequer de ser percebido” (SAFFIOTI, 2009, p. 45).

Nos trechos a seguir há fragmentos das falas das entrevistadas que descrevem o que elas entendem acerca do que são suas responsabilidades no lar. As preocupações com os membros da família aparecem de forma muito peculiar, sendo que as mulheres não se colocam como essenciais nessas relações familiares.

Cuidar das minhas filhas, esposo e minha mãe. Isso em primeiro lugar. A maior riqueza que eu tenho é cuidar deles...eu quero que todos estejam bem...pra que todos fiquem bem..a minha família fique bem..mas ta bem realizada...te almoço..jantar...bem de saúde (Cecília Meireles).

*A roupa lavo só na sexta-feira....o almoço, das onze até uma hora...é esse período...quando não atraso...o marido fica bravo...aí ele fala... "isso não é hora de almoço!"...é nisto que a gente mexe com uma coisa, mexe com outra...no caso...até duas horas da tarde....duas e meia...sem lavar a roupa...a casa...tá limpa...o almoço feito, as criação já cuidado...agora quando é na sexta-feira...vai até de tarde...o dia inteiro...mesmo lá (Cora Coralina).
Bom, é cuidar do meu lar...dos meus filhos...e quando tenho tempo, é ajudar o meu marido...na roça também, ajudo a carpir...cuidar da horta...o que eu faço mais mesmo é cuidar da minha casa (Clarice Lispector).*

Quando tenho muita roupa pra lavar, fico o dia inteiro... mexendo com roupa....daí junta muito...já deixo a casa pra outro dia...só arrumo a cozinha, lavo a louça que não gosto de louceira na pia...e aí a casa fica pra outro dia...mas eu... das 7h até o meio dia... mais ou menos...eu gasto pra fazer tudo...quando não tem muita roupa pra lavar...aí tenho que usar a água até as 15h aí ele ocupa pra molhar a horta...aí a da caixa deixa pra usar dentro de casa...água da caixa e água da rua...aí fica pra outro dia...é desse jeito...e a noite...faço só a janta e vou pro sofá...pra descansar (Clarice Lispector).

Quando termina os afazeres da casa, começam as outras atividades, que incluem cuidar do quintal, da horta. O quintal se torna uma extensão da unidade doméstica onde a mulher se exercita na realização de algumas atividades produtivas.

Se for pra fazer certinho.....até 1h acabei tudo.....eu faço tudo...aí vou cuidar do quintal, da horta...ajudo o meu marido também, no que ele tiver que fazer...eu não deixo ele ficar sozinho...pois ele é diabético...tenho medo dele sentir alguma coisa...tô sempre por perto (Cecília Meireles).

Outros trabalhos são importantes na manutenção das atividades impostas para as mulheres cotidianamente, mesmo os cuidados com os animais domésticos são elas que se responsabilizam

É....eu por exemplo não dou ração...pra gato e nem pra cachorro....porque eu não tenho condição...então eu tenho que fazer a comida deles...as galinhas têm que ter o milho...têm que ter água limpa todo o dia...então a gente tem que....e aí no caso, ajudar em tudo...senão não tem como..(Cora Coralina).

É possível observar que a jornada das mulheres é contínua, pois acabam seus afazeres e vão para o trabalho no campo, mesmo com as mãos cheias de calos elas ainda colocam que seu trabalho é uma ajuda, como trabalho leve, desvalorizando sua capacidade

enquanto trabalhadoras, dado que não se sentem participantes e responsáveis pela produção. As mulheres reproduzem sua atuação na vida conforme foram socializadas e são, portanto, o reflexo dessa sociedade.

Quando acabo o serviço da casa.. eu vô...cuidar da horta...e é só de tarde...bem dizer não acaba...é direto...é enxada que eu pego...tenho as mãos cheio de calo...então... a gente tem que ajudar...quem ajudar, quem vai fazer...né, então eu ajudo a plantar...a colher....molhar a horta, lá...(Cora Coralina).

A questão do trabalho doméstico é importante como reprodução do capital à medida que ele é de extrema necessidade para que o trabalhador tenha as condições de sair e efetuar o trabalho fora de casa. Ou seja, é preciso ter a roupa limpa, o alimento preparado, as acomodações organizadas e isso também demanda trabalho, por vezes, desgastante e solitário. Primeiro porque é repetitivo, pelo discurso das entrevistadas, é possível observar que se trata de reproduzir cotidianamente o ritual de lavar a roupa, preparar o almoço ou o jantar e em consequência esvaziar a pia de louça, atividades de grande valia para a manutenção da família. Em segundo lugar, destaca-se a falta de reconhecimento por ser uma atividade sem remuneração. É imprescindível, tal reconhecimento, ainda que no Brasil tal condição não seja passível de salário. Outra questão observada é que à medida que as mulheres concluem essas tarefas elas ainda participam da lida na agricultura ou na pecuária, como explicitado pelas entrevistadas. Mas esta participação não é demonstrada com a devida autonomia, mas sempre na forma de “ajuda” ao homem.

Ressalta-se a internalização desse papel de cuidar das questões domésticas como uma atribuição específica das mulheres, inerentes ao feminino e que elas devem realizá-la sem perceber salários, simplesmente pelo fato de serem mulheres! Esta internalização das atribuições domésticas é tão forte que elas têm pouca ou nenhuma percepção de que estas atividades poderiam ser divididas, é sempre colocado como suas responsabilidades.

Esta particularidade que aparece na forma de uma percepção de vida singular não está dissociada do todo, ou seja, o trabalho doméstico não é reconhecido nem no âmbito familiar e nem no contexto das relações sociais de trabalho, no âmbito macroestrutural. Esta questão está tão arraigada que mesmo quando o trabalho doméstico tem a forma contratual, ele não tem os mesmos direitos que outros trabalhadores e também não é reconhecido socialmente. O direito à Previdência Social só foi permitido no ano de 1970, ainda assim, como uma possibilidade da trabalhadora contribuir enquanto autônoma, ou seja, não era uma obrigatoriedade do empregador registrá-la em Carteira de Trabalho e lhe garantir os direitos

trabalhistas e sociais conquistados pela classe trabalhadora desde 1943 quando foram consolidadas as leis do trabalho.¹⁸

Outra questão relevante é que quando a situação financeira da família está difícil, as mulheres do assentamento buscam trabalho fora do lar objetivando melhorar as condições de sobrevivência da família.

Porque no caso, quando eu trabalhava num sítio aí eu já morava aqui, então apertou a situação, eu fui trabalhar lá em Franca, você sabe onde é no Centro de Convivência Infantil, eu trabalhei lá dois anos, aí depois eu saí, porque já regularizou a situação e agora tornou dar uma apertada que a gente não pode ficar sem um dinheiro depender só de marido é muito difícil, o dinheiro quase não dá, então eu faço faxina na minha mãe, faço na minha irmã, na minha sobrinha e agora to fazendo na casa de minha filha, sabe que ela também trabalha lá, a casa fica sozinha, meu netinho vai pra escolhinha, meu genro vai trabalhar com meu menino e ela vai trabalhar, não tem quem limpa, então ela me contratou, não a senhora vai trabalhar pra mim vai fazer a faxina aqui para mim é o que eu gosto de fazer, ela me paga, então tem os dias que eu vou e tem os dias que na semana não vou (Cora Coralina).

Cora Coralina alega que ao chegar a casa ainda precisa colocar tudo em ordem. Preocupada com a arrumação ela se desdobra para dar conta de todos os serviços.

Eu chego em casa, o marido revira a casa todinha...é pior que menino...aí eu tenho que deixar as coisas em ordem...nê, porque chega uma visita e a gente...tem vergonha dos outros ver a casa da gente...na bagunça...receber a visita na bagunça...é onde te falei onde eu trabalho também (Cora Coralina).

Constata-se, portanto, que as mulheres não se eximem de realizar as mais diversas atividades seja no lar, nas ocupações do assentamento, seja realizando trabalhos domésticos para melhorar o orçamento familiar, mesmo diante de todas essas atividades, ela ainda são responsáveis em manter a casa em ordem, mesmo que a “bagunça” tenha sido realizada pelo esposo.

¹⁸ Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) – Benefício opcional, instituído pelo art. 1º, da Lei nº 10.208, de 23 de março de 2001, resultante de negociação entre empregado (a) e empregador (a). Nos dias atuais, o recolhimento do Fundo Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) da trabalhadora e do trabalhador ainda é facultativo, e o empregador garante esse direito se ele quiser o que se torna uma realidade muito distante dessa categoria.

2.5 O cuidado com os filhos: a mulher no papel de cuidadora

Nessa passagem, a expropriação da roça de subsistência, da indústria doméstica e de seu saber fazer significou, num primeiro momento o confinamento da mulher no espaço da casa [...] (SILVA, M. A., 2004).

As mulheres têm como responsabilidades o cuidado com os filhos e depois que termina o dia de extensa jornada de trabalho com todos os afazeres da casa em ordem, elas vão repousar, em alguns casos, acompanhadas pelos filhos, o que ocorre de forma muito naturalizada, entendido como função e responsabilidade de mulher.

Eu costumo dormir, sete ou sete e meia...to dormindo e quando vou dormir, os pequeninos vão dormir comigo...o de quatro ano, estuda o dia inteiro...aqui na escolinha, estuda o dia inteiro...fica cansado...e quando vou pra cama, ele diz “mãe, eu vou com você”....e já deita e já dorme comigo. (Clarice Lispector).

Melo, Considera e Di Sabbato (2005), em seus estudos sobre a importância do trabalho doméstico para a economia capitalista, ressaltam que é ele que permite a reprodução dos seres humanos, e, portanto, dos trabalhadores para o capital. Antunes, dando sua contribuição sobre esta questão complementa:

[...] no universo da vida privada, ela (a mulher) consome horas decisivas no trabalho doméstico, com o que possibilita (ao mesmo capital) a sua reprodução, nessa esfera do trabalho não - diretamente mercantil, em que se criam as condições indispensáveis para a reprodução da força de trabalho de seus maridos, filhos/as e de si própria (ANTUNES, 2001, p. 108).

Assim, inserida na esfera privada, a mulher vem desempenhando seu papel de mulher, mãe e provedora. Dispensando horas de trabalho, muitas vezes sem reconhecimento nem mesmo por parte dos familiares. Inclusive as mulheres que estão no mercado de trabalho têm obrigações com a reprodução da vida familiar, se responsabilizando cotidianamente pelos afazeres e se não são elas que o executam, outra mulher é contratada para realizá-lo.

Segundo Muraro (2002), historicamente a mulher foi colocada em uma situação de submissão e reduzida ao domínio do privado com a função de cuidar da geração e

da manutenção da vida, seja a vida biológica, seja a do cotidiano. Desde criança ela foi treinada para se perceber como inferior.

As mulheres inseridas no assentamento 17 de Abril também vivenciam essas atribuições de papéis nos cuidados da casa, dos filhos e dos doentes. O cotidiano ainda é marcado pelos afazeres no entorno do lote, com todas as atividades pertinentes à vida na área rural.

É uma jornada extensa, como já referida acima, mesmo na hora do repouso noturno, algumas ainda precisam colocar os filhos pequenos para dormirem. Todos esses afazeres e obrigações sobrecarregam as mulheres pesquisadas.

As mulheres do assentamento participam de todos os trabalhos na casa e na roça. A participação delas é vital na manutenção das famílias, entretanto, as decisões quanto à definição da produção são preponderantemente tomadas pelos homens. Reitera-se os papéis, a mulher inserida na esfera privada e o homem na esfera pública.

CAPÍTULO 3

MULHERES ASSENTADAS E AS ESTRATÉGIAS PARA A GARANTIA DE SUA SAÚDE E DE SEUS FAMILIARES

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

3.1 Breve retrospectiva das Políticas Públicas na interface com o Estado

Mais do que a crítica da política social, é imprescindível fazer a crítica da crítica da política social (Vieira).

Parte-se da concepção que o Estado, em sua estrutura, desenvolve -se conforme o momento histórico e vai desenhando seu papel conforme os interesses do capital e das classes dominantes. Existe, no entanto, uma correlação de forças e um tensionamento, que ocorre por meio da sociedade civil organizada, dos movimentos sociais e da classe trabalhadora que, dependendo do seu grau de organização, vai favorecer para que o Estado se coloque de forma a conciliar os diversos interesses, ou melhor, minimizar a luta de classes para que o capital possa continuar se expandindo.

Na concepção de Abreu (1999, p. 35), nas sociedades capitalistas, o Estado teria por finalidade e função o “desenvolvimento capitalista de uma determinada nação, ao mesmo tempo em que intervém nas desigualdades sociais para evitar que estas se traduzam em lutas políticas desestabilizadoras da ordem social e política.”

Segundo Behring e Boschetti (2008), quando o liberalismo começou a despontar, já existia uma classe burguesa organizada economicamente, embora politicamente sem nenhum destaque. Não havia se firmado como classe dominante, mas começava a questionar o Estado Absoluto, no qual o soberano tinha todo o poder. “Nos primórdios do liberalismo, existia um claro componente transformador de pensar a economia e a sociedade: tratava-se de romper as amarras parasitárias da aristocracia e do clero, do Estado absoluto com seu poder discricionário” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.17). Portanto, o nascimento da burguesia remete a questão de que, com os ideais liberais, acabaria por ocorrer uma ruptura com o clero e com a aristocracia, rompendo, assim, com o Estado absoluto perpetuado pelo poder divino. Este modelo de Estado não representava mais os interesses daquela classe burguesa que estava emergindo no cenário constituído, e via no mercado e nos direitos individuais as respostas para todas as necessidades da sociedade civil.

De acordo com Abreu, “Historicamente, o Estado mais identificado com o Capitalismo foi o Estado Liberal, tal como existiu no século XIX” (ABREU, 1999, p. 35).

Verifica-se, em Behring e Boschetti (2008, p. 56), que o reconhecimento dos direitos sociais foi necessário para que a propriedade privada fosse preservada. O século XIX

foi “[...] profundamente marcado pelo predomínio do liberalismo e de seu principal sustentáculo: o princípio do trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado.”

De acordo com Behring e Boschetti (2008, p. 63), o Estado liberal tinha como fundamentos a proteção à vida, reconhecia como inerente ao ser humano sua liberdade individual e assegurava o direito de segurança e propriedade privada. Esse Estado liberal “[...] tinha características de Estado policial e repressor em sua função primordial que era não intervir na liberdade individual [...]” Portanto, esse pensamento prevalecia e, sempre que necessário, usava-se a força para manter a ordem e, assim, assegurar que os indivíduos usufríssem livremente de seu direito à propriedade e pudessem gozar na plenitude de sua liberdade.

No entanto, a liberdade preconizada no pensamento liberal tratava-se de uma liberdade individual, na perspectiva de que a liberdade de indivíduo termina onde começa a liberdade do outro. Porém, é uma idéia individualista e não tem uma perspectiva de mudança, pois “[...] os homens só poderão ser livres se todos assim o forem, a liberdade não é um problema individual [...]” (CORTELLA, 2005, p. 5).

Para Marco Nogueira (1998, p. 35), “O liberalismo, já abalado pelas dificuldades do mercado, pela crise de 1929, pela ascensão do nazi-fascismo, ficará então sem base social para se organizar, seja como concepção do mundo, seja como concepção de Estado [...]” Pois, é um modelo de Estado que não contempla em sua plenitude a classe que vive do trabalho, e que vê no mercado a solução para todos os problemas, seja de cunho econômico ou social. Este modelo de Estado começa a ser questionado, não há como continuar sem modificações, tendo em vista os conflitos emergentes da classe trabalhadora com destaque no cenário nacional, na luta por melhores condições de vida, por salários dignos, desenhando, assim, um tensionamento entre os que detêm os meios de produção: a burguesia; e aqueles que só têm sua força de trabalho como meio de sobrevivência: o proletariado.

Entretanto, ao vivenciar mais uma de suas crises, o capitalismo busca no Estado as soluções para tais dificuldades. As propostas passam a ser, então, de um Estado interventor e forte, que encontre saídas para esses desafios do capital e possa continuar sua expansão. Para Harvey (2007, p. 124), “[...] A crise manifestou-se fundamentalmente como falta de demanda efetiva por produtos, sendo nesses termos que a busca por soluções começou [...]”.

Com a Crise de 1929 e seus reflexos no mundo ocidental, surgem as propostas embasadas nas teorias do economista John Maynard Keynes, que vê no Estado a possibilidade

de uma maior intervenção no mercado, na economia e de ofertar melhores condições aos trabalhadores, para que, assim, o capital tivesse condições de prolongar sua produção e reprodução na vida social. Keynes, neste período, rompe parcialmente com o liberalismo, tentando superar, assim, os dogmas existentes de um liberalismo conservador que predominava na época.

De acordo com Behring e Boschetti (2008, p. 84), “O Estado no Keynesianismo, tornou-se produtor e regulador, o que não significava o abandono do capitalismo ou a defesa da socialização dos meios de produção.”

As autoras, referindo-se aos pressupostos de Keynes, deixam explícito que o mesmo, ao defender medidas pouco ortodoxas para crise que estava sendo vivenciada, se deu devido à situação de desemprego generalizado, em um período de depressão; sendo assim, ele procura encontrar saídas para a sobrevivência do capitalismo que estava asfixiado pela crise. Dentre as questões levantadas por Keynes, um dos seus questionamentos era a Lei de Say (lei dos mercados). Segundo essa lei a oferta cria sua própria demanda, impossibilitando uma crise de superprodução, e, nesse sentido, colocava em questão o conceito de equilíbrio econômico, pelo qual a economia capitalista é autorregulável; mas isso não estava acontecendo de fato, o que leva Keynes a fazer contestações a respeito e a propor mudanças importantes para a superação da crise ora apresentada (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Para Behring e Boschetti (2008, p. 84), a teoria de Keynes demonstra sua compreensão sobre como deveria ser o papel do Estado nesta nova configuração “O Estado atua como um agente externo em nome do bem comum, o que supõe uma visão de Estado neutro e árbitro – tem legitimidade para intervir por meio de um conjunto de medidas econômicas e sociais, tendo em vista gerar a demanda efetiva [...]”

As propostas de Keynes foram desenvolvidas e implementadas nos anos de 1945 – 1973, período que ficou conhecido como a fase de “ouro” do capitalismo e, assim, alguns países de capitalismo avançado vão viver o que ficou conhecido mundialmente como o Welfare State, ou seja, Estado de Bem-Estar Social.¹⁹ Porém essa situação de pleno emprego, melhores salários e acesso aos bens produzidos não foram garantidos a todos os países e a todos os cidadãos.

¹⁹ Esse período era caracterizado, pelo menos nos países centrais, pelo pleno emprego, altos salários, desenvolvimento da indústria, dentre outras características. É nesse período que a sociedade, sobretudo a da informação, começa a passar por mudanças drásticas: o desenvolvimento do microchip, a massificação da televisão, a implantação de multinacionais. Assim, começa uma nova era onde “a mudança tecnológica, a busca de novas linhas de produtos, [...] medidas para acelerar o tempo de giro do capital passaram ao primeiro plano das estratégias corporativas [...]” (HARVEY, 2007, p. 137).

O modelo de contribuição conhecido por todos se deu na Inglaterra em 1942, e ficou conhecido como plano Beveridge, proposto pelo Inglês William Henry Beveridge, que ficou responsável em fazer uma mudança total no sistema previdenciário britânico, baseado nas propostas intervencionistas e de redistribuição de renda proposto por Keynes; foi a base que deu elementos para a previdência social na Inglaterra e em muitos outros países.

Para Pereira (2009, p. 94), o Sistema de Seguridade Social de Beveridge inovou, por ser nacional e unificado e conter um eixo distributivo, ao lado do contributivo; abolia os testes no âmbito da assistência social, medidas importantes para que a política social fosse vista como direito. “Em 1946, foi editada a Lei Nacional de Seguro, seguida da Lei Nacional de Assistência, em 1948.”

Historicamente, pode-se afirmar que o Estado Liberal evoluiu de uma atuação mínima, praticamente ausente para uma atuação intervencionista, passando de Liberal a Social. Entretanto, essa mudança na atuação do Estado se deu devido às necessidades de criar condições para a sobrevivência e expansão do capitalismo, que estava em crise, mas também devido a conquistas e lutas da sociedade, principalmente da classe trabalhadora.

O Estado Liberal não se confunde com Estado Social, pois nele questões de ordem econômica são prioritárias e as de ordem social ficam em segundo plano. Portanto, a principal meta do Estado liberal é a garantia dos princípios da livre concorrência e da livre iniciativa do setor privado.

Na concepção assinalada por Behring e Boschetti (2008), não houve uma ruptura entre Estado Liberal e Estado Social, mas sim uma continuidade, pois o reconhecimento dos direitos sociais foi realizado sem colocar em xeque os pressupostos e a permanência do capitalismo.

Para Abreu (1999, p. 35), o Estado tem a função de intervir na sociedade, criando políticas sociais na perspectiva de amenizar os conflitos, “trata-se, pois, de uma sociedade desigualmente dividida pela propriedade e não apenas pelo trabalho, isto é dividida entre capital e trabalho.”

Ao Estado é atribuído o papel regulador, sendo necessário desenvolver suas atividades para que haja equilíbrio entre produção, renda e consumo de massa, mas sem comprometer o lucro das empresas, enfim, sem comprometer o movimento do capital.

Em 1970, em decorrência da Crise do Petróleo que afeta mundialmente o capitalismo, os teóricos do capital passam a defender a tese de que a crise vivenciada era decorrente dos muitos direitos dos trabalhadores, e da forte organização dos sindicatos, o que levava a uma elevação no custo da produção. Portanto, era necessário oferecer o mínimo e

transferir para a sociedade o papel e a responsabilidade de suprir as necessidades sociais da população. Essa visão sobre o papel dos governos substituiu as políticas keynesianas do pós-guerra por políticas restritivas de gasto.

Entretanto, as crises do capitalismo são cíclicas e, nos anos de 1970 com os problemas relacionados à produção de petróleo, o sistema entra em crise novamente, quando esgota a sua fase de ouro de produção e apresenta terreno fértil para desenvolver as idéias neoliberais, que vão dar outro norte a essa relação entre Estado e Sociedade Civil.

Essa nova compreensão de como deveria ser o papel do Estado passou a dominar o cenário político. A partir dos anos de 1980, os economistas do capitalismo passam a ter necessidade de atribuir um papel diferente ao Estado; não mais de interventor, regulador, mas mínimo, enxuto, para não comprometer o equilíbrio financeiro das nações.

Segundo Faleiros (2000, p. 43) “As políticas sociais se referem, em uma primeira aproximação, ao processo de reprodução da força de trabalho através de serviços e benefícios financiados por fundos a eles destinados.”

As políticas sociais são mediadoras das relações do Estado com a sociedade do ponto de vista econômico, social, cultural e de acesso à infra-estrutura. “Em geral, reconhece-se que a existência de políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo de produzir e reproduzir-se” (BEHRING, 2000, p. 21). A autora salienta que nem sempre teve essa compreensão, mas a partir do momento em que a questão social é reconhecida como fruto dessas relações sociais e também no modo de produção capitalista e na maior organização dos trabalhadores é que começam a reivindicar seus direitos.

Para Pereira (2002, p. 31), no rastro da revolução industrial no acirramento dos conflitos entre capital e trabalho, evidencia-se a questão social na metade do século XIX, deixando explícito que a mesma não pode mais ser tratada como caso de polícia e por meio de repressão, “questão social, constituída em torno do pauperismo e da miséria das massas, representou o fim de uma concepção idealista de que a sociedade por si só ou, quando muito acossada pela polícia, pudesse encontrar soluções para os problemas sociais.”

A questão social, de acordo com Yamamoto (2007, p. 27):

É apreendida como conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

De acordo com Iamamoto (2008, p. 48), “Na sociedade burguesa, quanto mais se desenvolve a produção capitalista, mais as relações sociais de produção se alienam dos próprios homens, confrontando-os como potências externa que os dominam.” A autora ainda acrescenta que quanto mais se desenvolve o capital, mas ocorre o empobrecimento da população mais vulnerável, tendo, assim, uma contradição perversa, pois quanto mais se gera riqueza para o capital, mais ocorre o agravamento da questão social, o que se entende é que isso ocorre porque no sistema capitalista a produção é social, porém a apropriação dessa riqueza é privada.

Persiste, assim, o agravamento da pobreza, muitos trabalhadores buscam na informalidade trabalho que possa lhes dar condições de subsistência e, dessa forma, cada vez mais as condições de trabalho precarizam-se; vive-se num mundo que não tem trabalho para todos, deixando grande parte dos cidadãos sem ter como manter suas necessidades básicas.

3.2 O Estado brasileiro e os direitos sociais

As leis não bastam. Os lírios não nascem das leis (“Nosso Tempo”. ANDRADE, 2004).

A Era Vargas é compreendida como o período da História do Brasil, no qual aconteceram as primeiras aproximações do Estado na elaboração de medidas de proteção social, ainda incipiente, tendo em vista as necessidades da população, restrita a algumas categorias de trabalhadores, mas já configurando uma preocupação com a questão social e com leis que protegessem os trabalhadores.

No Brasil, as primeiras medidas de proteção social surgem, no contexto econômico e político dos anos de 1930, em decorrência da industrialização e do acirramento entre capital e trabalho, cujas expressões da questão social são advindas desse novo modelo de produzir e reproduzir-se da sociedade capitalista. Evidenciava-se que a questão social precisava ser enfrentada não mais como caso de polícia, mas dentro da esfera do Estado Social, compreendida no entorno das políticas sociais, necessárias para amenizar os conflitos.

O cenário nacional começa a mudar o País; inicia-se o movimento rumo à industrialização, deixando sua tradição de país agrário. “A burguesia industrial precisava

vencer a agrícola, redefinir as relações do País com o capital externo e medir-se com um proletariado que se convertia em força política e decisiva” (NOGUEIRA, M. A., 1998, p. 35).

Para Marco Nogueira (1998), os anos de 1930 são importantes na história do Brasil, pois, ocorre a industrialização do país; este processo desencadeou-se não em decorrência de uma sociedade civil organizada, ou de conflitos urbanos, mas devido à regulação estatal e aos impactos de uma nova situação econômica mundial.

Será de fato o Estado – alargado, adequadamente aparelhado e imbuído de novas funções – que aproveitará a conjuntura aberta com a crise de 29 para dirigir a modernização e organizar a sociedade civil, bloqueando sua livre manifestação e apropriando-se do que havia de mais dinâmico nela; um Estado não apenas garantidor da ordem capitalista, mas ativo e empreendedor, posto que participe direto do próprio sistema de produção e acumulação [...] (NOGUEIRA, M. A., 1998, p. 35-36).

Na vigência do Estado Novo (1937 – 1945) as políticas sociais desenvolvem-se, na busca de dar resposta a forte industrialização desenvolvida no País, somando esforços para que o Estado brasileiro garantisse alguns direitos aos trabalhadores, na perspectiva de conter o movimento operário brasileiro que, neste período, realizou greve geral.

De acordo com Behring e Boschetti (2008), várias medidas foram tomadas no governo de Vargas, na busca de amenizar os conflitos entre o capital e o trabalho. O Ministério do Trabalho foi criado em 1930 e a carteira de trabalho em 1932, passando a constar na lista de documentos dos cidadãos brasileiros. Segundo Behring e Boschetti (2008, p. 106) “[...] eram portadores de alguns direitos aqueles que dispunham de emprego registrado em carteira.”

Anterior ao período da era Vargas, especificamente em 1923, já haviam sido criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), conhecidas como “Lei Elói Chaves” (BRAVO, 2007, p. 90). Era uma previdência social para os ferroviários, pois estes tinham um papel importante na exportação de café, carro chefe da economia brasileira neste período.

Na década de 1930, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões – (IAPs), na perspectiva de proteger a velhice, morte, invalidez e doenças que impossibilitassem o trabalho. Segundo Behring e Boschetti (2008), o primeiro IAP foi criado em 1933, sendo denominado de Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos – (IAPM). Os IAPs absorveram as CAPs.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Consultivo do Ensino Comercial. Na saúde, o Estado só

começa a intervir de maneira mais efetiva a partir dos anos de 1930, baseando-se em dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária. “A saúde pública era conduzida por meio de campanhas sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 107).

Faleiros (2000, p. 45) afirma que “Getúlio Vargas, através de sua política trabalhista, buscava, ao mesmo tempo, controlar as greves e os movimentos operários e estabelecer um sistema de seguro social.” Eram medidas isoladas e, para algumas categorias de trabalhadores, dentre eles os marítimos, estivadores, bancários, era uma política injusta e desigual, que não contemplava todos os brasileiros.

É importante ressaltar que o acesso a saúde só se efetiva, enquanto política legalmente pública e universal a todos os brasileiros, após a Constituição de 1988. Até então, o seu acesso era destinado aos que tinham carteira assinada, os demais, que não tinham condições de pagar por este atendimento, ficavam a mercê da caridade, realizada, na maioria das vezes, pelas Santas Casas de Misericórdia; eram considerados como indigentes, sem nenhum direito garantido que lhes facultasse um atendimento na área da saúde.

Em relação à assistência social, Draibe e Aureliano (1989 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 107) “[...] consideram que é difícil estabelecer com precisão o âmbito específico dessa política no Brasil devido ao caráter fragmentado, diversificado, desorganizado, indefinido e instável das suas configurações.” Contudo, reconhecem que ela começa a se estruturar com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA).

Dando continuidade a sua política social Vargas, cria em 1942 a Legião Brasileira de Assistência, inicialmente para atender as famílias dos pracinhas que haviam ido para a guerra e, após o término da mesma, passa a prestar atendimento à família, enfocando a maternidade e a infância; os serviços foram implantados de acordo com o apoio e a conveniência do Estado aos pobres.

Em 1960, tem-se a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que vai unificar todos os institutos. De acordo com Faleiros (2000), a LOPS incorporou ao sistema da previdência social os autônomos e estabeleceu período mínimo de contribuição para aposentadoria, bem como idade mínima de 60 anos para as mulheres e 65 para os homens. “O modelo de previdência se baseava no regime de repartição simples, com contribuições dos trabalhadores (8%), patronais (repassadas aos consumidores) e do Estado” (FALEIROS, 2000, p. 46). Em 1963, foi aprovada a previdência rural, isso se deu em decorrência das muitas lutas e reivindicações das pessoas que viviam do trabalho no campo, mas não foi implementada pelo Estado, o que acabou por não beneficiar aqueles que

precisavam dessa proteção social. Em 1966, Os IAPs foram unificados pelo governo e formou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), retiraram a participação dos trabalhadores da direção e das decisões, ações que eles detinham nos Institutos.

Nas décadas de 1960/1970, com o agravamento da situação econômica e da desigualdade social, as políticas sociais ganharam dimensões inusitadas com propostas para adequar os serviços à realidade. O empobrecimento e certo grau de politização da população favoreceram o surgimento de movimentos sociais, associados à defesa da democracia e da liberdade política e civil, contra o autoritarismo e a ditadura da época. Guerrilhas e lutas camponesas, com forte apoio das lideranças estudantis, religiosas e comunistas, firmaram-se num sistema bi-partidário – Movimento Democrático Brasileiro e a Aliança Renovadora Nacional (MDB *versus* ARENA) e os partidos de esquerda – Partido Comunista do Brasil e o Partido Comunista Brasileiro (PC do B e PCB), colocado na clandestinidade e, em conjunto com as lideranças populares e estudantis, engrossando, fortalecendo e ganhando cada vez mais simpatia da opinião pública e também das classes médias e formadoras de opinião.

Segundo Fausto (2002), no que tange ao aspecto econômico, na vigência do governo Médici, foi apresentado, no ano de 1973, medidas que objetivavam o crescimento, sob o comando do poderoso Ministro Delfin Netto. Este propunha fazer o “bolo crescer” para depois dividi-lo. Ficaram conhecidas como II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e aproveitaram o momento extremamente difícil no cenário internacional com a crise do Petróleo para colocarem suas propostas em curso e funcionamento. A preocupação era, essencialmente, com o setor energético e propunha avançar no setor petrolífero, nuclear, energia hidráulica e na construção civil. Na concepção dos autores deste projeto, o Brasil era um país que estava predestinado a crescer.

Vultosos empréstimos internacionais, obtidos de organismos financeiros, abriram a economia e injetaram uma quantidade enorme de capital, provocando um grande “inchaço” da economia, cujos resultados chegaram ao índice de 7% de crescimento anual. Dessa forma, o plano provocou na sociedade um alargamento da classe média, grande oferta de empregos, crescimento das atividades das grandes estatais e a transformação do país num enorme campo de obras, mas, ao mesmo tempo, no cenário político, tais recursos estavam atrelados a condição de que a repressão aos movimentos de esquerda deveria endurecer, cada vez mais.

Nos anos de 1964 a 1984, o país, na vigência da ditadura militar, prima pela repressão aos movimentos sociais e partidos políticos, bem como aos movimentos dos trabalhadores; ocorrem formas violentas de perseguição a todos que se manifestem contrários

ao governo. Entretanto, há uma oposição sistemática de diversos grupos que não apóiam as arbitrariedades do governo brasileiro e partem para o embate; tem-se, nesse período, muitas pessoas exiladas e desaparecidas, deixando uma marca de violência, perseguição, tortura, abuso de poder e de autoridade por parte do Estado.

De acordo com Behring e Boschetti (2008), o Brasil, na conjuntura da ditadura militar, vivia o fordismo à brasileira por meio do conhecido Milagre Brasileiro. Período este de início da produção em massa, da explosão dos eletrodomésticos e dos automóveis, no qual ocorreu a realização de sonho de consumo da classe média e de uma parte da classe trabalhadora que tinha condições de acesso a esses bens materiais. “De outro lado expandia-se também a cobertura da política social brasileira, conduzida de forma tecnocrática e conservadora, reiterando uma dinâmica singular da expansão dos direitos sociais em meio à restrição dos direitos civis e políticos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.135).

A partir dos anos de 1980, o país começa a redemocratizar-se, sendo considerada como uma década perdida do aspecto econômico, mas de muita efervescência política, o que fez crescer e se organizar, de forma efetiva, os movimentos sociais, fortalecendo os sindicatos. Neste período, tem-se a Campanha das Diretas Já, na busca de garantir o direito para votar em presidente. Em 1984, políticos de oposição, profissionais, artistas, enfim, milhões de brasileiros participam do movimento pelas Diretas Já; havia todo um clamor para que fosse aprovada a emenda Dante de Oliveira, que garantiria eleições para presidente, mas, para decepção geral, a emenda não foi aprovada pela Câmara dos Deputados.

O Colégio Eleitoral escolhe para presidente o deputado Tancredo Neves, que havia concorrido com Paulo Maluf. No entanto, o deputado eleito presidente adoece e acaba por falecer sem mesmo tomar posse. Assume o vice-presidente José Sarney. Era o fim da ditadura militar. Em 1988, é aprovada a nova Constituição brasileira, que procura apagar as marcas da ditadura militar e dar início a uma nova fase mais democrática para o país.

Segundo Faleiros (2000), a ruptura com o regime militar foi lenta e gradual, com a anistia em 1979, que possibilitou a remissão aos torturadores e concedeu direitos políticos e civis aos considerados inimigos da nação. A conjuntura econômica já se demarcava pela inflação e dívida pública acentuada, mas a sociedade emergiu com força inusitada dos porões da ditadura e da repressão com manifestações de rua, formação de comitês, articulação de organismos, estruturação de abaixo-assinados, organização de vários grupos. Fizeram-se ouvir as vozes das mulheres, dos índios e dos negros, além de empresários, setores específicos de empresas, ruralistas e evangélicos na disputa por seus interesses na Assembléia Nacional Constituinte.

Nos anos de 1980, ao mesmo tempo em que a sociedade vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica, cujos efeitos persistem até os dias atuais. Essa década foi considerada perdida do ponto de vista econômico, embora tenha sido palco de muitas mobilizações sociais; o Brasil sofreu a recessão econômica, no período do governo Sarney (1984-1989), com a inflação atingindo a casa dos 84% ao mês, impondo-se, assim, o processo hiperinflacionário. Na busca de controlar a crise, o governo criou medidas e pacotes econômicos como: o Plano Cruzado; confisco do boi no pasto pela Polícia Federal; plano Bresser de Deflação; plano de reestruturação monetária e o corte de zeros e mais zeros da moeda.

A Constituição de 1988, traz em seu bojo, pela primeira vez no Brasil, o termo de Seguridade Social composto pelo tripé: saúde, assistência social e previdência social, sendo essa última contributiva.

Apesar de alguns avanços, permanece o fosso das desigualdades. As ações voltavam-se para campanhas de erradicação de doenças e 40 milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso aos serviços de saúde.

Segundo Faleiros (2000), os atendimentos de saúde, destinados às pessoas que tinham poder aquisitivo para pagar pelos procedimentos necessários, eram realizados na esfera privada por serviços particulares; os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classe média; os serviços públicos para os pagantes da Previdência Social e para os pobres considerados indigentes a caridade. Os serviços prestados a este segmento da população que não contribuíam para a Previdência, não tinham recursos para convênios era, portanto, realizado por entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal. Nos prontuários médicos dessas pessoas era escrito categoria “indigente”.

Os programas de saúde e de educação desenvolveram-se com base no privilégio dado ao setor privado, reproduzindo, nas políticas sociais, as tendências da nova política econômica implantada. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor da saúde seguiu a lógica privatista do capitalismo, com incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A medicina pública teve, nesse período, um declínio e a medicina previdenciária cresceu principalmente após a reestruturação do setor.

Segundo Vieira (2007, p. 103), a partir dos anos de 1990 surge o “Estado de Direito”, que poderia ser chamado de “Estado de Direito Democrático”, mas fica restrito ao

campo jurídico – político, ocorrendo, de fato, uma democracia apenas formal; assim, pode-se dizer que não se efetiva na prática, na vida cotidiana das pessoas.

Estado de direito democrático, ou se quiser, essas democracias formais, estão instalados em sociedades muito pouco democráticas. Tal situação constitui sério risco, pois o que garante os estados de direito são as sociedades democráticas. Atualmente, essas sociedades pouco democráticas, ou até mesmo pouco mobilizadas em prol de questões democráticas, possuem estados de direito democrático. Edificam-se estados de direitos democráticos em sociedades limitadas em suas manifestações e interesses, com forte presença autoritária, na prática política e na própria cultura (VIEIRA, 2007, p. 104).

O autor acrescenta ainda, “São sociedades que passam por sérias transformações econômicas, que as levaram, nos últimos dez ou quinze anos, a uma política econômica com política social direcionada a cuidar momentaneamente de indigentes, de maneira focalizada, dispersa e seletiva” (VIEIRA, 2007, p. 104).

No que se referem à política, as oligarquias têm negado, ou ao menos desconfiado da democracia de qualquer natureza, no mínimo duvidando da vontade popular, do sufrágio universal e dos direitos políticos para todos, pregando o confinamento da ignorância das massas, por intermédio de técnicas tradicionalmente opressivas e violentas (VIERA, 2007, p. 94).

A sociedade civil desempenha um importante papel para a efetivação do Estado Democrático de Direitos. Porém, à sociedade é agregado um caráter reducionista pelo Estado, transformando-a em uma sociedade que muitas vezes não se posiciona, mantém-se ausente do debate político. Faz-se necessário uma sociedade democrática para que haja controle das ações desenvolvidas pelo Estado.

De acordo com Yamamoto (2008, p. 134), “[...] a debilidade histórica da democracia no Brasil, que se expressa no fortalecimento do Estado e na subalternidade da sociedade civil, é indissociável do perfil da revolução burguesa no Brasil.”

Para Behring e Boschetti (2008, p. 16), “O Estado de Direito, fundado nas leis definidas pela vontade geral, seria capaz de limitar os extremos de pobreza e de riquezas presentes na sociedade civil e promover a educação pública para todos - meio decisivo para a livre escolha.”

Destaca-se que o período do “Milagre Econômico”, de 1968-1973, foi sustentado, entre outros, pela intensificação das horas trabalhadas, pela diminuição dos salários e pela submissão do trabalhador aos ritmos das máquinas, o que representou o aumento do número de acidentes de trabalho (FALEIROS, 1992). Assim, tal período não

deixou de demonstrar sinais de fragilidade do sistema, numa conjuntura de crise econômica e de deflagração do processo de organização e articulação dos movimentos sociais, sindicais e populares.

Entretanto, mediante as mudanças do mundo do trabalho e na economia, ocorridas especialmente a partir da década de 1970, houve a “pulverização” da classe trabalhadora e, com a sua fragilidade, houve o refluxo do Estado com as políticas sociais e um chamamento da sociedade civil para assumir esse papel.

Após, a fase de “ouro” do capitalismo, esse modelo de Estado começa a se esgotar e a dar sinais de sua decadência, trazendo mudanças importantes que, de acordo com Anderson, “A chegada da grande crise do modelo pós - guerra, 1973, quando todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinado pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação, mudou tudo” (ANDERSON, 1995, p. 10).

Com a crise econômica vivenciada pelo capitalismo, as idéias neoliberais encontram terreno fértil para propagar e comprovar suas teses sobre o verdadeiro papel do Estado, que deveria ser o mais ausente possível da regulação da vida social. Havia também a crítica ao papel dos sindicatos, sendo estes fortes e combativos, pois dificultavam o desempenho das empresas e eram considerados os responsáveis pelas mazelas do capitalismo, conforme apontado por Anderson, fazendo referência a Hayek.

As raízes da crise, afirmavam Hayek e seus companheiros estavam localizadas no poder excessivo nefasto dos sindicatos e, de maneira mais geral, no movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com pressões e reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais. (ANDERSON, 1995, p. 10).

Então, o que fazer diante da crise, quais as saídas a serem buscadas? Na concepção destes defensores do neoliberalismo, a saída era muito simples “[...] manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas” (ANDERSON, 1995, p. 11).

Portanto, essa concepção defendida sobre o Estado deveria ser de uma estrutura mínima, para tanto, seria necessário privatizações, onde a maior parte das atividades desenvolvidas passaria para a iniciativa privada, deixando para a responsabilidade do Estado algumas ações mínimas e pontuais, de forma a não comprometer o desenvolvimento do

capitalismo. Algumas dessas recomendações poderiam ser consideradas perversas, pois exigiam “[...] uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar e a restauração da taxa natural de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos” (ANDERSON, 1995, p. 11). Isso, de fato aconteceu no Brasil; os sindicatos nos dias atuais, em geral, lutam pela manutenção do emprego, pois são poucos os que conseguem negociar salários e melhores condições de trabalho.

Outras medidas ainda foram apontadas como as reformas fiscais, meio imprescindível de se atingir o equilíbrio do Estado e do sistema capitalista que, mesmo a duras penas para os trabalhadores, deveria ser defendido como medida salutar para a saída da crise.

A maior preocupação do neoliberalismo era deter os altos índices de inflação, que estavam atingindo índices elevados e que, de acordo com Anderson (1995, p. 11),

Nos anos de 1970 e 1980 a inflação se encontrava no patamar de 8,8% e caiu para 5, 2% nos anos respectivos, isto nos países da Organização Européia para o Desenvolvimento do Comércio – OCDE, e a queda da inflação continuou caindo na década seguinte, ou seja, nos anos de 1990. Outra meta perseguida pelos neoliberais era o aumento dos lucros e isso, de fato, aconteceu nos anos 70, a taxa de lucros das indústrias nos países da OCDE caiu em cerca de 4, 2%, nos anos 80 aumentou 4,7.

O sucesso deste crescimento dos lucros foi, sem dúvida, o recuo do movimento sindical e o aumento do desemprego, o que possibilitava o aumento do exército industrial de reserva, facilitando a queda dos salários e desmobilizando a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida, de salário e de trabalho.

Todas essas conquistas e o sucesso dos neoliberais poderiam afirmar que estes conseguiram seus objetivos, mas na verdade, não, porque o maior interesse era alavancar o capitalismo que estava em crise e isso não aconteceu; o fato que realmente impediu os neoliberais de alcançarem seus objetivos é mencionado por Anderson: “porque a desregulamentação financeira, que foi um elemento tão importante do programa neoliberal, criou condições muito mais propícias para a inversão especulativa do que produtiva” (ANDERSON, 1995, p. 16). Sendo que o capital não foi direcionado para a produção de bens necessários para a reprodução da vida, mas foi encaminhado para o mercado especulativo, que só gera riquezas para os seus detentores.

Por outro lado – e este foi, digamos, o fracasso do neoliberalismo -, o peso do Estado de bem-estar não diminuiu muito, apesar de todas as medidas tomadas para conter os gastos sociais. Embora o crescimento da proporção do produto bruto nacional consumido pelo Estado tenha sido notavelmente

desacelerado, a proporção absoluta não caiu, mas aumentou, de mais ou menos 46% para 48% do PND médio dos países da OCDE durante os anos 80. Duas razões básicas explicam este paradoxo: o aumento dos gastos sociais com o desemprego, que custaram bilhões ao Estado, e o aumento demográfico dos aposentados na população que levou o Estado a gastar outros bilhões em pensões (ANDERSON, 1995, p. 16).

Sendo assim, “[...] o capitalismo avançado entra de novo numa profunda recessão, em 1991, a dívida pública de quase todos os países ocidentais começam a reassumir dimensões alarmantes” (ANDERSON, 1995, p. 16).

Para os neoliberais não é o capitalismo que está em crise, mas o Estado. A estratégia, portanto, é reformar o Estado ou diminuir sua atuação para superar a crise.

No Brasil, a década de 1990 é emblemática, ocorre a eleição direta para presidente da República, marcada pelo desejo e luta da sociedade que participou ativamente da campanha pelas diretas, que ficou conhecida como movimento das Diretas-Já.

O neoliberalismo chega com algumas décadas de atraso no país, mas encontra uma situação sócio-econômica caótica, pois vivia-se um período de altas taxas de inflação, chegando a um patamar insuportável. Sendo assim, não foi difícil germinar a teoria neoliberal, mesmo num momento em que o país estava acabando de elaborar a Constituição de 1988, que ficou conhecida como “Constituição Cidadã”, fruto de muitas discussões e lutas de vários segmentos da sociedade brasileira.

Estado Brasileiro dilapidado por elites espertas e sob o peso burocrático quebrou no final dos anos 80. Sua máquina apodreceu em várias partes. É quase impossível também imaginar que o Estado volte a ter o papel que desempenhou no passado, seja no regime democrático de 1945 – 1964, seja no regime militar; mas é quase impossível também imaginá-lo reduzido ao “Estado mínimo”. A mão invisível do mercado (a mão dos oligopólios?) certamente não estabelecerá prioridades sociais nos investimentos e nem atenderá, portanto às necessidades básicas da população (FAUSTO, 2002, p. 555).

Eleito, Fernando Collor de Mello inicia seu governo e tem como propostas a implantação do projeto neoliberal, introduz a abertura do País ao capital estrangeiro, instala um processo de privatizações, mas ocorrem inúmeras denúncias de corrupção no seu governo, e assim o Presidente é afastado, via *impeachment*, assumindo seu vice, Itamar Franco, em 1992.

O governo de Itamar Franco foi importante na reestruturação do País no que concerne o aspecto econômico, pois implantou o Plano Real e por meio dele conseguiu debelar a inflação; utilizou-se, contudo, de alguns recursos artificiais como o controle do

câmbio e outros ajustes cujo custo social mais tarde iria aparecer no cenário da política econômica.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC) é eleito colhendo o êxito do plano real do qual foi um dos criadores, pois era o ministro da economia no governo de Itamar. Permaneceu durante oito anos no governo, devido à reeleição em 1999, dando continuidade ao modelo de governo iniciado por Collor, o neoliberalismo. Ao invés de investir em recursos para a política social conforme previsto na Constituição preferiu criar outros mecanismos de atendimento que não se pautavam pelo direito e pela equidade. Um dos claros exemplos é a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), pois ao invés de implementá-la criou o Programa Comunidade Solidária (PCS), uma política pontual, fragmentada e focalizada na pobreza. Behring (2008, p. 254.) ao analisar essa questão no governo de FHC reitera que a distribuição de cestas básicas era realizada por este programa, coordenado pela primeira dama da época, sendo criticado em todas as Conferências Nacionais de Assistência Social, em 1997 foi aprovado sua extinção.

Longe de ser perfumaria de primeira-dama, o (PCS) opera como uma espécie de alicate que demonstra as possibilidades de formulação das políticas sociais regidas pelos princípios universais dos direitos e da cidadania: implode prescrições constitucionais que viabilizariam integrar políticas sociais no sistema de Seguridade Social previsto na Constituição de 1988, passa por cima dos instrumentos previstos nas formas da lei, desconsidera direitos conquistados e esvazia as mediações democráticas construídas, sempre sob suspeita de incompetência e corporativismo (TELLES, 1998, p. 112).

As críticas a esse programa ainda ressalta que o aporte financeiro era maior do que o destinado ao Fundo Nacional de Assistência Social.

Na saúde, o ministro Adib Jatene consegue no congresso a aprovação da lei de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), com a finalidade de gerar recursos extras para a área. Criado sem um debate com a sociedade, este recurso não demonstrou efetividade, e ainda contribuiu para o aumento da carga tributária.

De acordo com Iamamoto (2008, p. 150), “[...] a política econômica implementada pelo governo Cardoso conseguiu reduzir as taxas de inflação, mas não resultou em políticas distributivas. Assim, transitou da pobreza da inflação a inflação da pobreza [...]”

Como o gasto social é tido como uma das principais causas da crise fiscal do Estado, a proposta é reduzir despesas, diminuir atendimentos, restringir meios financeiros, materiais e humanos para implementação dos projetos (IAMAMOTO, 2008, p. 149).

Em 2003, é eleito um sindicalista, da esquerda política, que teve sua carreira construída no Partido dos Trabalhadores (PT), Luis Inácio Lula da Silva. Ele basicamente não mudou o princípio econômico e social do seu antecessor, continuando com uma política assistencialista e voltada para a valorização do mercado. Em janeiro de 2007, assumiu o seu segundo mandato após reeleição.

Na administração de Luis Inácio Lula da Silva, de acordo com Neto (2004), a palavra final sobre qualquer proposta de intervenção nas políticas sociais não é aprovada senão antes passar pelo crivo da equipe econômica.

As transformações, que o Estado passou ao longo da história, ocorridas na sua maneira de atuação, foram pelas necessidades criadas pelo mercado de manter-se em expansão, produzindo e reproduzindo o capital. Assim, todos os tipos de Estados constituídos tiveram em seus princípios ser um suporte do capitalismo privado no que este necessite, com o fim de legitimar o capital.

3.3 Os desafios para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

A década de 1980 compreende o período da história do Brasil em que estava dando por encerrada a fase de vinte anos (1964 – 1984) da Ditadura Militar que deixou marcas indeléveis para o País, bem como na vida dos cidadãos brasileiros. Apontada por muitos autores como década perdida na perspectiva econômica, mas de grande efervescência da organização social da população, dos movimentos sociais.

Destacam-se neste período os movimentos na área da saúde que vinham atraindo a participação de vários sujeitos sociais que reivindicavam uma nova maneira de se fazer saúde, o que possibilitou um amplo debate que se expandiu para a sociedade civil. Nesta busca por patamares aceitáveis de saúde, emergem no Brasil participantes dos movimentos sociais, trabalhadores da saúde, conhecidos como Movimento de Reforma Sanitária²⁰ que tinha como objetivo defender atendimento para todos com a devida qualidade, e deveria, portanto ser gerida e promovida pelo Estado.

²⁰O movimento sanitário consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade (BRAVO; MATOS, 2004, p. 32). Questionou-se o modo como se fazia a saúde, a administração, os investimentos, as prioridades para a área, bem como a falta de controle social.

De acordo com Bravo, “As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde [...]” (BRAVO, 2007, p. 96).

A sociedade engajada nos diversos assuntos debatia questões de interesse coletivo. Congregando os mais inúmeros interesses, foi promulgada, em 1988, a Constituição brasileira vigente, que ficou conhecida como “Cidadã” devido aos avanços alcançados na área social. Para Behring (2008), os avanços nas áreas dos direitos sociais, humanos e políticos, fizeram jus à denominação “Constituição Cidadã de Ulisses Guimarães. Mas, enfatiza que em outras áreas não houve avanço como, por exemplo, o enfrentamento da militarização com propostas de criação de um Ministério da Defesa, bem como o fim do Serviço Militar obrigatório. “Os que apostaram na Constituinte como um espaço de busca de soluções para os problemas essenciais do Brasil depararam-se com uma espécie de híbrido entre o velho e o novo [...]” (BEHRING, 2008, p. 143).

A Constituição foi promulgada após intensa participação popular, “Houve mobilização social por meio de emendas populares – 122 emendas, assinadas por 12.277.423 brasileiros, num movimento intenso e por vezes subestimados pelos analistas” (BEHRING, 2008, p. 143).

O capítulo dos direitos sociais elencou: educação, saúde, moradia, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (art.6º). O artigo 196 considera a saúde não mais numa perspectiva de favor ou caridade, mas sim como direito de todos os cidadãos brasileiros, independente da sua situação financeira, se residente na área urbana ou rural, do seu culto religioso, de sua orientação sexual, enfim, um direito que contempla a todos.

Art. 196 - Saúde direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998, p. 11).

A saúde forma o tripé da Seguridade Social²¹ compreendido: Saúde universal, Assistência Social a quem dela necessitar e a Previdência Social contributiva.

²¹ O termo Seguridade Social aparece no Brasil pela primeira vez na Constituição de 1988, apesar de ser usado nos EUA desde 1935 e na Europa desde 1940.

Portanto, a saúde entendida na perspectiva de várias causalidades não se efetiva a não ser mediante políticas sociais e econômicas que possam melhorar suas condições no sentido amplo, e que proporcione vida digna para todos.

Na análise de Bravo e Matos (2004), os avanços e conquistas na área da saúde não se deram sem disputas e intensos debates. Ocorreram várias manifestações de blocos que tinham interesses antagônicos na área citada: havia os representantes da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das Indústrias Farmacêuticas (Internacionais) que defendiam a saúde via mercado, e os integrantes do movimento da reforma sanitária, estabelecendo, portanto, um tensionamento entre diversos interesses.

Apesar das divergências e tensionamento, o acesso à saúde passa a ser garantido via Constitucional como direito de todos, e aponta o Estado como um dos principais responsáveis em criar meios para a sua efetivação. A partir da Constituição, foram criados os elementos que possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)²². De acordo com Campos (2006, p. 138), “Quase dois terços dos deputados Constituintes votaram a favor da proposta de criação do SUS.”

O SUS é implantado baseado nos seguintes princípios: universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação popular. Portanto, legalmente há a garantia da saúde via constitucional e que seu acesso tem de ser público e gratuito a qualquer cidadão, sem distinção de raça, etnia, gênero ou classe social. É o reconhecimento de que todos têm direito de usufruir dos atendimentos, bem como dos avanços tecnológicos para diagnósticos e tratamentos com tecnologia de ponta construídos por esta sociedade. A saúde precisa ser um bem que esteja acessível para todos.

As ações e serviços públicos de saúde são definidos como de relevância pública, devendo integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituindo o Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade” (BRASIL, 1998, p. 105).

Para que o SUS se efetive, o financiamento do Sistema é realizado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, significando recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população (BRASIL, 1998). Ficou estabelecido por meio da

²² O SUS foi regulamentado pela Lei n. 8.080 em 19 de setembro de 1990, pois a sua criação já estava prevista na Constituição de 1988.

Emenda Constitucional Nº 20 de 2000 que o Governo Federal deve disponibilizar o que foi investido no ano anterior acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB), o Estado 12% e os municípios 15%, para investimentos e gastos em saúde.

De acordo com Bravo (2007, p. 106), o Brasil tem um gasto pequeno com a saúde “[...] o que corresponde a 3,4% do PIB, sendo significativamente inferior ao de países como Uruguai (5,1%), Panamá (4,8) e Argentina (4,7) para não compararmos com França (7,2%) e Alemanha (8,0%).”

Silva, Sarreta e Bertani (2007) ao analisarem a política de saúde, refletem os avanços e as mudanças significativas após a implantação do SUS. Destacam que o SUS tem como competência diversas atribuições voltadas para o controle, fiscalização, execução de ações de saúde, formação de recursos humanos, proteção do meio ambiente e do trabalho, entre outras; e tem como objetivos, identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e formular políticas para erradicar as desigualdades sociais que interferem na saúde. Passou-se a ter uma nova compreensão da saúde assim definido:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 20).

A saúde, compreendida até então como a ausência de doenças ou como um completo bem-estar biopsicosocial, passa a ter um conceito ampliado em seus diversos fatores determinantes e condicionantes das condições de vida da população, com a intenção de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde. Portanto, a política de segmento em questão isolada não resolverá as questões inerentes, pois devido sua amplitude precisa ter interface com a política de habitação, de educação, da assistência social dentre outras.

O tripé de sustentação – integralidade da assistência, descentralização e participação da comunidade – compõe o modelo e a base de sustentação do SUS. Devido às disputas no setor saúde, foi necessário duas leis no mesmo ano para regulamentar o funcionamento do SUS, sendo-a Lei n. 8080 e outra que garante participação popular, foi a Lei n. 8.142/90, que dispõe sobre a criação de espaços com poder de decisão no setor, por meio dos Conselhos e Conferências nas três instâncias: municipal, estadual e federal. Essa Lei regulamenta as diretrizes para o funcionamento dos órgãos representativos e define a maneira

como a população irá participar, bem como acompanhar e fiscalizar as políticas de saúde. A idéia de controle social e de co-gestão se apresenta como inovadora e democrática:

Estabelece uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terá que ser negociada com os representantes da sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia.

Mas, embora esteja prevista em Lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos (BRASIL, 1990, p. 12).

O controle social preconiza a influência da população na gestão do SUS e possibilita as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O Conselho de Saúde é:

[...] um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros [...]” (BRASIL, 1998, p. 11).

Na questão do controle social, até hoje tem se observado dificuldade na sua efetividade, há pouca participação da população o que pode ser em decorrência da falta dessa cultura, ou pelo descrédito de que vão ser ouvidos, e há também falta de interesse dos gestores para que a população de fato participe, mesmo com um discurso oficial da importância na participação.

3.4 O SUS: na contramão do projeto neoliberal?

São inegáveis os avanços conquistados e garantidos em lei para a área social, consolidando esforços na busca da garantia desses direitos inerentes a todos os cidadãos brasileiros. Mas, muito do que foi elencado como direitos sociais na Constituição não conseguiu se efetivar em sua plenitude. Uma das dificuldades assinaladas para se colocar em prática esses direitos é que eles ocorreram na contramão do projeto neoliberal que estava sendo implantado no País, já que previa uma atuação mínima para o Estado na área social.

Esse período da história do País, a década de 1990, se estruturou tardiamente as orientações de cunho neoliberal trazendo em seu bojo o retrocesso de direitos garantidos na década anterior.

Para Bravo e Matos (2004, p. 42), ainda nos dias atuais coexistem dois projetos antagônicos: o da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, e se referindo ao governo de Luis Inácio Lula da Silva afirma: “O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característico do segundo projeto.”

De acordo com Campos (2006), o SUS atende setenta por cento da população que depende exclusivamente deste atendimento para suas necessidades no que tange às questões referentes à sua saúde. A partir dos dados do IBGE, do ano de 2005, o autor demonstra que trinta por cento dos brasileiros ou têm planos de saúde ou recursos financeiros para custear seus atendimentos.

Campos (2006, p. 141), ao demonstrar o crescimento na área, evidencia que o orçamento público para a saúde no ano de 2000 era de 17 bilhões, e em 2006, foi de 40 bilhões. “Ainda assim, gastamos per capita a metade da nossa vizinha Argentina. O volume de recursos do mercado de saúde é o mesmo que o do SUS, somente para atender um terço da população.”

Portanto, observa-se que os números do SUS impressionam num primeiro olhar, mas guardada as devidas proporções se tornam ínfimos se comparados com outros Países da América Latina como é o caso da Argentina citado por Campos (2006) que tem um Produto interno Bruto bem aquém do Brasileiro e um investimento bem maior na área da saúde. Evidencia-se, também, que em relação ao próprio mercado de planos e convênios de saúde, do País que tem uma demanda três vezes menor que a do SUS. Portanto, os gastos com saúde estão abaixo das necessidades da população, que precisa enfrentar filas, conviver com demora e baixa resolutividade nos atendimentos, o que gera constantes reclamações.

Muitas das propostas e princípios do SUS não conseguiram se efetivar, existindo um vácuo entre a lei e a realidade, mas, ainda assim, pode se afirmar que é uma das políticas sociais mais avançadas do país. “O Sistema Único de Saúde, mesmo que não tenha sido implantado na sua plenitude como garante ainda, a Constituição de 1988, guarda ganhos para a classe trabalhadora brasileira”²³ (VASCONCELOS et al., 2004, p. 49).

Para Menicucci (2006), não existe um Sistema Único de Saúde e sim um sistema dual, pois a assistência à saúde se dá por dois segmentos: o público e o privado.

²³ Considera-se integrantes da classe trabalhadora brasileira todos aqueles que não sejam donos ou gerentes do capital. De acordo com Ricardo Antunes, 2008.

O primeiro deles é o público – estatal, no qual o acesso é universal, gratuito e igualitário, a partir de uma concepção de direito à saúde consagrada constitucionalmente. O outro é o segmento privado, no qual o acesso se dá a partir do poder de compra ou da inserção privilegiada no mercado de trabalho, caso em que o acesso à assistência é intermediado e financiado, total ou parcialmente pelo empregador [...] (MENICUCCI, 2006, p. 60).

Ainda segundo as concepções de Menicucci, este mix público/privado não é estabelecido por regras claras e determinadas, as especificidades de atuação do mercado e do Estado não deixam explícitas as competências de cada um.

A implantação da política de orientação econômica na perspectiva neoliberal, reflete nas políticas sociais que vão sendo implantadas de forma pontual, fragmentada, ofertando o mínimo necessário para a população, sem grandes transformações na estrutura, pois assim seria necessário mudar o modelo de acumulação de riqueza adequado à forma capitalista.

Crescem as desigualdades e o contingente de destruídos de direitos civis, políticos e sociais, potenciados pelas orientações (neo) liberais, que capturam os Estados nacionais, erigidas pelos poderes imperialistas como caminho único para animar o crescimento econômico, cujo ônus recai sobre as grandes maiorias (IAMAMOTO, 2008, p. 21).

De acordo com Iamamoto (2008, p.21), é fato que a mundialização financeira tem suas refrações no País, o “[...] Estado e a sociedade civil redimensionam as lutas sociais. O resultado tem sido uma nítida regressão dos direitos sociais e políticas públicas correspondentes [...].” Intensifica-se uma valorização da solidariedade, dos trabalhos voluntários, busca-se assim substituir direitos garantidos na Constituição por ações desempenhadas pela sociedade civil, pois, desobriga o Estado da efetivação das Políticas Públicas; ações que não se efetivam na perspectiva do direito e podem ser retiradas conforme os interesses clientelistas daqueles que as implantam.

Para Paulo Netto (2004, p. 20), mesmo no governo Lula há uma nítida transferência para a sociedade da responsabilidade pelo enfrentamento da questão social, retirando do Estado a centralidade de intervir “[...] pois, compreende-se como o governo liderado por Luiz Inácio Lula da Silva (e nisto também não difere daquele que o antecedeu, senão talvez em termos quantitativos) é tão simpático a certo onguismo.”

De acordo com Bravo (2007, p. 100), a Saúde vem sendo vinculada ao mercado, marcando o descumprimento por parte do Estado do que foi elencado como

princípios do SUS, pois a sociedade civil vem paulatinamente assumindo as responsabilidades em se fazer saúde. “A refilantropização é uma das suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades de profissionais, com o objetivo de reduzir custos.”

Bravo (2007, p. 106), reitera a focalização nos programas de saúde: “A ênfase das ações está em programas focais. As grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos.”

Os atendimentos na área da saúde têm sido realizados com alto grau de seletividade, deixando um enorme vácuo entre a proposta governamental e sua efetivação na prática, traduzindo ainda em perdas para os cidadãos brasileiros que ficam desamparados mediante políticas tão excludentes. Para Behring (2008), as políticas sociais estruturadas no ideário neoliberal estão sendo conduzidas no tripé: “privatização, descentralização e focalização”.

Vieira (2007, p. 104), ao analisar o porquê que essas políticas e programas governamentais não funcionam e não se efetivam, deixa explícito a sua compreensão dessa questão: “Quase sempre não se concretizam, apenas se transformam em programas e diretrizes para serem exibidos à sociedade, sem intervenção nela, porque não tem função de intervir.”

Corroborando com esse debate as reflexões de Faleiros (2000) que ao fazer a análise do Estado de orientação econômica neoliberal também reforça os argumentos de que na vigência desse modelo de Estado há uma clara transferência de suas responsabilidades para a sociedade. Os serviços que deveriam ser implantados na busca de solucionar as necessidades sociais apresentadas pela população são transferidos para a sociedade civil, espera-se que se viabilizam através do mercado, pois o “Estado neoliberal prevê que cada indivíduo vele por si mesmo ao invés do Estado de direito” (FALEIROS, 2000, p. 54).

O Estado que por meio das políticas públicas deveria manter o bem-estar da sociedade, numa perspectiva neoliberal, afasta-se das suas atribuições sociais e transfere esta responsabilidade à sociedade, em especial à família e esta por sua vez, em geral transfere às mulheres que têm assumido de forma sistemática os cuidados dos seus familiares adoecidos ou em situação de vulnerabilidade.

As famílias frequentadoras dos serviços de saúde em geral são parte da classe que vive do trabalho, estão empobrecidas e diante de situações de fragilidade em decorrência de: desemprego, baixos salários, piores condições de trabalho e ausência de acesso às políticas

públicas de qualidade e por isso acabam por incorporar a identidade atribuída de ser a única provedora de “bem - estar social” dos seus membros e não o Estado. Além de sobrecarregar a família, há a redução das despesas com os investimentos sociais, mantendo as políticas sociais frágeis, fragmentadas e parciais.

Na concepção de Behring (2006), a política social atende tanto às necessidades dos trabalhadores quanto às do capital. Desse modo, deve-se considerar a correlação de forças sociais, políticas e econômicas frente à determinação do Estado regular ou não a política pública de saúde. É preciso buscar além das informações plasmadas em leis e políticas públicas e se atentar para os movimentos que levaram a sua instituição.

A diminuição das responsabilidades do Estado na vigência das orientações neoliberais que primam por privatizações, focalizações dos serviços públicos, aumentou o trabalho doméstico e de cuidados no que diz respeito aos aspectos referentes à saúde das famílias, tendo estas que arcarem com responsabilidades dos serviços públicos relativos à saúde. “Ou seja, no mundo inteiro, foi sobre os ombros das mulheres que recaiu uma enorme carga de trabalho, com a diminuição das políticas sociais” (SOF, 2011, online).

3.5 A descentralização da saúde na perspectiva da Atenção Básica

Na atual formatação da Política Pública de Saúde, a Atenção Básica é compreendida como primeiro nível de atenção do SUS, “[...] composta por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde” (BRASIL, 2008b). A Atenção Básica é considerada a porta de entrada do SUS, deve ser organizada de forma que esteja próximo aos usuários e assim ter resolutividade nos seus atendimentos.

As ações de saúde devem ser desenvolvidas na perspectiva que busque a prevenção, de que os trabalhos sejam realizados por equipes multiprofissionais, de maneira a garantir que haja responsabilidade sanitária sobre as diferentes comunidades a territórios bem delimitados, deve considerar suas características sócio-culturais e dinamicidade e, de maneira programada, organizar atividades voltadas ao cuidado das famílias da comunidade (BRASIL, 2008).

Para Monnerat, Senna e Souza (2004), foi a partir de meados dos anos de 1990 em decorrência da maior autonomia dos municípios e com a descentralização dos serviços, que possibilitou que a Atenção Básica ocupasse lugar central nas políticas públicas de saúde.

Para Campos (2006, p. 141), a descentralização no País ocorreu conforme previsto: [...] “Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde.”

Desde os primórdios da implantação do SUS, a Atenção Básica se configura como porta de entrada para o atendimento na área da saúde, que deve estar organizado de forma a atender as necessidades dos usuários, e se necessário encaminhá-los para outros serviços de especialidades de média ou alta complexidade conforme definido pelo modelo de hierarquização do sistema de Saúde.

A descentralização dos atendimentos em saúde transferiu aos municípios a responsabilidade dos programas e projetos. O debate gira em torno da seguinte discussão: até que ponto os recursos foram disponibilizados na mesma proporção?

O que se tem constatado após vinte e um anos da vigência do SUS é que houve avanços para área da saúde, mas mesmo assim ainda há muitas divergências entre os blocos do poder como apontado por Bravo (2007).

Mediante as dificuldades de se efetivar a Atenção Básica à saúde, o Governo elenca o programa da Saúde da Família como estratégia para organização da Atenção Básica no SUS, apontando este modelo como possível de superar as dificuldades, o que traz em seu bojo grandes debates. “É exatamente neste contexto que o Programa Saúde da Família – PSF adquire estatuto de política prioritária para reorganização dos sistemas locais de saúde” (MONNERAT; SENNA ; SOUZA, 2004, p. 101).

Segundo Monnerat, Senna e Souza (2004), o nascimento do PSF foi baseado em experiências exitosas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvidos desde 1987 no Ceará e no Programa Médico da Família implantado desde 1992.

O governo propõe a reorganização das práticas de saúde que considera a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. A proposta é que a prática de saúde deve garantir a promoção à saúde, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e, em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde.

No Programa da Saúde da Família (PSF), está previsto que os profissionais realizem o cadastro domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas à solução dos problemas de saúde, de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias.

O que se propõe é que os profissionais do PSF não fiquem restritos à atuação dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), que ela ocorra também nos domicílios e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). A proposta é que haja busca de demanda, não ficar esperando os usuários para o atendimento. Ou seja, é preciso romper os muros das instituições de saúde para trabalhar de forma efetiva com a comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde ([2008]), as equipes do PSF teriam a responsabilidade pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes teriam como responsabilidades visitar os usuários em suas casas numa perspectiva de prevenir a doença, privilegiando a prevenção ao invés do modelo curativo que desenvolve sua atuação, quando há uma doença instalada, portanto, um modelo medicamentoso.

Neste projeto, a equipe teria uma composição mínima: um médico (generalista ou de família), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Atualmente, profissionais como: o fisioterapeuta, o assistente social, o nutricionista, o psicólogo, o farmacêutico dentre outros, têm buscado demonstrar a importância de sua inclusão na composição das equipes. A odontologia é uma categoria profissional já incorporada na equipe mínima do PSF.

A profissão dos Agentes comunitários de saúde - ACS foi regulamentada pela Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Preconiza-se que os profissionais ACS devam ser moradores das comunidades atendidas pelo PSF. Espera-se que eles sejam elo entre a comunidade e a equipe do PSF.

De acordo com as diretrizes do Ministério, as equipes Saúde da Família têm, ainda, o compromisso de estabelecer vínculo com a população, a responsabilidade mútua destes profissionais com os usuários e a comunidade. O desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar ao todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

De acordo com Monnerat, Senna e Souza (2004, p. 106), o programa prevê a territorialização do atendimento; cada equipe do PSF se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 600 a 1000 famílias, o que corresponde entre 400 a 4.500 habitantes. “Estas

famílias são cadastradas e inscritas à equipe, de forma a constituir vínculos entre os usuários daquele território e os profissionais de saúde, os quais, por sua vez, tornam-se os responsáveis pelo cuidado sanitário daquela área e pelos habitantes que nela vivem.”

A atuação das equipes deve ocorrer principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco a que a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; buscando realizar atividades de educação e promoção da saúde.

O governo em seu discurso oficial alega que o trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe com o saber popular do agente comunitário de saúde, considerando ser uma valorização das equipes.

Nessa questão, constata-se um paradoxo, pois se elenca a importância em valorizar as equipes de saúde, mas a sua composição conforme composta oficialmente pelo Ministério da Saúde se apresenta, de forma bem reduzida, não contemplando profissionais historicamente pertencentes à área da saúde, dentre eles destacam-se os assistentes sociais²⁴.

Segundo Nogueira e Miotto (2006), fazendo referência ao trabalho dos agentes, ressalta que dentre as atribuições estão previstas ações referentes ao social, altamente complexas, incompatíveis com o nível de habilitação dos agentes.

Merece também destaque a própria supervisão do Programa, atribuída ao enfermeiro. Reforçando a escassa preocupação com uma ação técnica mais competente e sinalizando para uma visão reducionista da área contrapõe-se à concepção ampliada de saúde presente na Constituição Federal. Isso tudo sem dizer que os objetivos do programa sinalizam para ações que são de competências históricas do Serviço Social, exigindo o domínio de técnicas e conhecimentos próprios da formação do Assistente Social. Assim, não é por acaso que os resultados das ações, dentre outros motivos, são precários, de baixa resolutividade e, na análise de muitos, de alta irresponsabilidade (MIOTTO; NOGUEIRA, 2006).

De acordo com Nogueira e Miotto (2006), o governo, ao incluir o PSF com estratégia de resolver os problemas da saúde, retirou a autonomia dos gestores municipais e

²⁴ O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução Nº 218 de 06/03/1997, determina quem são os profissionais da saúde elencando 13 categorias: Assistentes sociais, os biólogos, os profissionais da educação física, os enfermeiros, farmacêuticos, os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os médicos, os médicos veterinários, os nutricionistas, os odontólogos, os psicólogos e os terapeutas ocupacionais.

estaduais na organização dos sistemas locais de saúde, dificultando a programação dos sistemas locais e trazendo implicações no quesito da integralidade.

No discurso do governo, o programa Saúde da Família busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas. Como estratégia estruturante, os sistemas municipais de saúde têm provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS.

O que se evidencia é que muitos municípios implantam o PSF pressionados pela atual política federal. Vêm corroborar estas afirmações, os autores que realizaram pesquisa em municípios do Estado de São Paulo no ano de 2006, evidenciando problemas relevantes nos municípios que adotaram o programa “[...] por forte indução do gestor federal para a expansão da Estratégia da Saúde da Família - ESF, isto é, parte dos municípios a adotam não por princípio, mas induzidos por esta política” (VALLIM;VIEIRA; OSIANO, 2006, p. 203).

Há uma produção teórica realizada por alguns autores que vem se debruçando na análise da implantação deste Programa de Saúde e aponta as contradições relevantes no modelo do PSF estabelecido pelo governo e ressalta que este programa foi implantado seguindo orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco mundial. Essas agências recomendam a contenção dos gastos públicos e “Argumentam, deste modo, que o programa caminha em direção contrária ao SUS tal como formulado e inscrito na Constituição de 1988 e instaura uma espécie de cesta básica para o setor destinada aos segmentos mais pobres da população” (MISOCSKY, 1994, PAIM, 1996, apud MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2004, p. 107).

Franco e Merhy (2000 apud MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2004, p. 107), destacam que na análise destes autores, o PSF tem sido uma simplificação da Atenção Básica. Assim, ao destacar as propostas de Medicina Comunitária e de Cuidados Primários de Saúde, estes autores consideram que todas elas, incluindo o PSF, [...] “têm em comum a perspectiva de racionalização dos gastos, a pequena ênfase na atuação clínica e na saúde individual e a não incorporação do atendimento às urgências” [...].

O governo em seu discurso oficial insiste que o PSF não foi criado para se buscar economia na saúde, mas para melhorar o acesso e a resolutividade para milhões de brasileiros, principalmente dos que residem em locais distantes dos grandes centros. Apesar de todas as dificuldades em se manter equipes interdisciplinares em locais mais distantes, a proposição de uma equipe reduzida evidencia que de fato é um modo de economizar.

Constata-se que na concepção do governo federal, as propostas em relação à saúde da família seria um modelo para Atenção Básica existente no SUS. O que se discute realmente é se esta se configura como uma estratégia adequada, pois se toda estrutura existente é considerada ineficiente, como ficaria outra totalmente reduzida? Não seria mais racional investir na rede atual da saúde, ao invés de ficar criando outros programas, que podem levar a duplicidade de serviços? Não seria uma maneira de escamotear a questão: por que o SUS não funciona de forma como foi estabelecido?

Na perspectiva de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM n. 154, de 24 de Janeiro de 2008.

São propostas duas modalidades de NASF:

O NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 8 a 20 Equipes de Saúde da Família; e o NASF 2 cuja composição deverá ter no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes ao “NASF 1” (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado no mínimo a 3 Equipes Saúde da Família. A implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal fica vedada (BRASIL, 2008b, online).

As dificuldades ficam evidenciadas nos municípios que não possuem o mínimo de PSF para se habilitar a ter o NASF, pois seriam necessários oito equipamentos para ter uma equipe interdisciplinar que daria assessoria e supervisão ao PSF. Uma possível solução a ser encontrada seria um consórcio entre PSF de várias cidades. Observa-se, mesmo que o município de Restinga tentasse fazer esse consórcio com Franca, por se tratar da cidade mais próxima, ainda assim, não seria viável, pois naquela cidade há cinco PSF em funcionamento, ou seja, o PSF ficaria sem uma possível retaguarda de supervisão, treinamento para o desenvolvimento de suas ações.

Em 2006, foram realizadas propostas para área da Saúde denominado de Pacto pela Saúde. Trata-se, a princípio, de um diálogo entre o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre as responsabilidades e o papel de cada desses órgãos na saúde.

Esse diálogo entre as três esferas do governo possibilitou novas orientações em relação ao funcionamento do SUS que foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde. Depois de discutidas e debatidas pelo CNS, em fevereiro de 2006, as orientações favoreceram a elaboração do Pacto pela Saúde. A pactuação foi efetivada a partir de três grandes dimensões da gestão do SUS, são elas: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Mas como afirma Bertani (2010), estranha-se a necessidade de um pacto pela saúde tendo em vista que as conquistas na área foram garantidas na Constituição com a participação popular e com duas leis de regulamentação (n. 8.080/90 e n. 8.142/90).

O Pacto pela Vida estabelece responsabilidades e prioridades a serem desenvolvidas num esforço conjunto e articuladas entre as três esferas de governo. As prioridades são originárias da realidade sanitária do país e assumidas como metas nacionais e orientações aos Estados e municípios para que estes construam as suas, conforme necessidades locais.

Para o ano de 2006, as prioridades foram elencadas da seguinte forma:

- 1- Atenção à saúde do idoso;
- 2 - controle do câncer de colo de útero e de mama;
- 3 - redução da mortalidade infantil e materna;
- 4 - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza;
- 5 - promoção da saúde;
- 6 - fortalecimento da Atenção Básica (CEAP, 2007, p. 10).

Na concepção do governo, o Pacto pela Saúde possibilita a organização da Atenção Básica e reitera como principal estratégia o fortalecimento da Saúde da Família.

Em 2008, as prioridades foram ampliadas, acrescentando a capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas e igualmente a hepatite e a AIDS, saúde do trabalhador, saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem também se tornaram prioridades nacionais assumidas e pactuadas, conforme a Portaria n. 325/2008. (BRASIL, 2008b).

O Pacto em Defesa do SUS no discurso governamental visa qualificar e assegurar o direito à saúde como uma política pública nacional, na busca de consolidar a Reforma Sanitária Brasileira e a defesa dos princípios do SUS, discutindo seus preceitos fundamentais. Trata-se de repolitizar o debate em torno do SUS, e assim reafirmar sua importância na busca da cidadania do povo brasileiro. Esta dimensão do Pacto foi acompanhada também da publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País, pela Portaria n. 675/GM (BRASIL, 2006b). Como o funcionamento e a qualidade dos serviços de saúde necessitam de recursos, o Pacto em Defesa do SUS prevê também a regulamentação na Emenda Constitucional n. 29 e, em longo prazo, o aumento dos recursos orçamentários e financeiros do SUS.

Para CEAP (2007), o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada esfera de governo, incentiva os gestores a organizarem a rede de serviços, com especial foco para a regionalização e hierarquização, uma vez que muitos municípios ainda trabalham na perspectiva da centralização, o que inviabiliza o acesso efetivo às ações de saúde. São diretrizes do Pacto de Gestão: descentralização; regionalização; financiamento; planejamento, Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde (PPI); regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde. Busca-se racionalizar os gastos e otimizar os recursos.

O Pacto pela Saúde compreende o Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão e possibilita o monitoramento por meio dos diversos processos de pactuação e de indicadores firmados publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão, pela Portaria n. 399/GM (BRASIL, 2006a). Tal mudança legal estabelece a necessidade de eleger prioridades a partir de indicadores para as ações e seu monitoramento, sendo importante e necessário o acompanhamento do controle social, tanto para a inclusão de metas prioritárias no Pacto pela Vida e pela Gestão, quanto no seu acompanhamento e efetividade operacional.

3.6 O Programa de Saúde da Família - Qualis do Assentamento 17 de Abril

Projeto QUALIS - uma sigla para "Qualidade Integral em Saúde" - é o "nome fantasia" do Programa de Saúde da Família no estado de São Paulo (BECKER, 2001).

De acordo com Vallim, Vieira, Osiano (2006), a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no ano 2000, iniciou a implantação do Projeto QUALIS Interior. Este programa consiste em dar incentivos financeiros para PSF instalados em áreas prioritárias (nos municípios com menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), com populações remanescentes de Quilombos e assentamentos rurais). O Programa prevê incentivos financeiros para municípios nestas condições, desde que optem pela Estratégia Saúde da Família - ESF. Este recurso complementa o valor repassado pelo Ministério da Saúde, para custeio das equipes, mediante o cumprimento das diretrizes do então denominado Programa Saúde da Família.

Portanto, o Projeto QUALIS Interior abrange 101 municípios, totalizando 243 equipes, que representam 9% do total de equipes de Saúde da Família implantadas no Estado de São Paulo. Estes municípios localizam-se em 14 regiões de saúde, concentrando-se em Presidente Prudente (áreas de assentamento e acampamentos rurais), Sorocaba (piores IDH do Estado, barreiras geográficas), Taubaté (baixos IDH e áreas rurais), Registro (Quilombolas, baixos IDH, barreiras geográficas) e Araçatuba (áreas rurais, assentamentos). (VALLIM; VIEIRA; OSIANO, 2006).

Decorridos quatro anos de implantação do QUALIS, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS) e equipes de auditores das Diretorias Regionais de Saúde (DIR), realizou processo avaliativo com o objetivo de verificar as condições da organização da Atenção Básica e das equipes de Saúde da Família nestes municípios.

Os resultados indicaram avanços e também dificuldades. Uma questão levantada como dificultador é a fixação do profissional, em especial do médico, nas localidades mais pobres e distantes de pólos econômicos. Indicou a necessidade de um processo mais permanente de apoio técnico, o que o governo alega estar sendo articulado pela Coordenação Estadual da Atenção Básica.

No que tange aos processos de trabalho nas equipes, verificou-se que em “70% dos municípios não estavam em uso protocolos assistenciais, que 70% não realizavam ou realizavam apenas algumas ações preconizadas para o pré-natal, 57% dos municípios não realizavam ou realizavam ações pontuais de promoção de saúde junto à comunidade”. (VALLIM; VIEIRA; OSIANO, 2006, p. 196).

Outras dificuldades foram elencadas pelos pesquisadores destes PSF beneficiários do Projeto QUALIS.

Convivência desarmoniosa entre os serviçoes que compõem a Atençãoo Básiica (UBS, ESF, PA),
Referências informais, insuficientes ou pressionadas pela baixa capacidade de resolutividade da Atençãoo Básiica,
Ausência de Contra referência,
Isolamento das equipes, instalaçõoes físicas e equipamentos em parte ainda precários, ausência de estímulos em capacitaçãoo e apoio para discussãoo de casos para os profissionais que compõem as ESF;
Nãoo disponibilidade do profissional com características necessáarias à ESF e/ou dificuldade de fixaçãoo em determinadas áreas do Estado (VALLIM; VIEIRA; OSIANO, 2006, p. 203).

O PSF instalado no Assentamento 17 de Abril que de acordo com a Divisãoo Regional de Saúdee pertence ao município de Restinga - SP, também foi avaliado nesta pesquisa e teve o resultado descrito como insatisfatóorio (VALLIM, VIEIRA, OSIANO, 2006, p.197). Ficaram evidenciadas as dificuldades nãoo de forma empírica, mas alicerçadas em pesquisas de caráter científico dos problemas que o Programa de Saúdee da Família apresenta em sua efetivaçãoo.

Por se tratar de uma área de Assentamento 17 de Abril possui um núcleoo do PSF – Qualis. Este serviçoo funciona de segunda a sexta das 7h às 14h. Sãoo realizadas consultas méedicas e odontolóogicas e atendimentos de enfermagem (prestados pela auxiliar de enfermagem). A Coleta de exames de laboratóorios é realizada uma vez por semana²⁵. O repasse de verba para o funcionamento deste equipamento de saúdee é enviado para o município de Restinga, que fica responsáavel pela Atençãoo Básiica aos moradores do assentamento.

Segundo a funcionáaria entrevistada, o referido equipamento foi implantado em 2000, presta atendimento a 159 famílias assentadas, mas de acordo com informaçõoes da mesma, moram no assentamento em torno de 1500 pessoas, pois há muitos agregados, ou seja, parentes de moradores que residem por longos períodos com seus familiares. Segundo informaçõoes da funcionáaria todos sãoo usuáarios do PSF.

A equipe do assentamento é composta por uma méedica clíinica geral, que realiza consultas duas vezes por semana e atende a quinze usuáarios com agendamento prévio, sendo estabelecidas duas consultas por família; um dentista que presta atendimento duas vezes por semana, sendo estabelecido um dia para o atendimento das criançães e outro para os adultos, com cinco agendamentos, uma enfermeira que vai ocasionalmente ao assentamento, uma auxiliar de enfermagem e três agentes comunitáarias que sãoo moradoras do referido

²⁵ Informaçõoes colhidas no momento da pesquisa com as mulheres entrevistadas, e com a funcionáaria da enfermagem.

assentamento. Relatam que realizam seu trabalho secretariando a médica e o dentista e efetuam a limpeza do PSF, pois não há na equipe funcionária destinada a executar estas funções.

Evidenciam-se as dificuldades de efetivar o novo conceito de saúde, pois para uma população de 1500 moradores que recebe a visita do médico duas vezes por semana, realizando 30 atendimentos, e a do dentista que realiza 10 atendimentos, dificilmente é possível contar com outros profissionais, portanto, em que momento ocorre os trabalhos educativos que busca à prevenção da saúde preconizada no SUS e no PSF?

3.7 O atendimento de saúde no Assentamento 17 de Abril na ótica dos sujeitos da pesquisa

Um dos problemas perqueridos é como as mulheres sujeitos dessa pesquisa percebem as condições de saúde realizadas dentro do assentamento. Quatro das entrevistadas relatam que em suas percepções o atendimento de saúde prestado é bom. Elencam como fatores importantes o acesso ao atendimento e a inexistência de fila de espera. Ressaltam como é relevante ter a presença de um médico que vai ao assentamento; no entendimento das mesmas essas questões facilitam excessivamente o cotidiano.

Ficou evidenciada a importância que denotam em ter o funcionamento de um PSF dentro do assentamento, demonstrando a dificuldade do acesso aos serviços de saúde em outros níveis.

O sentimento de gratidão pelo serviço prestado é perceptível no agradecimento a Deus, não vislumbrando a compreensão do direito garantido em lei de se ter esse equipamento de saúde. Nas falas das entrevistadas não é questionado o direito ao fornecimento da medicação; apenas relatam que é fornecido, caso contrário são avisadas.

Olha aqui, é o seguinte, aqui Graças á Deus... tem um postinho... aqui vem médico de Franca... médicos bons faz, coleta de exames...leva pra Franca...é tudo agendado...tudo organizado...aqui estão de parabéns...se tem remédio, eles fornecem...não tem, ele já falam...as meninas tratam a gente muito bem...tem lugares que a gente não é recebido (Cora Coralina).

Olha, o atendimento até que aqui é muito bom, melhores que muito que vejo lá fora, sabe é muito bom muito, bom mesmo. Tem dentista, tem a clínica que vem duas vezes por semana, o dentista vem na quinta e na segunda, e de quinta e terça, vem à clínica (Clarice Lispector).

Acho que muito bom, agora lá em Franca...pra fazer um exame de vista, tem que pegar uma fila...se vê, uma fila...tem que levantar de madrugada...pra poder fazer um exame de vista (Nísia Floresta).

Percebe-se na fala de uma entrevistada que sua ida ao PSF ocorreu poucas vezes e não por necessidades suas especificamente, mas procurou o serviço para acompanhar familiares.

Olha, pelo pouco que venho...faz dez meses que moro aqui...esta é terceira vez que tô vindo...aqui mesmo, não é por que to doente....eu mesma... é a segunda vez...uma vez, vim com meu marido....então... eu fui bem atendida....pelo pouco que venho.....achei que fui bem atendida....apesar que é mesma coisa que Restinga....o Prefeito que manda médico de lá....lá na Restinga a gente é bem atendida....eu sempre fui bem atendida....não tem que reclamar, não...inclusive nois faz tratamento...tem problema no rosto...faz tratamento em Ribeirão...ele perdeu uma vista....e continua fazendo este tratamento...(Adélia Prado).

Segundo as entrevistadas, o Pronto Socorro de Franca está sempre com demanda excessiva acima da sua capacidade para o atendimento da população. Vale lembrar que este serviço é de urgência cabendo aqui uma reflexão: por que tantas pessoas precisam ser atendidas neste equipamento? Buscar respostas para essa realidade evidencia a necessidade de analisar os trabalhos desenvolvidos pelos serviços responsáveis pela Atenção Básica, em questão de número de equipamentos, de equipes e também de resolutividade.

Olha, eu acho que aqui (Assentamento) é melhor...pelo seguinte, lá é uma burocracia...danada...se você vai pro Janjão...como os médicos estão tudo estressados....que é gente demais...paciente demais...eles não te atende igual aqui...pois aqui vem essa doutora... excelente...muita boa pessoa... e muito boa médica...ela te examina...pergunta de tudo, pede exame...e te encaminha...sabe, agora eu vou...peguei muito peso nesta vida, nessa vida a gente faz muita coisa....extravagância...vou ter que fazer uma cirurgia...de hérnia...na virilha...e é tudo encaminhado por aqui...através daqui...e hoje vim saber do resultado... do exame...cardíaco...ela que falar comigo...então ela levou o meu exame...cardiologista especialista...pra examinar...e vou saber o resultado hoje...aqui, porque ela (médica) é clinica geral...o que eu tenho que falar é neste sentido...tudo bom aqui...eu acho, aqui o atendimento é melhor que Franca, apesar que tem tudo...só que para você fazer o exame em Franca...se tem... demora muito...aqui, parece que é mais rápido...(Cora Coralina).

Em relação ao atendimento do serviço de saúde no assentamento, algumas entrevistadas entendem que está bom, pois na sua concepção ainda é melhor do que em outros lugares, onde muitas vezes não são nem atendidas. Percebe-se uma valorização do serviço

existente, ressaltam que é rápido e não precisam enfrentar filas e burocracias, se sentem valorizados com a atenção recebida, e demonstram como é importante ter um serviço de saúde no local onde vivem, pois isto facilita muito em termos de atendimento.

Percebe-se uma valorização do serviço de saúde a partir do atendimento existente, porque de fato são condições objetivas que facilitam a vida cotidiana, entretanto, é notório o desconhecimento do que está previsto na lei. A saúde enquanto direito universal a todos os cidadãos brasileiros, mediante garantia na Constituição de 1988 e reiterado na LOS, não foi internalizado por todos, as pessoas demonstram o conhecimento da saúde a partir dos serviços existentes em sua realidade imediata.

Entretanto, duas entrevistadas alegam que o serviço de saúde conforme está estruturado não é eficiente. Pois ressaltam que as consultas são agendadas previamente e no caso de uma emergência precisam ficar a mercê das possibilidades e da vontade do profissional querer atender ou não. O que se constata é que os moradores não têm as visitas médicas em suas casas, conforme preconizado por este Programa, não demonstram ter o conhecimento a respeito de como deve funcionar os procedimentos dos programas estatais. Assim, o fato de se realizar agendamentos prévios descaracteriza o que está preconizado para o PSF, pois a demanda deve ser espontânea, ou seja, atender a todos que procuram.

Não acho bom o atendimento, que nem... agora cheguei ali, com a minha menina...eu levei em Restinga.... e hoje cheguei aqui e não tinha marcado...ontem ela passou mal, não tava bem...fui na Santa Casa fazer exame...o médico pediu com urgência no sábado...a médica lá, Santa Casa entregou o exame...duas horas da tarde....agora se médica entregou duas horas da tarde...eu tenho esse exame com urgência, eu tenho que mostrar ao médico...eu chego aqui e ele diz que não tem vaga....mas não é assim não...no exame de urgência, não tem que ter vaga....tem que atender....certo, então vou ter que esperar....vaga e eu quero consultar a minha filha agora(Cecília Meireles).

Por enquanto não é bom, não... olha, eu não frequento muito não...difícil eu ficar doente...se eu frequentar umas cinco vezes por ano...é muito...então, eu não tenho muito que falar...tanto que eu não marquei, to esperando...não tem muito que falar, não....não é 100% não....falta muita coisa...falta dentista...que não tem equipamento...falta muito....pra melhorar.(Narcisa Amália).

Acho que falta mais atendimento. Tipo o dia todo. Não precisa nem ter atendimento à noite (Cecília Meireles).

Evidencia-se que não é consenso entre as entrevistadas o bom atendimento do PSF. Constata-se que a falta de organização nos serviços de saúde absorve horas de trabalho,

sobrecarregando as mulheres que precisam se deslocar do assentamento para serem atendidas em Restinga e na Santa Casa de Franca. Os dados da pesquisa demonstram que não é realizada a referência e contra-referência dos usuários. Os serviços que deveriam oferecer serviços de qualidade e resolutividade ficam esperando que outro departamento resolva as necessidades dos usuários, pois ao solicitarem atendimento em Restinga são informados que devem ser atendidos na fazenda Boa Sorte, ou seja, no PSF. Cecília Meireles pontuou:

Se eu não consultar hoje aqui, vou a Restinga mas chega em Restinga e as meninas diz, que lá no Boa Sorte tem médico...então esta médica vai ter que entender, que tem que atender todo paciente que chegar....só a doença não explica que vai chegar hoje...eu tenho problema de asma, hoje tá um pouco fechado....eu tomei injeção pra asma...então, se ela ataca de repente....eu vou canteiro, vou fuçar alguma coisa, não sou quieta....se a asma ataca eu não tenho como esperar....na quinta feira....se atacar na terça, vou ter que ir no PS quando eu estou atacada...porque eu não consigo nem falar...então, acho que para atender, não tem que ter dia....o médico que vem aqui na fazenda.... tem que ter limite....ele tem que fazer um tipo de plantão...fica até terminar e o atendimento, fica até às 10h... a criança que vai pra escola, perde um dia de aula...chega às 9h e quer ir embora às 10h30.... então eu mesmo....vou ligar pro Donizete....pra falar com ele... eu sou dede muito falar.....(Cecilia Meireles)

Relatam que quando necessitam de atendimento fora dos horários em que há consultas no Assentamento, há uma ambulância da Prefeitura que vai até a fazenda, para levá-los. Ocorre que a viatura fica em Restinga, o que na concepção das entrevistadas dependendo da situação, se for urgente, acaba sendo muito demorado.

Lá na Restinga...fica parada lá... até vir aqui...se tiver ruim... dependendo da situação, morre. É longe (Narcisa Amália).

Por outro lado, uma questão apontada como relevante pelas entrevistadas é o fato de se ter coleta de material de exames laboratoriais realizado uma vez por semana por profissionais no PSF, para elas essa facilidade ajuda muito, pois assim não precisam ficar saindo do assentamento, conforme elencado:

[...] na sexta-feira, colhem o material de exame...sangue, urina, fezes... agora quando tem alguém muito ruim...tem ambulância aqui...aqui, já tem uma ambulância...fica direto...tem um rapaz que leva...e traz, se for preciso...eu participei, muitas vezes no Hospital do Coração, com o meu marido...ficou ruim, e eu fiquei também...porque assustei muito...então foi a ambulância que levou...foi a ambulância que trouxe...então, agora que estou falando...tem lugares que não tem nada disso...tem assentamento que não tem nada...aqui, tem água, luz....não tinha, agora colocaram tudo...então tá bem....organizado...apesar que tem pessoas que falam mal...eu fui bem tratada e bem recebida...(Cora Coralina)

Percebe-se um paradoxo na fala das entrevistadas, pois ressaltam a eficácia do atendimento, mas logo em seguida enfatizam as dificuldades de realizarem os tratamentos. Uma das entrevistadas aponta a deficiência do sistema de saúde ao elencar a demora nos procedimentos. Enfatiza que seu esposo, diante de um quadro de saúde que necessitava de encaminhamento a um especialista, teve que esperar seis meses para ter uma consulta agendada. O período de espera foi longo e quando a consulta foi marcada ele já não necessitava mais do atendimento, o que evidencia as dificuldades de se ter acesso à saúde, em decorrência da falta de médicos, longas filas aumentando o período de espera e provavelmente desestimulando o uso dos serviços públicos.

Observa-se que historicamente há falta de entendimento da política pública como direito, mesmo em lugares como o assentamento em que há uma tradição de enfrentamento político denso, como a luta pelo acesso e garantia ao direito à terra. Ainda assim, denota-se que não há nível suficiente de conhecimento sobre os direitos garantidos em relação a saúde. Percebe-se uma acomodação com o que é oferecido nas questões referentes à saúde, uma aceitação do que é ofertado. Não foi relatada por qualquer entrevistada a efetivação dos conselhos gestores ou a participação dos moradores do Assentamento no Conselho Municipal de Saúde.

A pesquisa no Assentamento traz dados relevantes de que não há organização dos encaminhamentos a outros níveis de atendimentos preconizados na saúde. Constatou-se ainda que a discussão sobre a política pública não se estrutura, não há conselhos funcionando, portanto, a participação e representatividade dos moradores são inexistentes.

Ficam patentes as dificuldades de atendimento principalmente quando este precisa ocorrer fora do assentamento, e são as mulheres que mais se sobrecarregam com esta falta de estrutura, pois são elas que buscam alternativas, que cuidam para que haja atendimento para seus familiares.

De acordo com o que foi apresentado constata-se, que o PSF do referido assentamento não está estruturado em consonância com seus princípios, os quais supõem maior enfoque para a prevenção e atendimento diário nas residências. O que se constata é que o serviço está centralizado nas consultas médicas e odontológicas e ainda assim de forma parcial, tendo em vista que só ocorre atendimento duas vezes por semana, estabelecido quinze consultas médicas e sendo duas por família; o dentista desenvolve suas ações duas vezes por semana, portanto, não atende o que está definido como necessário para o funcionamento de um PSF conforme já apontado nesta tese. Faz-se necessário enfatizar que a precariedade

encontrada no PSF 17 de Abril é uma realidade de outros assentamentos e que foram expostas pesquisas realizadas nesta área.

Evidencia-se que é indispensável enfrentar as dificuldades ao acesso e resolutividade para área da saúde no Assentamento. Outra questão a ser deliberada se refere aos trabalhos de cunho educativo, pois se constata a ausência dessas atividades, do mesmo modo que não há uma sistematização de assuntos a serem trabalhados com os moradores do Assentamento.

A funcionária entrevistada, quando indagada sobre quais profissionais ela acreditava que deveria compor a equipe de saúde da família, afirma:

Eu acho que no dia a dia, eu acho que deveria ter mais profissionais... mais no caso da enfermeira...ela ficaria mais me acompanhando...no dia a dia...porque aqui, elas ficam o tempo todo...e no caso só tenho a companhia dela...na quartas e por pouco tempo (Auxiliar de enfermagem).

Ou seja, a entrevistada solicita a presença da enfermeira que deve ser parte integrante das equipes de Saúde da Família, o que se constata é que nem o mínimo de profissionais está sendo garantido para o PSF do Assentamento.

A funcionária relata ainda os limites de sua atuação enquanto auxiliar de enfermagem, pois, há procedimentos que ela não pode executar, pois sua capacitação é relativa ao nível médio, trabalhando, portanto, sob a supervisão da enfermeira.

Tem coisa que nós, os auxiliares, não pode...não pode fazer, mesmo...e não pode fazer...é um serviço que não é dele...a gente trabalha o melhor possível...pelo paciente...eu acho que a presença seria o ideal...mais o apoio (Auxiliar de enfermagem).

Observa-se em relação à equipe que a mesma não dispõe de conhecimentos prévios e nem reflexões acerca do modo da vida dos moradores, suas peculiaridades para que se possam desenvolver ações significativas para esta população inserida na área rural. Fica evidente a ausência dessas atividades, e são ações que poderia trazer benefícios aos moradores, que disponibilizaria conhecimentos importantes no cuidado de sua saúde.

A qualidade dos serviços prestados perpassa pela formação da equipe, bem como exige-se sua capacitação para que as ações possam ser planejadas e realizadas em conformidade com o que é recomendado no SUS. A Política de Educação Permanente em Saúde tem a proposta de preparar os recursos humanos para atendimento no SUS, portanto,

disponibilizando funcionários capacitados para atendimento de qualidade na área da saúde, e neste caso em áreas de assentamentos que possuem outras peculiaridades.

Constata-se que o PSF enfrenta dificuldades em cumprir seus objetivos, pois os atendimentos se mantêm centrados em consultas, ou seja, na medicalização da saúde. Outro fator relevante é que os profissionais, historicamente com perfil de desenvolver trabalhos educativos, que buscam a participação da população, que se envolve nos movimentos sociais, nos conselhos municipais de saúde, nos conselhos gestores, dentre outros espaços de participação, não são elencados como necessários na composição de equipes multidisciplinares para atuação não apenas no PSF, mas na Atenção Básica em toda a sua rede.

Quando perguntado à entrevistada se os profissionais realizam visitas domiciliares nas residências a resposta foi negativa; há mais de cinco anos este trabalho não é realizado. O depoimento de uma entrevistada, no entanto, aponta que as visitas voltaram a ser realizadas.

Olha, faz muitos anos que não tá indo...essa semana, começou a ir...faz uns cinco anos que não vai...acho que tanto o povo reclamar.. que começou a ir...(Cecília Meireles).

Estas deficiências na forma como o PSF está estruturado sobrecarrega ainda mais as mulheres que precisam dar conta dos cuidados da sua saúde e de seus familiares. Cabe a elas viabilizar consultas, tratamentos específicos, sem o devido acompanhamento das equipes de saúde, quer seja, nas orientações, na assistência ou mesmo nos encaminhamentos.

O que evidencia é que se houvesse um suporte adequado no que concerne aos aspectos referentes à saúde, aliviaria a sobrecarga das mulheres, que em última instância se responsabilizam por todos os cuidados, sem ter muitas vezes com quem socializar estas tarefas.

O trabalho educativo elencado como primordial na promoção e prevenção da saúde quase não ocorre no assentamento, pois não foi citado por nenhum dos sujeitos dessa pesquisa. Um dos motivos que pode explicar é o fato de a equipe ser muito pequena para desenvolver tais ações entendidas como prioritárias neste modelo de atenção²⁶. As visitas domiciliares praticamente não ocorrem, as agentes comunitárias ficam sem nenhuma

²⁶ O que podemos perceber hoje, no cotidiano das unidades de saúde, é o profissional de saúde preso ao modelo clínico-assistencial, permanecendo no interior de seus consultórios- não raro o único espaço da unidade que conhecem além da sala de assinatura do ponto, habitualmente situada ao lado da sala do diretor [...]. (VASCONCELOS, 2003, p. 89).

supervisão, pois a enfermeira que seria o profissional responsável para dar esta retaguarda não se integra de forma efetiva na equipe, deixando também a auxiliar de enfermagem sem acompanhamento. A equipe é reduzida e a ênfase é no atendimento médico, ou seja, na medicalização da vida.

Ora, o que se preconiza é que os profissionais do PSF busquem a demanda, que não esperem a população adoecer. O Programa Saúde da Família, de acordo com o discurso oficial do governo, foi pensado como estratégia para Atenção Básica, na perspectiva de não esperar as pessoas adoecerem. Fica evidenciado que isto não acontece, mesmo porque não há profissionais em número suficiente para a realização deste trabalho.

Monnerat, Senna e Souza (2004, p. 106), ao analisarem a questão do PSF deixam clara a necessidade de uma visão ampliada da saúde-doença e que é necessário a ultrapassagem do viés biologizante e curativo. O Programa da Saúde da Família tem elencado como uma das suas características não esperar a demanda, mas agir preventivamente, precisa identificar as necessidades de saúde da família do seu território, o que o seria um diferencial em relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Faz-se necessário atentar para a importância do vínculo da equipe com os usuários definido como fundamental para o sucesso deste Programa.

Essa população deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-las, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive. Os profissionais é que devem ir até suas casas, porque o objetivo principal da Saúde da Família é justamente aproximar as equipes das comunidades e estabelecer entre elas vínculos sólidos (PEREIRA, 2004, p. 31).

Percebe-se que as propostas e expectativas para as equipes de saúde da família são bem ampliadas, profundas, mas alguns aspectos devem ser considerados: como criar vínculos com a comunidade quando a carga horária e o número de profissionais são reduzidos neste equipamento de saúde?

Em relação aos encaminhamentos para outros serviços especializados de saúde, também é possível constatar alguns entraves, pois não está estruturado de forma que dê assistência preconizada aos moradores do assentamento, “[...] a maioria dos municípios não têm estrutura própria para atender esta demanda” (CEAP, 2007, p. 19).

Na elaboração do Pacto pela Vida ficou estabelecido que cada município se responsabilizaria pela Atenção Básica dos seus municípios (BRASIL, 2006). Para viabilização

administrativa, dividiu-se as regiões formando 17 regionais de saúde no Estado de São Paulo. A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo foi realizada por meio dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. As DRS são responsáveis no âmbito regional de promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.

O Pacto em Defesa do SUS preconiza que para o bom funcionamento do sistema seja formado um colegiado por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes dos gestores estaduais. Estes representantes teriam o compromisso de estabelecer metas e diretrizes para a atenção à saúde, reitera que suas decisões precisam ser estabelecidas por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento dos gestores com os compromissos pactuados (BRASIL, 2006a).

No caso, Restinga e Franca pertencem a DRS 8, que para facilitar e viabilizar o trabalho, formou-se 3 colegiados denominado de: Três Colinas, Alta Mogiana e Alta Anhanguera²⁷.

De acordo com o Pacto pela Vida o PSF do assentamento teria de dar toda a cobertura no que tange às ações da Atenção Básica, conforme firmado por este Pacto. Nos serviços de média e alta complexidade, Restinga (município sede do PSF) deve comprar os serviços de outros municípios, trata-se da Programação Pactuada Integrada (PPI).

O município de Restinga não realizou a pactuação com o Gestor Municipal de Saúde de Franca e sim com o Gestor Estadual, portanto, o município de Franca não pode ter qualquer responsabilidade com estes usuários. Todos os casos que não forem atendidos no PSF ou em Restinga, deverão ser encaminhados para atendimento na Santa Casa de Franca que ficou como referência estadual.²⁸ Ressalta-se que a partir da adesão dos municípios no já referido Pacto da Saúde a Gestão Plena se extingue, o Estado de São Paulo conta com todos seus municípios trabalhando nessa nova pactuação.

De acordo com os princípios do SUS, a rede deve ser regionalizada e ter a hierarquização dos serviços. No recente Pacto da Saúde, preconiza-se o encaminhamento para outros municípios, mas o que ocorre é que os gestores das pequenas cidades preferem utilizar

²⁷ Três Colinas – Franca, Cristais Paulista, São José da Bela Vista, Restinga, Pedregulho, Jariquera, Itirapuã, Patrocínio Paulista, Ribeirão Corrente e Rifaina.

Alto Anhanguera – Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales de Oliveira, e São Joaquim da Barra. Alta Mogiana – Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis. (Diário Oficial de Estado de São Paulo).

²⁸ Franca é elencado neste trabalho por ser o município mais próximo do assentamento e possuir maior número de equipamentos de saúde, bem como de maior complexidade, e porque era referência para esta população na vigência da Gestão Plena em Saúde.

da compra de ambulâncias e levar os seus munícipes para os serviços de saúde das cidades vizinhas.

Constata-se que a população fica prejudicada no atendimento, pois não havendo entendimento entre os gestores nos pagamentos devidos, são os usuários que sofrem os rebatimentos da falta de estrutura, de soluções necessárias para a área da saúde.

E os cidadãos sujeitos de direitos ficam desguarnecidos, muitas vezes, sem saber a quem recorrer, a quem responsabilizar pela falta de soluções.

Na pesquisa de campo realizada neste trabalho, as entrevistadas relatam as dificuldades e estratégias de atendimento nas urgências no Pronto Socorro de Franca²⁹. O que se constata na realidade é uma interpretação equivocada do caráter universal do SUS, pois embora do ponto de vista legal, todos têm direito de atendimento onde quer que estejam, o que ocorre é que cada município recebe a verba específica por número de moradores para investir na Atenção Básica, e realizar a compra de medicamentos.

Se uma pessoa for encaminhada pra Franca e for daqui pro Janjão... não é atendida... Porque... o prefeito de Restinga não tá pagando a verba da saúde (Clarice Lispector).

Outra questão a ser elencada são os serviços de média e alta complexidade, estes apresentam pontos de estrangulamentos que dificultam o acesso universal do cidadão ao SUS.

O CEAP (2007), fazendo referências aos atendimentos especializados, apontam a predominância destes serviços realizados via mercado. Como estratégia para a esfera pública, são disponibilizadas poucas vagas, forçando a população ter que pagar pelo atendimento. Ou seja, está preconizado que o SUS deve prioritariamente usar seus serviços próprios nos atendimentos dos usuários, quando não dispõe desse tipo de serviço, pode celebrar convênios com o setor privado, pagando por procedimentos. Mas estes contratados reclamam da tabela do SUS e dificultam o atendimento por meio de limitações de vagas disponíveis.

O setor privado é predominante na oferta destes serviços e disponibiliza ao sistema um número menor do que a demanda necessária (um pouco por causa da baixa remuneração do SUS). Isso acaba sendo estratégico, pois cria filas de espera forçando a população a pagar pelo atendimento (CEAP, 2007, p. 19).

²⁹ Vale ressaltar que este serviço é municipal, destinado aos moradores da respectiva cidade.

Uma das entrevistadas deixa explícitas essas dificuldades.

Demora muito pra marcar...conforme a especialidade...demora até anos...de vista, você consegue marcar de um ano pro outro...se você precisar de um médico de vista....só daqui a um ano...agora, pelo convênio é fácil...pelo que povo fala, se precisar... é difícil...demorado...tudo que precisar de especialidade é demorado...se não demora um ano, demora seis meses...tem coisa que às vezes a gente precisa....por exemplo, um dia meu marido...tava passando mal...uma dor no braço...ele pediu pra marcar...quando veio ele não sabia mais o que era...inté, tenho esquecido...é difícil, entendeu (risos)...alguma coisa tá difícil...mesmo assim, pelo...que a gente vê passar...a gente vê falar...de outros lugar..(Adélia Prado).

As mulheres relatam as dificuldades do atendimento oferecido no que se refere às consultas com especialistas que podem demorar até um ano; apontam estratégias utilizadas para terem acesso ao atendimento. Alegam que em casos de emergência, são levadas ao Pronto-Socorro de Franca, como este serviço não é mais referência para os moradores de Restinga, elas têm de fornecer endereços de familiares que são moradores de Franca para poderem assim ser atendidas. A ambulância que as levam pertence à Prefeitura de Restinga e estaciona longe do referido serviço de saúde, para não serem identificadas como moradoras do assentamento. A realidade demonstra uma irregularidade do gestor de Restinga ao tomar esse procedimento, porque não dizer uma ilegalidade.

Se uma pessoa for encaminhada pra Franca e for daqui pro Janjão não é atendida, quando eu fui ao Janjão, tive que dar o endereço da minha sogra que mora em Franca. Como se eu tivesse morando em Franca quando a ambulância leva a gente, não pode parar em frente, não se não eles não atende, a ambulância tem que parar longe (Clarice Lispector).

Os relatos demonstram a falta de estrutura no atendimento, fica evidenciado que a referência e contra-referência não acontecem o que leva essas pessoas a ter que criar suas estratégias para serem atendidas em uma política de saúde que se intitula de universal para todos os brasileiros, mas que acaba não sendo efetivada. Se faz necessário atentar para a regionalização, hierarquização dentre outros princípios regidos pelo SUS.

As dificuldades apontadas no atendimento são evidentes. As mulheres do assentamento precisam criar estratégias para terem acesso aos tratamentos devidos. Essas questões dificultam o cotidiano, pois requer gasto a longo prazo, custo financeiro no deslocamento até a cidade, na busca de serviço de saúde que atenda e que apresente resolutividade.

A situação apresentada gera angústias e incertezas nas mulheres assentadas, ressaltando sempre os questionamentos, como no caso, se terão acesso aos serviços de saúde, sofrimento acentuado por ser um momento de fragilidade, visto que se trata da vida e/ou morte dessas mulheres. Ficando ainda permeada a incerteza do atendimento.

A entrevistada Clarice Lispector relata que tem tido dificuldades nos encaminhamentos para Franca. Esclarece que há uma demora excessiva, explica que o marido realizou exames do coração há meses e ainda não conseguiram obter os resultados para dar continuidade no tratamento. Essas colocações evidenciam que a demora na apresentação dos respectivos exames, pois quando saem os resultados, podem até ter perdido a validade. Os entraves do acesso à saúde, bem como a sua precarização dificulta a vida das mulheres do assentamento. Acentua-se o sofrimento das famílias, pois as questões de doença fragilizam aqueles que estão vivenciando estas situações e ainda precisam pagar por serviços garantidos via Constituição e Leis complementares como direito universal.

Se tivesse com algum problema já estava morto...fez em Franca....eles falam lá em Franca que enquanto o prefeito não pagar...a verba da saúde....eles não manda estes exames... não só como do meu marido, como de um senhor que está ali... ele teve que pagar um exame do coração...e ele tem problema do coração...do meu marido é exame de rotina que tem que fazer todo ano...(Clarice Lispector).

Outra entrevistada reitera o tempo de espera para consulta com especialistas ressaltando que costuma ser bem demorado. Cecília Meireles alega que está esperando há dois anos por uma consulta.

[...] eu to esperando dois anos para passar no especialista....cardiologista.....certo, eu vim aqui na médica....eu não posso tomar PROPANALOL porque eu tenho asma...e eu com arritmia no coração....tô esperando mais de ano no cardiologista....então, chega o ponto que o pessoalpassa mal....eu tenho que tomar PROPANALOL...não posso ficar sem ele, eu tenho crise de asma... ai a médica...não sabe nem te atender....a medica disse que não ia medicar mais....por que encaminhei pro cardiologista....e eu não consegui....eu chego lá, ele diz no fim de mês... e o mês já passou....até hoje....(Cecília Meireles).

A funcionária entrevistada confirma as dificuldades encontradas no atendimento fora do assentamento, alega que em Restinga faltam equipamentos de RX e há dificuldades de se encaminhar para Franca. Evidencia-se a falta de investimentos em serviços e tecnologia no município e o evidente desrespeito aos princípios do SUS quando preconiza a integralidade do atendimento.

Muita, de uns dois meses pra cá, tem aumentado mais. A gente não tem mais o Janjão, como referência. Não foi só Restinga. Parou umas três ou quatro cidade em volta de Franca... cortaram...o motivo não sei, mas cortaram (Auxiliar de enfermagem).

Uma das entrevistadas demonstrou conhecimento do porquê está havendo essas dificuldades e relata de forma precisa como se dá a compra de serviços de saúde em outros municípios. Sabe discutir como os recursos devem ser destinados.

Saiu uma lei aí que Franca não atende mais...a região....não atende.... por que o governo manda dinheiro pra Restinga, São José da Bela Vista e outras cidades pequenas....eles guardam o dinheiro....que o governo mandou pro município....e manda nois tudo ser atendido no Janjão....chega no Janjão... tá lotado...sendo que o governo distribuiu o dinheiro....pro município ter o atendimento adequado....existe este dinheiro....então se nois tá sendo atendido....lá em Franca, então, onde tá esse dinheiro....de Restinga....agora funciona assim, Restinga recebe uma quantidade....pra tá atendendo...lá....consulta....de especialista, cardiologia de vista.....(Cecília Meireles).

Constata-se nesta pesquisa um paradoxo, pois há uma compreensão mais nítida por parte das mulheres entrevistadas dos motivos por elas enfrentado no que tange as dificuldades encontradas no atendimento fora do Assentamento. Elas apontam que o gestor municipal não cumpriu com suas responsabilidades nos pagamentos devidos, entretanto, a funcionária alega não saber o porquê desta realidade, o que pode ser pelo receio de se comprometer ou por falta de consciência mesmo das dificuldades em que os usuários dos serviços de saúde estão submetidos.

Conforme estabelece o Pacto pela Saúde, para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião (BRASIL, 2006a).

Percebe-se que, no tocante a legislação, o SUS está bem formulado e organizado, a saúde está estruturada nos níveis de atendimento, mas na prática as dificuldades são evidenciadas. Uma das questões mencionadas nesta tese foi referente às dificuldades do acesso aos medicamentos prescritos.

3.8 Medicamentos farmacêuticos X medicação caseira

Outra questão levantada com as entrevistadas foi o acesso à medicação, pois se o medicamento prescrito for padronizado e estiver disponibilizado no PSF é de imediato fornecido, mas quando não há, qual conduta deve ser adotada? As entrevistadas informaram que os medicamentos que não são disponibilizados pela rede pública, são comprados com recursos próprios da família; uma das entrevistadas alega que se necessário compra os medicamentos, mesmo que seja com os poucos recursos destinados a compra de alimentos. E ainda acrescentam que na impossibilidade de qualquer alternativa levantada para aquisição dos medicamentos, se não houver soluções ficam sem fazer uso do medicamento indicado no momento da consulta pelo médico responsável.

Tem que comprar, né! Infelizmente, a gente tem que comprar (Cecília Meireles).

Ah, minha filha, como já aconteceu, deixei de comprar...não é sempre que você tem o dinheiro (Cora Coralina).

Quando não tem aqui no posto, a gente tem que comprar.... aí só comprando (Clarice Lispector).

*Uai... a gente fica sem, tem que esperar...(Nísia Floresta).
A gente dá um jeitinho de comprar...nunca fica sem...se eu não tiver condição...vejo com a minha filha...você vai lá e compra....inclusive quando o meu marido compra...ele fez uma angioplastia...ele precisava de tomar um remédio...220...só pra vinte dias...saiu do hospital e primeira coisa que nois fez...foi na farmácia e comprar...por que enquanto tava lá no posto...enquanto tava internado...foi tomando lá...hora que saiu....a médica disse...daqui pra frente é com vocês....o pouco dinheiro que tinha na bolsa...meu filho foi buscar a gente...ele tava com dinheiro na carteira...e passou na farmácia e comprou...e depois a gente vai ver o que a gente vai fazer....e pra repor aquele dinheiro...vai fazer falta... mas depois a gente pensa....na hora a prioridade é pra o remédio...depois a gente tem que comprar alguma coisa...você, paga depois...sabe, se precisar...esse dinheiro é pra comprar isso...mas precisou comprar remédio...e depois a comida...depois eu vejo, como que eu faço...graças a Deus, esta parte...(Adélia Prado).*

Portanto, evidenciam-se as dificuldades que as famílias encontram para ter acesso aos medicamentos prescritos. Outra providência adotada pelas entrevistadas é de ficar sem fazer o uso da medicação, o que pode acarretar o agravamento da situação de saúde de quem precisa fazer uso desta medida terapêutica.

A dificuldade de acesso ao medicamento é elencado como um dificultador de se garantir o tratamento, as mulheres entrevistadas explicitam em suas falas, que não estando disponibilizados os remédios na rede pública, elas precisam encontrar soluções para viabilização de que os mesmos sejam adquiridos. A solução encontrada para a falta de medicamentos na rede pública é comprá-lo, decisão tomada por cinco das entrevistadas, e uma alega que fica sem fazer uso do remédio prescrito.

Uma das questões indagadas, no que tange à medicação, foi sobre o procedimento que é adotado pela equipe do PSF. Segundo informações da auxiliar de enfermagem, a conduta praticada é de encaminhar para o Fundo Social para que seja comprado.

O Fundo Social se tem um remédio mais caro e você vê que o paciente não pode (auxiliar de enfermagem).

Questionada se esse procedimento é realizado de forma sistemática ela enfatizou que sim.

O paciente pede, não vou poder eu pego a receita e levo tento passar para o Secretário mostro que não vai ter condições de comprar demora dois ou três dias, mas ele sempre dá um jeito (Auxiliar de enfermagem).

Chama a atenção o fato de que nenhuma das entrevistadas tenha feito referências de que seja encaminhadas aos recursos da comunidade ao atendimento de assistentes sociais, quer seja na área da assistência social. Todas informaram que se não há a medicação ou compram com recursos próprios da família ou ficam sem.

Na pesquisa não se constatou nenhuma referência das usuárias em ter conhecimentos dos medicamentos de alto custo padronizados e mantidos pelo Estado por meio da DRS, nem mesmo a via judiciária para garantia do acesso à medicação.

Entende-se que a atuação do Serviço Social no assentamento poderia ser de relevância no desenvolvimento de ações que envolvessem a garantia do acesso ao tratamento, bem como grupos educativos na busca de ações preventivas.

Procurou-se saber junto às mulheres do assentamento se elas têm conhecimento de medicamentos caseiros e se fazem uso dos mesmos, pois seria a forma de se ter uma medicação mais saudável e sem custos adicionais para as famílias, bem como uma valorização do conhecimento popular dessas mulheres. O que foi possível saber é que algumas conhecem receitas caseiras para algumas doenças como: gripe, insônia. Das

entrevistadas duas alegam que conhecem alguns remédios caseiros, mas para pequenas indisposições.

Mais é gripe, única coisa que sei, quando você tem gripe toma, aquele chazinho... Melhor que estes remédios (Narcisa Amália).

Às vezes eu faço chá de alfavaca, hortelã...sabe esse chá tem em casa...minha cunhada tem...hortelã, cidreira (Cecília Meireles).

Das entrevistadas, duas informam conhecer as medicações caseiras, mas alegam não que não gostam de fazer uso deste tipo de medicação, porque não acreditam que possa dar resultados.

Outras duas entrevistadas alegam não ter o conhecimento de remédios caseiros.

Não... gosto muito deste trem...não acredito neste trem não (Cora Coralina).

Conheço alguns, mas não uso (Clarice Lispector).

Percebe-se que essas mulheres mesmo sendo moradoras de área rural, onde se tem uma tradição no cultivo de ervas e plantas medicinais, tem-se espaço suficiente para o plantio, mesmo assim, ou desconhecem ou não acreditam na sua eficácia.

Evidencia-se que a localização do Assentamento com as cidades próximas como Restinga, Franca, Ribeirão Preto, as famílias têm uma proximidade com valores arraigados no modo de viver das cidades, esses moradores do assentamento têm uma relação muito estreita com parentes que vivem nestes municípios próximos.

Conforme demonstrado pelos autores abaixo, há uma inserção entre os assentados e a vida da cidade:

A partir da criação dos Assentamentos, a vida dos assentados assume uma nova dinâmica, surgem novos espaços e redes de sociabilidade, refazem-se e reconstróem-se os antigos, e estabelece-se uma nova dinâmica na relação “para fora” do assentamento, na interação com as cidades e com o poder público municipal, e uma nova inserção na dinâmica política local. Mas ao mesmo tempo em que estão colocadas diversas novidades, impõe-se também, com grande força no cotidiano dos assentados, uma nova dinâmica social e cultural muito próxima ao padrão vigente na região, e o dia a dia da maior parte dessa população vai ser marcado predominantemente pelas estratégias de reprodução da unidade familiar (que envolvem o trabalho dentro e também fora do lote), pelos vínculos de parentesco e de vizinhança, pela relação com a cidade, com a religião, com os espaços de lazer (LEITE et al., 2004, p111).

Constatou-se que as mulheres do assentamento relatam não usar os remédios caseiros, pois esses conhecimentos não foram mantidos na tradição familiar, ou sequer aprendidos, uma vez que algumas vieram de espaços urbanos.

O complexo médico-industrial, especialmente por meio de propagandas, estimula constantemente a prática de medicamentos industrializados, indicando remédios a partir da apresentação de seus resultados “milagrosos” e a própria prática nos serviços de saúde não se furta a estimular o uso de medicamentos alopáticos em detrimento mesmo dos homeopáticos. No Brasil, com a crescente industrialização, o desenvolvimento de grandes laboratórios multinacionais desencadeou o consumo por medicamentos industrializados em detrimento dos medicamentos caseiros.

Historicamente, foram atribuídas às mulheres as responsabilidades de cuidarem das crianças, idosos e dos doentes de suas famílias; trabalho invisível, sem remuneração e culturalmente lhes atribuído e cobrado delas para que assim fossem realizados. De acordo com Coelho, terminado o período de caça as bruxas no século XVIII, as mulheres foram reduzidas ao espaço doméstico. “O saber feminino popular caiu na clandestinidade, sendo muitas vezes apropriado pelo poder médico masculino que se tornara hegemônico” (COELHO; CALVO; COELHO, 2006, p. 16).

Na pesquisa constatou-se que no Assentamento 17 de Abril, o saber médico é valorizado. As mulheres aguardam o dia da consulta, ou buscam atendimento em Restinga ou Franca, para terem tratamentos, dos diversos sintomas apresentados, na busca de um diagnóstico médico. Não demonstram segurança em usar medicamentos que não estejam prescritos.

Segundo Minayo (2004), as práticas e os discursos dos grupos populares no campo da saúde-doença são reveladores de que a cultura dominante tem forte influência nas tomadas de decisões mediadas pelo saber e prática médica.

Com o desenvolvimento da ciência e supremacia do saber médico, as mulheres perderam grande parte dos conhecimentos que detinham das medicações caseiras, dos cuidados populares no que tange à saúde.

3.9 As mulheres nos papéis de promotoras e cuidadoras da saúde da família

As mulheres são as principais promotoras da saúde em todo o mundo, embora muito do seu trabalho seja feito sem pagamento ou por uma remuneração mínima (Declaração de Adelaide).

A concepção das mulheres como cuidadora ou como promotora da saúde está de certa forma tão internalizada que durante a realização da Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em Adelaide, Austrália, no período de 5 a 9 de abril de 1988, teve como uma de suas prioridades elencadas a discussão dos papéis desempenhados pelas mulheres como responsáveis pelos cuidados da família no que se refere às questões relacionadas à saúde. A declaração de Adelaide reiterou o seu papel de responsável pelo cuidado da família, convocando a todos para que as mulheres recebam apoio para o desenvolvimento dessas atividades.

Grupos e organizações de mulheres são modelos para o processo de organização, planejamento e implementação do componente de promoção da saúde. Os grupos de mulheres deveriam receber mais reconhecimento e apoio dos políticos ou serem sub-assalariadas. Por sua participação efetiva na promoção da saúde, as mulheres deveriam ter mais acesso à informação e aos recursos do setor. Todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação da sua saúde e deveriam ser parceiras na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, assegurando assim sua identidade cultural (OPAS, 1988, online).

A orientação é de que as mulheres recebam mais informações, apoio para o desenvolvimento do seu trabalho no que tange as questões da saúde; não há uma discussão para que essas responsabilidades sejam compartilhadas com outros membros da família, ou aos órgãos públicos competentes por promover a saúde da população.

Constata-se que as responsabilidades nos cuidados dos familiares são atribuições femininas. Quando se tem problemas de saúde, as mulheres são chamadas a resolverem todas as questões pertinentes que envolvem o adoecimento. Elas desenvolvem estas funções de forma natural, pois assim foram socializadas. Evidencia-se que o trabalho

desenvolvido não traz qualquer remuneração financeira às mulheres. Trabalho este invisível que não foi questionado por nenhuma das entrevistadas.

Elas verbalizaram que não podem adoecer, visto que “fazem tudo”, os cuidados com a casa, com a roupa, a horta, dentre outros, são trabalhos importantes para a manutenção da família. Mesmo as tarefas realizadas na limpeza da casa são percebidas na perspectiva de prevenção de doenças, pois se trata da higienização do ambiente.

As mulheres do Assentamento desenvolvem as diversas funções que são a elas atribuídas, entendem que precisam estar em pleno gozo de sua saúde, para que possam corresponder as expectativas que lhe são depositadas, mas esperam que se um dia adoecerem haja alguém para cuidar delas também.

Graças a Deus... nem posso adoecer...um dia desses, tava conversando lá em casa... eu dô tudo, roupa lavada...do comida...trabalho e cuidado da horta.....cuido d e da casa....e pra mim, quem faz um dia....a mãe,... a gente vai tem que cuidar da senhora....então vai existir isso...hoje eu cuido deles....chega um dia, que eles vai cuidar de mim (Cecília Meireles).

Outra questão encontrada ao fato de as mulheres conseguirem cuidar dos membros do seu núcleo familiar e ainda terem que cuidar de outros familiares, atividades estas que podem gerar a dupla, tripla jornada de trabalho, assim analisado por Nogueira e Miotto (2006, p. 26) “Isso porque muitas vezes ficam também reservadas as mulheres não só as tarefas domésticas do seu próprio lar, mas também, as de outros lares como, por exemplo, a casa de seus pais [...]”

As entrevistas evidenciam que mesmo familiares que não residem na mesma casa, nem mesmo no Assentamento, recebem a ajuda das mulheres para levar ao médico, para cuidar dos aspectos referentes à saúde. Uma das mulheres que concedeu declarações deixa explícitas essas responsabilidades.

É eu né...minha mãe fica doente...eu vou com ela...mas ela não mora aqui...mora lá (Franca)...eu fico na casa dela...levo no médico...a minha irmã é que marca...eu que vou (Cora Coralina).

Constata-se que a divisão sexual dos trabalhos realizadas no âmbito familiar, quando se referem a cuidados, são atribuídas às mulheres, em geral os homens não participam dessas atividades. No caso citado por Cora Coralina que alega sair do Assentamento para ir à Franca para cuidar da mãe, essa responsabilidade do cuidado é dividida com a irmã que

realiza as marcações das consultas, e ela acompanha para o atendimento médico, o irmão não participa da divisão dos serviços deste processo de tratamento da saúde de sua mãe.

Outra questão abordada refere-se ao acompanhamento dos filhos, constantemente é realizado pelas mulheres, que acompanham os companheiros também, mesmo que seja “uma dor de garganta” conforme elencado por uma das entrevistadas. Todas essas atribuições sobrecarregam as mulheres que precisam realizar todas as funções que tangem aos cuidados da família.

É eu...as crianças é eu...quando é meu marido, eu tava indo com ele...quando ele fica com inflamação na garganta, tenho que ir com ele, pois ele fica mal mesmo...mas é muito difícil ele ficar doente...quando é as crianças, eu mesmo.(Clarice Lispector)

Eu que acompanho o médico...precisar de dar remédio...eu que dô...mais é eu mesma...quando fica doente...tem as minhas filhas...que ajudam...ajudam. muito...precisando...elas também...acompanhar no médico...fazendo exames...qualquer coisa (Adélia Prado).

Dei os remédios, ficou com a perna engessada...deu fratura....exposta....aí, ficou lá de repouso....muito tempo....aí eu cuidei dela....graças a deus. A vida inteira era eu...(risos)... até pros netos.... enquanto a gente aguentar (Nísia Floresta).

Indagada se gostariam de dividir as tarefas dos cuidados de saúde com alguém da sua família, Nísia Floresta alega que não. Percebe-se a internalização de suas obrigações, pois como desejar algo que sempre lhe foi negado, porquanto à mulher historicamente foi atribuído o papel de cuidadora, de responsável pelo doméstico.

Não, enquanto a gente tiver aguentando...a gente vai fazendo...um dia que a gente não aguentar...fazer sozinha...(risos)... tomara que acha alguém para ajudar (Nísia Floresta).

Constata-se uma hierarquização as tarefas que são atribuídas às mulheres adultas da família, quando não podem por quaisquer motivos desempenhar suas funções, outra mulher da família assume o que deveria ser realizado por ela.

Um cuidando do outro....apesar que é difícil... ficar doente...quando eu fico doente, minha mãe acompanha...se minha mãe tá... eu acompanho...levo...a família... uma vai ajudando a outra.(Narcisa Amália).

É patente as dificuldades das mulheres em romperem com os papéis que lhe foram atribuídos de mãe, esposa e cuidadora.

Órgãos de pesquisa apresentam dados referentes a situação das mulheres no interior dos lares e elencam a sobrecarga de trabalho como um dificultador para as mulheres se inserirem no mercado de trabalho, bem como reitera a desigualdade que elas vivenciam em relação aos homens. “A persistente responsabilização das mulheres pelos trabalhos domésticos não remunerados é apontada como fator preponderante na desigualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho” (IPEA, 2010, online).

Constatou-se também, que as mulheres do Assentamento têm dificuldades de acesso aos atendimentos de saúde, verificando ainda a falta de médicos, de medicamentos e de exames. Quando necessitam de tratamentos de especialistas que são realizados fora do Assentamento às dificuldades também são evidenciadas pelo longo período de espera, pela falta de estabelecimentos de onde os mesmos devem ser atendidos. Todas essas questões dificultam ainda mais o trabalho das mulheres que precisam demandar mais serviços na garantia de sua saúde e de seus familiares.

Conforme já destacado anteriormente neste trabalho, afirma-se que na atual formatação existente nesta sociedade, percebe-se que homens e mulheres não compartilham da mesma posição. As mulheres moradoras do meio rural, ou seja, mulheres agricultoras possuem uma extensa jornada de trabalho, pois além de cuidarem das atividades domésticas historicamente desprezadas por não se inserirem no circuito mercantil, ainda desenvolvem atividades produtivas, ao lado do marido, em todas as fases da produção, objetivando a subsistência da família, portanto, a divisão sexual do trabalho coloca as mulheres numa situação de desigualdade. Nem sempre a mulher é ouvida, e ainda se constata que são elas que se responsabilizam pelos cuidados de saúde dos seus familiares, enfrentando a falta de organização e de resolutividade do setor saúde, num desresponsabilização cada vez maior do Estado.

Acredita-se que este modelo de saúde desenvolvido pelo PSF possa trazer benefício aos usuários do SUS, mas precisa ser efetivado de forma integral, que haja vinculação com outros serviços, que se tenha resolutividade nas ações. A forma como está estruturado pode ter uma superposição de ações com outros serviços, e outras necessidades importantes e necessárias podem ficar sem soluções. A forma como está estruturado sobrecarrega ainda mais as mulheres, que precisam criar estratégias para conseguirem consultas, tratamentos e remédios para suas famílias.

Não basta uma apologia ao Programa de Saúde da Família como se fosse resolver todas as mazelas e precariedades do atendimento de saúde neste País, pois o sistema de saúde proposto pelo SUS, apesar de todos os avanços todas as conquistas, ainda assim,

apresenta muitas deficiências e quem arca com toda essa falta de resolutividade são os usuários que ficam muitas vezes desprotegidos e não recebem o tratamento digno e garantido na Constituição como direito a todo cidadão brasileiro e dever do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desta tese possibilitou a convicção da complexidade do tema pesquisado, em decorrência das múltiplas facetas históricas e culturalmente construídas. Favoreceu ainda a constatação de que ninguém tem a palavra final sobre as questões humanas, expressas em Fausto (2002), quando afirma que esta se sujeita aos percalços da pesquisa e da experiência pessoal do pesquisador. Mas, evidencia-se que esta pesquisa possibilitou uma aproximação da realidade vivenciada pelas mulheres do Assentamento 17 de Abril. Mulheres que buscam no trabalho com a terra a sua sobrevivência e a de seus familiares.

Nesta tese, desenvolveu-se a pesquisa na perspectiva de analisar a sobrecarga de trabalho impostas as mulheres no que tange aos cuidados de sua saúde e de seus familiares, acentuado pelo contínuo afastamento do Estado na efetivação das políticas públicas, mais especificamente as da saúde. Reitera-se que historicamente a mulher teve seu lugar determinado na esfera privada, quer seja subordinada aos homens, bem como, ao sistema capitalista vigente, que necessita da força de trabalho feminino na reprodução da vida, para formar assim o exército industrial de reserva importante e necessário para o desenvolvimento do capitalismo. Entretanto, elas não se sucumbiram a esta determinação e, a história está marcada de inúmeras lutas por elas travadas na busca de se legitimarem como cidadãs, objetivando compartilhar ao lado dos homens das outras facetas da vida, a política, a educação, o trabalho, enfim, a esfera pública. Reitera-se que houve, sem dúvidas, muitas conquistas, como o direito ao voto, à educação, ao trabalho remunerado, entretanto, as mulheres ainda não são maioria quando se trata de representação política, recebem remuneração menor do que a dos homens, e mesmo se inserindo no mercado de trabalho de forma incisiva, ainda são elas as responsáveis pelos afazeres domésticos, pelos cuidados dos filhos, dos enfermos, dos idosos, enfim, vivem a dupla e porque não dizer a tripla jornada de trabalho.

Constatou-se que em decorrência das ineficiências do sistema público de saúde e da transferência de responsabilidades praticadas continuamente no Estado de orientação econômica neoliberal, acentuou, ainda mais, essa realidade de sobrecarga de trabalho impostas cotidianamente as mulheres do Assentamento 17 de Abril, pois as políticas públicas não se efetivam de modo integral.

As políticas públicas foram criadas para dar o mínimo necessário de bem-estar social a todos que dela necessitar, na perspectiva de simplesmente amenizar os conflitos entre capital e trabalho, manter a massa silenciosa. Entretanto, as políticas públicas também são frutos das lutas dos trabalhadores que forjam reivindicações sistemáticas de oposição ao sistema capitalista que explora a força de trabalho, na construção de riquezas para uma

minoria, enquanto que para a maioria resta apenas o mínimo para sua sobrevivência e a de seus familiares. Mas, é fato que existe um vácuo entre as políticas públicas e a realidade em que vivem milhares de famílias empobrecidas sem acesso aos bens sociais produzidos por esta sociedade.

É, pois, a partir de 1988 com a promulgação da Constituição Federal que se estabeleceu o direito à Seguridade Social, possibilitando assim a implantação e implementação das políticas sociais de saúde, de assistência e de previdência social. Ocorre, porém, que os anos de 1990 no Brasil foram marcados pelos ajustes econômicos refletindo num modelo de Estado incoerente com a garantia dos direitos prevista na Constituição. Impõe-se a filosofia neoliberal que diminui o papel do Estado frente às políticas sociais.

Há um entendimento que o SUS enquanto política pública de saúde se constitui um avanço e uma referência neste País, mas entende-se que decorridos vinte e dois anos de Constituição e vinte anos da LOS muitos avanços foram conquistados e efetivados nesta área, mas ainda é preciso muito trabalho e investimento na busca de superar as dificuldades, pois, mesmo implantada, a política pública de saúde apresenta problemas de gestão, de resolutividade e de investimentos.

Tem-se um Estado com forte viés neoliberal que segue orientações de fornecer apenas o mínimo para a população e deixar o mercado cuidar dos outros procedimentos, favorecendo a mercantilização da saúde.

Na área da saúde, o Estado tem desenvolvido uma política de favorecimento ao mercado, pois, numa contradição de oferta de serviços, os procedimentos de alto custo têm sido realizados pelo SUS mesmo para os usuários conveniados, pois é universal: todos têm direito, deixando os convênios médicos, que visam lucros, livres desses custos. O Estado, ainda tem favorecido a isenção de impostos para quem paga esses mesmos convênios médicos, recursos estes que poderiam estar sendo destinados aos atendimentos no SUS.

A criação e a implantação do SUS não trouxeram soluções decisivas para área da saúde, mas sim formas relevantes de atendimentos mais dignos, de maior inclusão, contudo ainda é insuficiente para atender às necessidades dos brasileiros que vivem num país como o nosso marcado pela desigualdade social e pela péssima distribuição de renda. Apesar disso, o sistema é a única forma de acesso a milhões de brasileiros que não podem custear sua saúde via mercado, através dos pagamentos de convênios ou de atendimentos particulares, da compra de medicamentos e da realização de exames. Enfim, a defesa do SUS se faz necessária para que ele funcione em toda a sua plenitude, caso contrário vai continuar prevalecendo a lei do mercado, ou seja, quem tem mais dinheiro, compra mais saúde.

Nesse sentido, um dos maiores desafios do SUS é efetivar atendimento à saúde na sua concepção ampla, onde todos os brasileiros tenham acesso independente de contribuição. Afirma-se que o controle social seria uma possibilidade de efetivação do SUS, por meio da participação ativa de usuários, trabalhadores, gestores, estudantes, prestadores, instituições formadoras, e todos os envolvidos com a questão da saúde pública. É uma das possibilidades de fazer o SUS avançar definitivamente, para a mudança do modelo de atenção ainda curativo e centrado nas especialidades.

O enfoque na atenção básica ou primária para a reorganização do sistema de saúde visa à integralidade das ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos. Para ter saúde é preciso ter boa alimentação, residir em local com infraestrutura adequada, ter acesso ao trabalho, ao transporte de qualidade, desfrutar de programas de lazer, e outras necessidades básicas da vida. Assim, constata-se que a qualidade de vida não depende apenas do setor saúde. Nessa totalidade, a saúde é vivenciada no cotidiano, no lugar onde as pessoas trabalham, estudam, divertem, moram. É construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com outros, e pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as situações da própria vida.

Embora o SUS seja uma das políticas sociais mais avançadas, apresenta evidentes dificuldades em cumprir seus princípios norteadores, bem como o enfrentamento das refrações da questão social, devido à sua complexidade e ao contínuo desmantelamento do que é público.

O Sistema Único de Saúde vem sofrendo os impactos dessa política e aponta a desconstrução da saúde como direito universal, público e gratuito, o que pode ser constatado na privatização dos serviços, na falta de financiamento adequado dos programas de saúde, na responsabilização dos municípios, os quais incidem diretamente na saúde da população.

Constatou-se nesta pesquisa que o Assentamento 17 de Abril possui um PSF - Qualis para o atendimento das famílias moradoras no local, entretanto, este serviço está estruturado de forma precarizada, mesmo sendo preconizada legalmente, já que trabalha com equipe reduzida. A equipe possui uma postura passiva, pois aguarda a demanda espontânea no PSF, ainda assim, as consultas médicas só acontecem duas vezes por semana, tendo quinze atendimentos, são pré - agendados e com duas vagas por famílias. Ou seja, um serviço totalmente descaracterizado, pois ele é elencado pelo governo como atendimento diferenciado que não deve esperar a população adoecer, visitas domiciliares devem ser realizadas de forma sistemática pelos médicos, enfermeiras e agentes comunitários da saúde. Fica a pergunta, como viabilizar tal recomendação?

Constatou-se as dificuldades que as famílias do assentamento enfrentam cotidianamente na busca da garantia de saúde como: falta de profissionais, de trabalhos educativos, de medicamentos. Quando se discute o tratamento fora do assentamento, a situação se torna mais complexa, pois com a nova pactuação da saúde ainda não está estabelecida de forma clara e objetiva onde os moradores devem ser atendidos, evidenciado nas falas das mulheres entrevistadas. As estratégias devem ser realizadas para serem atendidas nos equipamentos de saúde no município de Franca, pois Restinga, município sede do Assentamento, não realizou a pactuação com o gestor municipal de Franca e sim com o gestor Estadual, portanto, diversos serviços usados rotineiramente como Pronto – Socorro de Franca, dentre outros, não estão mais credenciados para atender os moradores do Assentamento 17 de Abril.

Destaca-se que o PSF é o único serviço de saúde implantado no Assentamento, mesmo estruturado de forma precarizada, sem o mínimo previsto para este serviço, ainda assim, é avaliado positivamente pelas mulheres sujeitos desta pesquisa. Foi por elas enfatizado que, o serviço facilita algumas ações imediatas no atendimento à saúde, como acesso a consultas e realização de exames, sem haver a necessidade de se locomoverem a cidade mais próxima.

Acredita-se que a estrutura do PSF poderia efetivamente trazer benefício, mas se tivesse o seu funcionamento sendo realizado conforme o preconizado no programa. Poderia estar dentro da estrutura das Unidades Básicas de Atenção à Saúde e não realizando atividades separadas e desconectadas dessa estrutura existente.

Verificou-se que esta falta de estrutura nos atendimentos de saúde sobrecarrega o trabalho das mulheres e pode comprometer seus projetos, seus sonhos e até mesmo, a sua saúde. Entende-se que cabe ao Estado efetivar o que está garantido em Lei, proporcionando programas que de fato assegurem as necessidades da população, não só ao acesso aos serviços de saúde, mas que estes tenham resolutividade.

Corrobora com essas afirmações Miotto (2004, p.15) ao discutir que essas transferências de responsabilidades recaem sobre a mulher que “[...] fica sobrecarregada para desempenhar essa tarefa, sem receber ajuda em termos de serviços necessários.”

Tem-se a concepção de que a mulher consegue realizar diversas atividades ao mesmo tempo, o papel de cuidadora e protetora que lhe é atribuído, como atributos inerentes ao feminino, pelo fato de simplesmente serem mulheres, numa perspectiva de naturalização do feminino, sem deixar explícita que a construção desses papéis se deu socialmente. Enfatiza-se que se esses papéis foram construídos socialmente é possível serem

desconstruídos, ao passo que se for um atributo dado pela natureza dificulta as possibilidades de mudança, de ruptura, reforçando o discurso de que “[...] a mulher é boa gestora da pobreza porque essa mulher é capaz de, com pouquíssima renda, ‘se virar’ para garantir uma socialização menos rebelde ou menos problemática das pessoas em torno de sua família” (GODINHO, 2002, p. 19). Essas concepções têm trazido prejuízos para as mulheres.

O trabalho da mulher em seu domicílio é invisível. A rotina das atividades desenvolvidas dentro do lar e todas as demandas que deve atender requerem longas e cansativas jornadas de trabalho e, constituem alguns dos problemas que a mulher enfrenta por sua condição de esposa e mãe. Esta situação está dada e tão naturalizada que geralmente passa despercebida como questão a ser enfrentada, como se não estivesse imbuído de violência, de privações das quais as mulheres estão cotidianamente expostas. Sendo assim, esta discussão nem sempre ganha as dimensões necessárias, pois as próprias mulheres, em geral, não percebem esta condição como problema, como se estas situações fossem inerentes ao papel em que elas têm de desempenhar nesta sociedade. “Na história das mulheres, as funções e representações que lhes foram atribuídas, acabaram sendo transformadas em desigualdades sociais - sexuais ou de gênero” (RODRIGUES, 2001, online).

Segundo Muraro (2002), historicamente a mulher foi colocada em uma situação de submissão e reduzida ao domínio do privado com função de cuidar da geração e da manutenção da vida, seja a vida biológica, seja a do cotidiano, à mulher fica reservado o espaço do privado.

De acordo com Godinho (2004, p. 19):

O desafio que deveríamos assumir, do ponto de vista de gênero, para construir efetivamente condições de relação igualitária entre homens e mulheres, seria pensar como as políticas públicas podem, interferindo nessa miséria social que é a realidade do nosso país, trabalhar com uma perspectiva de construção da autonomia das mulheres como sujeitos sociais, e não com o papel de austeridade permanente atribuído a elas – papel de sustentáculo, ou de consciência crítica dos outros, dentro de um pretenso papel familiar, que poderia ser compartilhado, mas que muitas vezes, na responsabilização final, não é.

Percebe-se que o afastamento do Estado nas políticas públicas foi acompanhado do discurso de revalorização conservadora da família. De acordo com Pereira (2004), este discurso não veio acompanhado de políticas públicas que garantissem o seu fortalecimento, portanto, chama a atenção para os perigos da nova linguagem em torno do mistificado caráter da família. Esta identidade positiva e atribuída que a família incorporou no

contexto neoliberal faz com que ela seja a principal provedora de “bem - estar social” dos seus membros e não o Estado.

Faz-se necessário desencadear e fortalecer o debate em torno do empoderamento das mulheres, para que elas efetivem a capacidade de participação efetiva nas mais diversas negociações que seja de interesse e necessidades em suas relações cotidianas. Busca-se a implantação de políticas públicas que dêem visibilidade a causa das mulheres no sentido de que se atinja a emancipação feminina.

A sobrecarga da mulher nos cuidados que tangem à situação de saúde da família é uma constante. A divisão sexual do trabalho reitera os papéis socialmente construídos, o homem provedor de todas as despesas da família e a mulher como cuidadora, dentro de padrões socialmente estabelecidos.

Esta tese demonstrou que as mulheres sujeitos dessa pesquisa, moradoras de um assentamento rural, realizam suas atividades cotidianas no cuidado dos afazeres domésticos como: lavar, passar, cozinhar, arrumar a casa dentre outros, tarefas importantes na reprodução da família. Outras atividades são por elas desenvolvidas no lote pertencente à família, como plantar, cuidar da plantação, bem como do processo de colheita. As mulheres também são as responsáveis pelo cultivo no quintal da casa como: pequenas hortas e cuidados com os animais. Os cuidados da saúde também são atribuições das mulheres, que em decorrência da ausência de uma política pública de saúde eficiente sobrecarrega ainda mais essas mulheres moradoras de assentamentos rurais que precisam criar estratégias para receberem atendimentos quer seja para elas mesmas ou para familiares.

Constatou-se que as mulheres sujeitos desta pesquisa realizam todas essas funções de forma natural sem maiores questionamentos, o que evidencia que isso decorre da socialização em que estão inseridas, que tem na imagem da mulher aquela que cuida que protege, que da conta de fazer tudo.

As mulheres pesquisadas alegam que mesmo com todas as dificuldades de morarem em um assentamento, em decorrência de fatores da natureza como poeira, dificuldades na produção, distância da cidade e dos recursos, ainda assim acreditam que a vida melhorou, pois não teriam as mesmas condições para viverem e para criarem seus filhos. É enfatizado por elas as melhores condições por terem acesso à educação e por viverem num local com menor grau de violência do que se estivessem na cidade.

Constatou-se que a política de Reforma Agrária traz benefícios à população inserida nos assentamentos, pois possibilita ter casa, trabalho e mesmo de forma precarizada atendimento a saúde, realidade que é valorizada pelas mulheres do assentamento.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, Laís Wendel. **A inserção da mulher no mercado de trabalho**: uma força de trabalho secundário. 2007. 328 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ABREU, Haroldo Baptista. As novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: crise contemporânea. mod. 1. Brasília, DF: UnB : CEAD : 1999.

ALBUQUERQUE, Valéria de Oliveira. **Derrubando cercas conquistando o chão**: a luta dos assentados na Fazenda Boa Sorte. 2000. 137 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2000.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (Org.) **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDRADE, Carlos Drummond. **A rosa do povo**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5. ed. São Paulo: Boitempo, 2001.

_____. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**: a experiência vivida. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BECKER, Daniel. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00004003&lng=pt&nrm=i>. Acesso em: 7 mar. 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: política social. mod. 3. Brasília, DF: UnB : CEAD : 2000.

_____. Fundamentos de política social. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez : OPAS : OMS : Ministério da Saúde, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____.; BOSCHETTI, Ivonetti. **Política social: fundamentos e história**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de Serviço Social, 2).

BERTANI, Iris Fenner. Dimensão social do Pacto pela Saúde: uma leitura possível. In: _____. et al. (Org.) **Pacto pela saúde conversando sobre o SUS**. Franca: Ed. UNESP-FHDSS, 2010.

_____.; REZENDE, Regina Maura. (Org.). **Conversas interessantes sobre saúde: programa de extensão QUAVISSS**. Franca: Ed. UNESP-FHDSS, 2007.

_____.; SARRETA, Fernanda Oliveira; LOURENÇO, Edvania Ângela de Souza (Org.). **Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde**. Franca: Ed. UNESP-FHDSS : FAPESP, 2008.

BIANCHETTI, Lucídio; MACHADO, Ana Maria Netto (Org.). **A bússola do escrever: estratégias na orientação e escritas de teses e dissertações** 2. ed. Florianópolis: Ed. UFSC; São Paulo: Cortez, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 27, n. 87, p. 25-57, set. 2006.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 set. 2009.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2010.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

_____. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm>>. Acesso em: 15jan. 2011.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 26 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 675/GM de 30 de março de 2006**. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Brasília: MS, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-675.htm>>. Acesso em: 26 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 325/GM 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. 2008. Disponível em: <http://duvas.saude.pi.gov.br/legislacao_do_sus/portaria_n_325_gm_fev_2006.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2008. (Série A. Normas e manuais técnicos). (Cadernos de atenção básica, n. 21).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Superando desafios: o Serviço Social na saúde na década de 90. **Superando Desafios**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 9-16, 1998.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez : OPAS : OMS : Ministério da Saúde, 2007.

_____. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: _____; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____.; _____. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: _____. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n. 78, p. 48-68, jul. 2004.

CALDART, Roseli Salete. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 15, n.43, p. 207-224, set./dez. 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 87, p. 132-146, set. 2006.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de; ALMEIDA, Paulo Henrique de. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122, abr./jun. 2003.

CEAP. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: IFIBE : CEAP, 2007.

CETRA. **Marcha das Margaridas 2007**. Disponível em: <<http://www.cetra.org.br/oktiva.net/1431/secao/7551>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

COELHO, Elza Berger Salema; CALVO, Maria Cristina Marino; COELHO, Clair Castilhos. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006.

COELHO, Virginia Paes. **O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano 23, n. 71, p. 63-79, set. 2002.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: política e organização de serviços**. São Paulo: Cortez 1996.

_____. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1998.

CORRÊA, Sônia. **Gênero: reflexões conceituais, pedagógicas e estratégicas**. Relações desiguais de gênero e pobreza. Recife: S. O. S. Corpo, 1996.

CORTELLA, Mário Sérgio. O espaço da ética na relação indivíduo e sociedade. In: BONETTI, Dilséa Adeodata (Org.). **Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

DEL PRIORE, Mary. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004.

DUARTE, Lidiane. **Lei de Terras**. nov. 2007. Disponível em:
<<http://www.infoescola.com/historia/lei-de-terras>>. Acesso em: 6 nov. 2011.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família: da propriedade privada e do Estado**. Tradução
Ciro Mioranza. São Paulo: Escala Educacional, 2009.

ESMERALDO, Gema Galgini Silveira Leite. Ruídos com marcas de transgressões ancoradas
em mulheres assentadas. In: LOPES, Adriana L.; ZAZAR, Andrea Butto. (Org.). **Mulheres
na reforma agrária a experiência recente no Brasil**. Brasília, DF: MDA, 2008. (NEAD
debate, 14).

FALEIROS, Vicente de Paula. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**.
São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: CAPACITAÇÃO em
serviço social e política social: política social. mod. 3. Brasília, DF: UnB : CEAD : 2000.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: EDUSP, 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica
filosófica**. São Paulo: Universitária São Francisco, 2005.

_____. **Verdade e método II: complementos e índice**. 2. ed. São Paulo: Universitária São
Francisco, 2002.

GIACOMETTI, Israild. **De volta ao lar? trabalho feminino e globalização**. 1997. 257 f. Tese
(Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1997.

GIESBRECHT, Ralph Mennucci. **Boa Sorte: (antiga Sapucahy-Mirim) Município de
Restinga/SP**. 22 jul. 2010. Disponível em:
<<http://www.estacoesferroviarias.com.br/b/boasorte.htm>>. Acesso em: 5 fev. 2011.

GODINHO, Tatau. Na família, a mulher é boa gestora da pobreza. In: WANDERLEY,
Mariangela Belfiore; OLIVEIRA, Isaura de Mello Castanho e. (Org.). **Trabalho com
famílias: textos de apoio**. São Paulo: Ed. IEE : Ed. PUC/SP, 2004. v. 2.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília
Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. 16. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

HIRATA, Helena. Socióloga discute o desemprego e a questão de gênero no mundo do trabalho. Entrevistadora: Patrícia Mariuzzo. **Inovação Uniemp**, Campinas, v. 2, n. 5, p. 6-9, nov./dec. 2006.

_____. **Nova divisão sexual do trabalho?** um olhar voltado para a empresa e a sociabilidade. Tradução Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo, 2002

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IANNI, Otávio. **A classe operária vai ao campo**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1977.

_____. **Dialética e capitalismo**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

IBGE. **Censo demográfico 2000: cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/familias/tabdombr125.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

_____. **Algumas características da inserção das mulheres no mercado de trabalho: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre: 2003-2008**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_mulher/Suplemento_Mulher_2008.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2010.

_____. **As mulheres fazem história**. [2009]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/mulher/mulherhistoria.html>>. Acesso em: 26 set. 2009.

INCRA. **Portaria INCRA Nº 981, de 03 de outubro de 2003**. Brasília, DF, 2003.

IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça: análise preliminar dos dados**. 3. ed. Brasília, DF: Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

_____. **Sobrecarga no lar impacta ascensão feminina no trabalho**. mar. 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=825>. Acesso em: 8 mar. 2010.

JOSÉ FILHO, Mário; DALBERIO, Osvaldo. (Org.). **Família: conjuntura, organização e desenvolvimento**. Franca: Ed. UNESP-FHDSS, 2007.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LAFARGUE, Paul. **O direito à preguiça**. 1999. Disponível em:

<<http://www.culturabrasil.pro.br/direitoapreguica.htm>>. Acesso em: 8 jan. 2010.

LAGO, Natanael. **Domésticos direitos e deveres**: direitos do empregado doméstico.

Disponível em:

<<http://www.professortrabalhista.adv.br/Dom%C3%A9stico%20Direitos%20e%20Deveres.htm>>.

Acesso em: 12 set. 2010.

LAURELL, Asa Cristina. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Tradução Rodrigo Leon Contrera. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LEÃO, Estela Maria; MARINHO, Lilian Fátima Barbosa. Saúde das mulheres no Brasil. Subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista de Promoção da Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 6, p. 31-36, out. 2002.

LEITE, Sérgio et al. (Coord.). **Impactos dos assentamentos**: um estudo sobre o meio rural brasileiro. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

LIMA, Graziella Aparecida Garcia de. **A cooperação informal dos pequenos produtores da Agrovila do MST, assentamento de Restinga – SP**. 2006. 90 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2006.

LOPES, Adriana L.; ZARZAR, Andrea Butto. (Org.). **Mulheres na reforma agrária a experiência recente no Brasil**. Brasília, DF: MDA, 2008. (NEAD debate, 14).

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. 2009. 426 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2009.

LOURENÇO, Sandra. **Violência conjugal**: materialização das ações profissionais na área da saúde. 2008. 202 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2008.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social**: os princípios ontológico fundamentais de Marx. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

_____. **História e consciência de classe**: estudos de dialética marxista. 2. ed. Rio de Janeiro: Elfos, 1989.

MACHADO, Lia Zanotta. Os frágeis direitos da mulher. **Revista de Promoção da Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 6, p. 22-25.out. 2002.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffone. O projeto de pesquisa em Serviço Social. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: intervenção e pesquisa em Serviço Social. mod. 5. Brasília, DF: Ed. UnB : CEAD, 2001.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

_____. **Serviço Social: identidade e alienação**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. L. 1.

_____. **Miséria da filosofia**. São Paulo: Ícone, 2004.

_____.; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

_____.; _____. **Manifesto do Partido Comunista**. Tradução de Sueli Tomazini Barros Cassal Porto Alegre: L&P 2009.

MARUANI, Margaret. La calificación, una construcción social sexuada. **Economía y Sociología del Trabajo**, Madrid, n. 21-22, p. 41-50, set./dic. 1993.

MASSAKO, Iyda. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed. UNESP, 1994.

MATTOSO, Jorge. **A desordem do trabalho**. São Paulo, Scritta, 1996.

_____. **O Brasil desempregado: como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos no anos 90**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999.

MEDEIROS, Leonilde Servolo de. Assentamentos rurais e gênero: temas de reflexão e pesquisa. In: LOPES, Adriana L.; ZARZAR, Andrea Butto. (Org.). **Mulheres na reforma agrária a experiência recente no Brasil**. Brasília, DF: MDA, 2008. (NEAD debate, 14).

MELO, Hildete Pereira; CONSIDERA, Claudio Monteiro, DI SABBATO, Alberto. Os afazeres domésticos contam. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 435-454, dez. 2007.

_____.; DI SABBATO, Alberto. Um olhar de gênero nos Assentamentos de Reforma Agrária. In: LOPES, Adriana L.; ZAZAR, Andrea Butto. (Org.). **Mulheres na reforma agrária a experiência recente no Brasil**. Brasília, DF: MDA, 2008. (NEAD debate, 14).

MENDES, Rita de Cássia Lopes de Oliveira. **Os catadores e seletores de material reciclável: o social e o ambiental na lógica do capitalismo**. 2009. 205 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n.87, p. 58-75, set. 2006.

MINAYO, Maria Cecília Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINELLA, Luzinete Simões. **Gênero e contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf>. Acesso em: 5 out. 2009.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília, DF, [2008]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 8 mar. 2011

_____. **Unidades com estrutura planejada para a Saúde da Família**. Brasília, DF, 24 set. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10591>. Acesso em: 30 set. 2009.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 9 ago. 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Que família é essa? In: WANDERLEY, Mariangela Belfiore; OLIVEIRA, Isaura de Mello Castanho e. (Org.). **Trabalho com famílias: texto de apoio**. São Paulo: Ed. IEE : PUC/SP, 2004. v. 2.

MITIDIERO, Marco Antonio. **O Movimento de Libertação dos Sem Terra e as contradições da luta pela terra no Brasil**. 2002. 319 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MONNERAT, Gisele Lavinias; SENNA, Mônica C. M.; SOUZA, Rosimary G. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, Maria Inês Souza. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

MOURÃO, Ana Maria A. et al. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal: o Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MST. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.mst.org.br/node/604>>. Acesso em: 26 jan. 2011a.

_____. **Nossa produção**. Disponível em: <<http://www.mst.org.br/taxonomy/term/325>>. Acesso em: 12 jan. 2011b.

MURARO, Rose Marie. **A mulher no terceiro milênio**. 8. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei. **A feminização no mundo do trabalho**: entre a emancipação e a precarização. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

_____. **O trabalho duplicado**: a divisão sexual no trabalho e na Reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

_____. A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e precarização. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 44, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/044/44cnogueira.htm>>. Acesso em: 6 dez. 2009.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As possibilidades da política idéias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

OPAS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978.

_____. **Declaração de Adelaide**. Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Adelaide, 5-9 abr. 1988. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>. Acesso em: 14 set. 2009.

PAULO NETTO, José. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n. 79, p. 5-26, set. 2004.

PEREIRA, Ana Lucia (Coord.). **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos básicos de saúde).

PEREIRA, Potyara A. P. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de.; LEAL, Maria Cristina. (Org.). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Cidadania e (in) justiça social: embates teóricos e possibilidades atuais. In: FREIRE, Lúcia M. B.; FREIRE, Silene de Moraes.; CASTRO, Alba Tereza Barroso. (Org.). **Serviço Social, política social e trabalho**: desafios e perspectivas para o século XXI. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

_____. **Política social**: temas & questões. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PESSOA, Fernando. **Frases e sonhos**. Disponível em:
<http://pensador.uol.com.br/frases_sonhos>. Acesso em: 6 fev. 2011.

PORTO, Marta. Em busca de Kairos. In: VENTURINI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA; Suely (Org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder, o socialismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

PRADO JÚNIOR, Caio. **A questão agrária no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

RAGO, Margareth. Descobrimo historicamente o gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 11, p. 89-98, 1998. Disponível em:
<http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html>. Acesso em: 8 jan. 2011.

_____. Ser mulher no século XXI: ou carta de alforria. In: VENTURINI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA; Suely (Org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

RAICHELIS, Raquel. Desafios da gestão democrática nas políticas sociais. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: política social. mod. 3. Brasília, DF: UnB : CEAD : 2000.

RICHARD, Ivan. Expectativa de vida de brancos é maior do que de negros. **Agência Brasil**, Brasília, DF, 16 dez. 2008. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/003/00301009.jsp?ttCD_CHAVE=7578>. Acesso em: 13 set. 2009.

RODRIGUES, Almira. **Práticas sociais, modelos de sociedade e questões éticas: perspectivas feministas**. 2001. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/publicacoes/artigos_detalhes.asp?IDArtigo=3>. Acesso em: 26 set. 2009.

ROHDEN, Fabíolo. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

_____. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 82-91, oct./dez, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v13n4/v13n4a08.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2010.

_____.; MUNHOZ-VARGAS, Mônica. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Ações: incentivo à estratégia saúde da família – QUALIS**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_acoes_qualis.mmp>. Acesso em: 27 jun. 2010

SARTI, Cynthia Andersen. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SEADE. Relação família e trabalho na perspectiva de gênero: a inserção de chefes e cônjuges no mercado de trabalho. **Mulher Trabalho**, São Paulo, ed. esp. mar. 2009. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/boletins/boletim_mtrabalho_chefesconjuges.pdf>. Acesso em: 20 set. 2009.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

SILVA, Edileusa. **O planejamento familiar na perspectiva feminina**. 2007. 96 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2007.

_____.; FIGUEIREDO, Glória. Lucia. A. Regulação da fecundidade na perspectivas das políticas públicas. In: SEMANA DE SERVIÇO SOCIAL, 14. Franca, 2003. **Anais...** Franca: Ed. UNESP-FHDSS, 2003.

_____.; SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Íris Fenner. As políticas públicas de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 16, p. 87-110, 2007.

SILVA, Maria Aparecida Moraes. De colônia a bóia-fria. In: DEL PRIORE, Mary. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004.

SILVEIRA, Maria Lúcia. **As mulheres e o Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.sof.org.br/arquivos/txt/inst_area_atua_saude_mulh_prog.txt>. Acesso em: 4 jun. 2010.

SOARES, Laura Tavares. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOF. **Folha Feminista**: Boletim da SOF na luta feminista, n. 69, Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.sof.org.br>>. Acesso em: 4 abr. 2010.

SORJ, Bila. Trabalho remunerado e trabalho não-remunerado. In: VENTURINI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (Org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SOUSA, Regina Sueli. Políticas sociais setoriais e por segmento, agrária. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: política social. mod. 3. Brasília, DF: UnB : CEAD : 2000.

SYMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano. 23, n. 71, p. 9-23, set. 2002.

TEIXEIRA, Fancisco J. S. O neoliberalismo em debate. In: _____; OLIVEIRA, Manfredo Araújo. (Org.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1996.

TELLES, Vera S. A nova questão social brasileira. **Praga**: Estudos Marxistas, São Paulo, v. 6, p. 106-117, 1998.

TOLEDO, Cecília. **Mulheres**: o gênero nos une, a classe nos divide. 2. ed. São Paulo: Sundermann, 2008.

VALLIM, Suely; VIEIRA, Ana Maria Lima; OSIANO, Vera Lucia Lopes R. **A estratégia saúde da família** - Qualis - em 101 Municípios do Estado de São Paulo. 2006. p. 189-205. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estudos_analises/saude_familia_qualis%5Bs.vallin-v.osiano%5D.pdf>. Acesso em: 21/0/2011.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Os direitos e a política social**. 2. ed. São Paulo: Cortez. 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria et al. Profissões de Saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

VENTURINI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA; Suely (Org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

_____.; _____. As mulheres Brasileiras no início do século XXI. In: _____.; _____.; OLIVEIRA; Suely (Org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004..

VIEIRA, Evaldo. O Estado e a sociedade civil perante o ECA e a LOAS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 19, n. 56, p. 9-22, mar. 1998.

_____. **Os direitos e a política social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

WAGNER, Adriana. (Coord.). **Família em cena**: tramas, dramas e transformações. Petrópolis: Vozes, 2002.

ZILLES, Urbano. Apresentação: In: WAGNER, Adriana. (Coord.). **Família em cena**: tramas, dramas e transformações. Petrópolis: Vozes, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MULHERES ASSENTADAS

I Identificação

- 1 Idade
- 2 Escolaridade
- 3 Estado civil
- 4 Naturalidade
- 5 Quantidade de filhos
- 6 Quantas pessoas moram na casa
- 7 Há quanto tempo reside no assentamento

II A Vida no assentamento

- 1 Como é a organização do assentamento. Você participa das atividades de organização.
- 2 Quem são os responsáveis pelo cultivo do lote
- 3 Como é a vida no assentamento, em relação ao trabalho.
- 4 O que considera ser sua obrigação na casa, na família.
- 5 Quanto tempo gasta com os afazeres domésticos
- 6 Como você poderia descrever a sua vida antes do Assentamento?
- 7 E após, a sua vinda ao assentamento, o que mudou?
- 8 Quais são as principais facilidades e dificuldades encontradas desde a sua vinda para o assentamento?

III As questões de saúde

- 1 Conte-me sobre o atendimento de saúde dentro do assentamento e fora dele.
- 2 Qual a sua percepção sobre o atendimento à saúde no assentamento.
- 3 Os cuidados com os seus familiares quando adoecem.
- 4 Alguém na sua família já adoeceu. Tipos de doença.
- 5 Quais as pessoas que ajudaram nos cuidados.
- 6 Quando não tem a medicação ou o tratamento indicado, o que vocês fazem? Quem busca as alternativas?
- 7 Você utiliza remédios caseiros? Como você busca esta medicação?

III As questões de gênero

- 9 Como é ser mulher
- 10 Conte-me sobre seu relacionamento com familiares e com seus filhos.
- 11 O que mais gosta de fazer?
- 12 O que tem de lazer aqui no assentamento.
- 13 Você tem algum sonho?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA SAÚDE DO PSF

1 Identificação

Sexo

Idade

Escolaridade

Tempo de Formado

Há quanto tempo você trabalha aqui.

2 O PSF como equipamento de saúde

O PSF está instalado no assentamento há quanto tempo.

Quantas famílias há no assentamento

Todas são usuárias do PSF

É realizado o cadastro das famílias

Se sim por quais profissionais

É realizado trabalho educativo

Qual é a composição da equipe

Em sua opinião outros profissionais deveriam compor a equipe

Em sua opinião o PSF está implantado de forma efetiva.

Se não, quais as deficiências.

Quais são as principais facilidades e dificuldades encontradas desde a implantação do PSF

Se sim, quais

3 O atendimento das famílias no PSF

1. Como você vê o assentamento?

2. Quem mais procura atendimento, homens ou as mulheres

3. Na sua opinião quem mais se responsabiliza pelo tratamento dos familiares.

4. Quais as principais doenças

5. Em sua opinião há uma sobrecarga de trabalho as mulheres no que se refere os cuidados da sua saúde e de sua família

6. Como é realizado a referencia para outras especialidades.

7. Em caso de necessidade de atendimento aos recursos da comunidade como é realizado.



APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE:

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__. IDADE: ____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: ____ Nº _____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____.

Eu, _____,

Declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: Mulheres assentadas e as estratégias para a garantia de sua saúde e de seus familiares.

O projeto de pesquisa será conduzido por **(Edileusa da Silva)**, do curso **(Serviço Social)**, orientado pela Prof.^a Dr.^a **(Raquel Santos Sant'Ana)**, pertencente ao quadro *docente* **(UNESP)**. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: Tese. Observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. Este projeto tem como objetivo analisar as dificuldades relativas aos cuidados da saúde dos membros da família enfrentadas pelas mulheres do Assentamento “17 de abril”, da fazenda Boa Sorte, localizada no Município de Restinga. Trata-se de evidenciar as estratégias criadas pelas mulheres na garantia da saúde familiar, na interface com a política pública de saúde.

Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, de _____ de 2010. .

Assinatura do participante.

ANEXOS

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE
DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNESP DE FRANCA**



Memorando CEP/Franca N.º 073/2009

Para: Edileusa da Silva
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Raquel Santos Sant'Ana

De: **Prof. Dr. Ubaldo Silveira**
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Data: 16/12/2009

Projeto de Pesquisa CEP: 073/2009

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos por meio deste informar que o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP – CEP/UNESP/FRANCA *analisou e aprovou* sem restrições, o Projeto intitulado “Mulheres assentadas e suas estratégias para a garantia de sua saúde e de suas famílias”, tendo como pesquisador Edileusa da Silva, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em reunião ocorrida na data de 16/12/2009, registrado sobre o CEP: 073/2009.

Temos ciência de que os estudos serão conduzidos de acordo com normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos que sejam encaminhados os relatórios parciais e finais, bem como envie-nos possíveis emendas e novos termos de consentimentos livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido durante a realização do presente projeto de pesquisa para que possamos fazer o devido acompanhamento.

Sem mais para a oportunidade,

Atenciosamente.

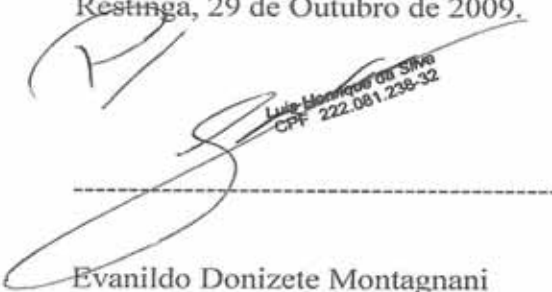
Prof. Dr. Ubaldo Silveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
UNESP – Campus de Franca

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**Declaração**

Declaro para os devidos fins, que a pesquisadora Edileusa da Silva portadora do RG 15.294.929, está autorizada a realizar pesquisa intitulada “mulheres assentadas e suas estratégias para a garantia de sua saúde e de suas famílias”, no Assentamento 17 de Abril na fazenda Boa Sorte, município de Restinga – SP. No assentamento está instalado uma Unidade do Programa de Saúde da Família - PSF

Por ser verdade firmo o presente.

Restinga, 29 de Outubro de 2009.



Evanildo Donizete Montagnani

Secretario de Saúde