

TERRITÓRIO E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS RURAIS: CUIDADO INTEGRAL ÀS POPULAÇÕES DO CAMPO

TERRITORY AND SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH IN RURAL CONTEXTS: FULL CARE TO AGRARIAN POPULATIONS

Candida Maria Bezerra Dantas, Magda Dimenstein, Jáder Ferreira Leite, João Paulo Macedo, Victor Hugo Belarmino

Universidade Federal do Rio Grande do Norte; candida.dantas@gmail.com; mgdimenstein@gmail.com; jaderfleite@gmail.com; jampamacedo@gmail.com; victorbelarmino@outlook.com

Historia editorial

Recibido: 11-04-2017

Primera revisión: 06-06-2019

Aceptado: 03-07-2019

Publicado: 20-02-2020

Palavras-chave

Saúde Mental

Território

Rural

Vulnerabilidade

Resumo

Objetiva-se discutir saúde mental em uma perspectiva multidimensional, considerando que ela sofre efeitos do lugar e que os contextos de vida podem funcionar como amortecedores da vulnerabilidade ou disparadores de sofrimento psíquico. Destaca-se a ótica da Determinação Social da Saúde que parte da história e particularidades dos territórios, de análises situacionais das necessidades de uma população, para a contextualização do processo saúde-doença-cuidado. No meio rural, as condições de vulnerabilidade se agravam. Indicadores socioeconômicos de assentamentos rurais do Nordeste brasileiro revelam considerável índice de não alfabetizados, de insegurança alimentar e de mortalidade infantil; dificuldade no acesso aos serviços públicos e assistência técnica; precariedade das condições de trabalho e maior dependência dos programas de transferência de renda. Ou seja, uma complexidade de fatores e combinação de riscos produtores de sofrimento que impactam na saúde mental.

Abstract

This work aims to discuss mental health from a multidimensional perspective which uses the identification of history, rhythms and particularities of the territories, conducting situational analysis of social and health needs of a population, linked to living conditions, in order to contextualize the process health-illness care. When it comes to rural areas, conditions of vulnerability related to poverty worsen. Socioeconomic indicators show that settlements in the Brazilian Northeast still presents alarming data: Considerable rates of illiteracy, food insecurity and child mortality by today's standards; difficulty in access to public services; poor work conditions and greater reliance on income transfer programs. That means that in the Brazilian countryside there are a complexity of factors and combinations of socioeconomic and environmental risks that produce distress that directly affects mental health.

Dantas, Candida M. B.; Dimenstein, Magda.; Leite, Jáder F.; Macedo, João P. & Belarmino, Victor H. (2020). Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. *Athenea Digital*, 20(1), e2169. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2169>

Introdução

A Organização Mundial da Saúde ao longo das últimas décadas vem dando destaque à injustiça social como grande causa para as desigualdades que interferem direta e indiretamente nas condições de saúde e doença das populações em esfera global. Logo, abarcar as determinações sociais da saúde e da vida se configura como um importante desafio na formulação de políticas sociais para o enfrentamento das desigualdades,

com repercussões importantes quando se trata da territorialização e integralização da atenção em saúde.

Nesse sentido, os fatores que condicionam as iniquidades em saúde e as necessidades dos grupos afetados pela pobreza e desvantagem social não podem ser desconsiderados na atualidade. As condições de vida, presença, qualidade e acessibilidade aos serviços e ações de saúde pública, aos recursos comunitários, bem como o grau de integração e suporte social presente em uma comunidade, gênero, raça e etnia, dentre outros fatores, fazem parte de uma equação delicada que condiciona as disparidades observadas no processo saúde-doença-cuidado, aspectos que, ademais, se articulam de forma diferenciada nos contextos urbanos e rurais. Quando se trata de assentamentos de reforma agrária a situação é ainda mais complexa devido ao cenário de precariedade estrutural e vulnerabilidade que caracteriza grande parte desses espaços, especialmente no nordeste brasileiro (Leite et al., 2017).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PN-SIPCF), aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2011, é um marco histórico na saúde brasileira e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença/cuidado dessas populações. Entretanto, muitos entraves existem atualmente à implementação dessa política nos estados brasileiros de forma a garantir universalidade, integralidade e acessibilidade no Sistema Único de Saúde/SUS aos moradores dessas áreas, apesar de constituir coletivos cujas especificidades geram demandas particulares associadas às condições de vida e trabalho, e conseqüentemente, de cuidado especializado nos casos de sofrimento mental.

Esse artigo objetiva abordar a saúde mental em uma perspectiva multidimensional, considerando que ela sofre efeitos do lugar e que os contextos de vida podem funcionar como amortecedores da vulnerabilidade ou disparadores de sofrimento psíquico. Tem o intuito, portanto, de contribuir com o desafio teórico, metodológico e político destacado por Naomar Almeida-Filho (2010) referente à discussão da Determinação Social da Saúde, articulando tal perspectiva às peculiaridades do meio rural brasileiro, mais especificamente às condições de vida e saúde mental de populações assentadas (Almeida-Filho, 2010). Nossa contribuição afirma-se em um compromisso ético-político quanto à produção de saberes situados, contextualizados e implicados com a desnaturalização das concepções naturalizantes e universalizantes sobre os modos de viver e subjetivar-se, concepções estas que marcam certos lugares e determinadas relações de poder.

Para tanto, traz algumas contribuições da Geografia da Saúde e dos Cuidados em Saúde e da Saúde Coletiva, ressaltando o debate sobre território e saúde. Visa, por fim, ressaltar que a contextualização do processo saúde-doença-cuidado está intimamente relacionada à sua territorialização, perspectiva geralmente desconsiderada nos diversos níveis de intervenção das políticas públicas de saúde e de atenção psicossocial, bem como em termos da formação, educação permanente e das práticas dos profissionais de saúde.

O rural como espaço de heterogeneidades e singularidades: o território e a saúde

Muitos têm sido os esforços de caracterização e conceituação acerca do rural e, por conseguinte, do que se entende por urbano. Visando contribuir com as reflexões que problematizam teórico-conceitualmente tais categorias, Ângela Endlich (2010) faz uma breve sistematização dos critérios ainda muito utilizados no tratamento e caracterização dessas categorias (Endlich, 2010). O primeiro critério toma o urbano e rural enquanto adjetivos territoriais. Urbano, neste campo metalinguístico, estaria vinculado ao “cortês, afável, polido ou civilizado” (p. 14). Rural, portanto, carregaria a marca daquilo que é atrasado e rústico. O segundo trata o rural como dispersão e o urbano como aglomeração, caracterizando o urbano e rural em número de habitantes por quilômetro quadrado. Por último, a autora destaca o critério estabelecido de acordo com a ocupação econômica da população. Nessa perspectiva, o rural aparece como locus privilegiado de reprodução das atividades primárias (segmento da economia que reúne atividades agropecuárias e extrativistas), muito questionada no atual debate sobre “ruralidades”, em razão da ideia da existência de um “novo rural”, como será discutido mais adiante.

Segundo Endlich (2010), considerar tais critérios de forma descontextualizada, sem levar em conta parâmetros históricos e processuais, mostra-se demasiado simplista e estático. Portanto, é importante escapar de um viés meramente economicista ou produtivista na definição da categoria rural, que já não é — ou nunca foi — apenas *locus* de reprodução do modelo produtivo agrícola. Também não é apropriado considerar apenas parâmetros demográficos, já que o rural também não consiste em um aglomerado de indivíduos em espaços com baixa densidade demográfica. Nesse sentido, Maria Wanderley (2001), alerta para o fato de que não existe um rural único, a-histórico, imutável e generalizável, mas sim “rurais”, frutos de processos históricos diferenciados. A autora ressalta que apesar de ser marcado por muitas especificidades, o contex-

to rural continua mantendo particularidades históricas, sociais, culturais e ecológicas, conformando um espaço físico e social diferenciado (Wanderley, 2001).

Na literatura, entretanto, não há consenso acerca da concepção de rural. Até muito recentemente o objeto de estudo da sociologia rural parecia bastante claro: o espaço rural conformava uma realidade específica, distinta da cidade tanto por sua atividade econômica predominante — a agricultura — quanto por relações de trabalho, produção e manifestações sociais, religiosas e culturais diferenciadas. Tal compreensão, como define Maria Carneiro (2012), parte do pressuposto que há uma subordinação da realidade social do campo à da cidade, esta última tida como o polo irradiador de cultura, bens e conhecimentos. O campo enquanto realidade social distinta, portanto, tenderia a desaparecer em função do processo de urbanização (Carneiro, 2012).

De fato, como discute Endlich (2010), os investimentos e o modo de vida urbano que extrapolam o âmbito das cidades têm demonstrado que, historicamente, o urbano atinge o rural. Isto se percebe, por exemplo, com o avanço dos meios de transporte e comunicação, com a expansão de serviços urbanos para áreas rurais e a incorporação de símbolos rurais no cotidiano urbano, o que, segundo Regina Camargo e Julieta Oliveira (2012), aproximou de tal forma essas realidades que o rural não é mais um espaço facilmente caracterizável, mas antes, um desafio para estudiosos e formuladores de políticas públicas (Camargo & Oliveira, 2012). Tal aproximação, todavia, não representou o fim do rural, mas gerou o que se denomina por “novas ruralidades”. Para Maria Carneiro (2012), essa nova tendência tem como uma de suas principais premissas a ruptura da representação do mundo rural atrelada à atividade agrícola. Percebe-se, neste processo, o aumento gradativo de famílias pluriativas, isto é, que utilizam como estratégia de permanência no campo e de melhoria das condições de vida, a combinação da atividade agrícola com outras ocupações.

Em resumo, Regina Camargo e Julieta Oliveira (2012) identificam três tendências no discurso atual sobre o rural: a primeira aponta para uma dicotomia entre o rural e o urbano — concepção clássica que ressalta a existência de modos de vida diferentes entre os sujeitos do campo e da cidade; a segunda indica um suposto fim do isolamento entre campo e cidade, caracterizando o que se denomina de “continuum rural-urbano” (p. 1708), pela gradativa perda das fronteiras entre os dois espaços sociais, marcando o fim da própria realidade rural. A terceira tendência tem como hipótese que, embora haja semelhanças e contínuas aproximações entre o campo e a cidade, estes dois espaços guardam suas particularidades sócio espaciais e epidemiológicas.

Esta terceira tendência é particularmente importante para problematizar os modos de apropriação dos territórios pelos atores sociais do campo, uma vez que toma o

rural enquanto palco de contínuas trocas, movimentos e conflitos, enquanto espaço ressignificado ou renascido (Sauer, 2010). Tal perspectiva, segundo os autores, é pertinente em função das novas formas de sociabilidade e de relações que conformam uma complexa rede de atores e processos sociais. Assim, o rural pensado enquanto espaço em movimento, marcado por imensa diversidade, caracterizado por formas muito variadas de ocupação e de uso da terra pela população, por condições e modos de vida também distintos, enquanto espaço heterogêneo e singular, é a perspectiva que adotamos. Além disso, não é somente lócus de produção agrícola, mas de bens culturais e sociais que reverberam nos processos subjetivos e de socialização.

Sérgio Sauer (2010) destaca que a “questão rural” no Brasil está relacionada a um determinado modelo de ocupação da terra, não como lugar de vida, trabalho e autonomia, modelo que segundo o autor produz e mantém desigualdades sócio territoriais e privilegia o desenvolvimento rural do grande capital (produção mecanizada em larga escala e ampliação das fronteiras agrícolas), e condiciona a realidade sócio-político-econômica das populações do campo, tradicionalmente marcadas pelo descaso e invisibilidade social (Sauer, 2010).

Entretanto, inúmeros obstáculos vêm impedindo a concretização desse projeto democrático para as populações rurais em nível nacional. Embora tenhamos presenciado o direcionamento de algumas políticas voltadas para o campo tais como o Programa Luz para Todos, o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), o Plano Brasil Sem Miséria e a própria Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, não conseguem atingir a totalidades dos territórios, outras esbarram em entraves políticos e econômicos, de modo que continuamos a identificar problemas estruturais e recorrentes junto às populações rurais, especialmente quanto à geração de renda, o que repercute diretamente nas condições de moradia, trabalho, lazer, educação e estilo de vida das mesmas. No atual cenário político brasileiro esse projeto democrático parece ainda mais difícil de ser alcançado frente aos retrocessos no campo dos direitos e desmonte das políticas públicas.

Os assentamentos de reforma agrária, em particular, são castigados pela falta de estradas, de transporte adequado, de meios de comunicação, de recursos hídricos, além de apresentarem riscos ambientais diversos, tais como destinação inadequada do lixo, uso de agrotóxicos e realização de queimadas como forma de preparação do solo para plantio (Lima & Lopes, 2012). No caso dos assentamentos do Nordeste, estão ainda sujeitos à instabilidade climática da região, devido aos longos períodos de estiagem, à escassez de recursos naturais, ao transporte precário, dentre outros problemas. Contudo, se agravam diante de questões de ordem política quanto à distribuição de recursos e

estratégias de convivência com o semiárido, a não implementação e/ou mau uso das políticas de crédito agrícola, por exemplo.

Os moradores comumente necessitam desenvolver estratégias de complementação da renda familiar e carecem de organização coletiva e participação política que possam produzir empoderamento e interferência nos padrões de desenvolvimento local, de saúde e na vida comunitária. Além disso, a degradação ambiental, exposição aos agrotóxicos, alimentação inadequada, falta de espaços de lazer, baixo nível de apoio social, a carga do trabalho doméstico e agrícola entre as mulheres, todos esses fatores estão associados ao aumento das doenças crônico-degenerativas, bem como à presença de morbidades psiquiátricas e uso abusivo de álcool (Silva, Dimenstein, Leite, Macedo, & Dantas, 2016).

Nesse cenário de iniquidades, as desigualdades em saúde observadas no meio rural são de causalidade complexa e articulam diferentes níveis de determinação que são indissociáveis: uma dimensão macroestrutural relativa ao capitalismo e à produção do espaço rural, bem como da pobreza e das desigualdades sociais; ao modo como vem se dando a formação social do campo e, conseqüentemente, como as políticas públicas e de reforma agrária no país vêm sendo implementadas, o que determina as condições de vida no meio rural em termos de educação, saúde, trabalho, renda e infraestrutura. Outra dimensão não menos importante é a que articula aspectos simbólicos, culturais, valores, crenças, e se refere aos modos de vida e produção subjetiva, isto é, às formas de sociabilidade e convivência, de organização comunitária e política, às bases de apoio social, bem como às concepções e práticas de cuidado em saúde, às condicionaisidades de gênero, raça e geração.

Há, portanto, a tessitura de uma trama que torna as populações rurais vulneráveis, seja do ponto de vista individual, coletivo, psicossocial, seja programático ou operacional (conjunto de políticas, serviços e ações), vulnerabilidade que é função de relações sociais desiguais, indicando a necessidade de políticas e de práticas que levem em conta essas condições, que busquem o enfrentamento dessas discriminações históricas e alteração das iniquidades. Nessa trama, a importância do território não pode ser desconsiderada. Como já referido anteriormente, o meio rural é um espaço heterogêneo e singular, não passível de uniformização quando se trata de aspectos culturais e dos modos de vida da população.

A Geografia da Saúde e dos Cuidados em Saúde (Remoaldo & Nogueira, 2012; Santana, 2014), tomando o território como componente fundamental da disciplina, vem destacar as variações em saúde, os padrões de difusão espacial das enfermidades, bem como o acesso e forma de utilização dos serviços de saúde, enquanto elementos

diretamente associados às características do espaço. As autoras ressaltam que os perfis de saúde das populações dependem, em grande parte, do território em que vivem, ou seja, que a saúde é influenciada pelos atributos do contexto, decorrentes do seu ambiente físico, social, econômico, cultural e histórico (qualidade do ambiente físico, estética, organização e coesão social, segurança, etc.). Concluem chamando atenção que “os resultados em saúde dependem não só de quem se é, mas também do lugar onde se vive” (Remoaldo & Nogueira, 2012, p. 21). Dessa maneira, cada lugar é uma síntese de múltiplos fatores inter-relacionados, os quais irão determinar seu potencial de criar e perpetuar iniquidades sociais e em saúde ou, ao contrário, de serem espaços de oportunidade para a saúde se efetuar em suas mais amplas acepções e de maneira singular. Os problemas anteriormente destacados acerca das condições de vida e trabalho no meio rural, entendido como espaço heterogêneo e cheio de particularidades, reforçam não só a centralidade da categoria território, bem como a necessidade de uma abordagem culturalmente sensível às essas especificidades do ponto de vista da saúde humana.

A partir desse entendimento, é inadiável a proposição de uma abordagem territorial em saúde mental. Destacamos a ótica da Determinação Social da Saúde que considera imprescindível a identificação da história, dos ritmos e particularidades dos territórios, a realização de análises situacionais das necessidades sociais e de saúde de uma população, articuladas às condições de vida, seja no cenário dos grandes centros urbanos, seja no meio rural.

Determinação social da saúde mental: uma perspectiva multidimensional

O conceito de Determinação Social da Saúde (DSS) traz como pressuposto fundamental que a compreensão da saúde humana deve passar pela análise interdisciplinar das formas de organização da sociedade, de sua estrutura social e econômica, entendendo que esta subordina a dimensão natural da produção da saúde, da doença e do cuidado. A perspectiva da DSS não envolve apenas indicadores de desigualdade social e pobreza, mas contempla também questões como presença, qualidade e acessibilidade aos serviços e ações de saúde pública e sua interface com outras políticas setoriais, a recursos comunitários, bem como compreende como as vizinhanças se configuram, o grau de integração e suporte social presente em uma comunidade.

Discutir a Determinação Social da Saúde não é possível sem considerar as desigualdades, iniquidades e vulnerabilidades sociais, categorias estas que qualificam a inserção social dos indivíduos no tecido social. A problematização teórica das desigual-

dades sociais, como expressa Naomar Almeida-Filho (2010), é um passo importante no campo da saúde para estabelecer uma melhor compreensão de tais questões, tendo em vista a diversidade e, inevitavelmente, as disparidades teórico-metodológicas, as quais trazem reverberações para a problemática da DSS. Um primeiro ponto a ser destacado é a confusão e inconsistência terminológica: conceitos importantes como desigualdade, iniquidade, diferença, equidade e igualdade, acabam por perder seu conteúdo ético-político quando utilizados de maneira imprecisa e ambígua. Nesse trabalho nos ancoramos em Maurício Barreto (2017) na compreensão das desigualdades sociais como efeito direto das diferenças históricas em termos de desenvolvimento econômico, social e da distribuição das riquezas entre a população mundial, entre as nações e internamente nos diferentes países (Barreto, 2017). Essas desigualdades, segundo o autor, transformam-se frequentemente em iniquidades pelas relações de poder que interferem no acesso aos bens, serviços e riquezas coletivamente produzidos. Nessa direção, pobreza é compreendida, conforme Antônio Crespo e Elaine Gurovitz (2002) como um:

Fenômeno multidimensional em que há falta do que é necessário para o bem-estar material. Associa-se a esse conceito a falta de voz, poder e independência dos pobres que os sujeita à exploração; à propensão à doença; à falta de infraestrutura básica, à falta de ativos físicos, humanos, sociais e ambientais e à maior vulnerabilidade e exposição ao risco. (p. 11)

Trabalhos que partem dessa perspectiva crítica (Vieira-da-Silva & Almeida-Filho, 2009) buscam possibilitar melhores práticas de pesquisa sobre a temática, bem como estruturar políticas sensíveis às diversas realidades sociais e com poder de penetração nos territórios. De maneira geral, essa perspectiva ética e crítica leva em conta tanto a variedade da vida e a realidade vivida dos sujeitos, “a singularidade dos atributos sociais, culturais, econômicos, subjetivos e orgânico das pessoas e agrupamentos sociais” (Campos, 2014, p. 24), sem desconectá-las de aspectos estruturais mais amplos, quanto a defesa da cidadania e dos direitos de populações submetidas às situações de pobreza e opressão.

Pensar a saúde mental tomando esses princípios como norteadores implica adotar uma perspectiva multidimensional, considerando que a saúde mental sofre os efeitos do lugar e que os contextos de vida podem funcionar como amortecedores da vulnerabilidade ou como disparadores que conduzem ao sofrimento psíquico (Santana, 2014). De acordo com o *Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020* publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2013, os determinantes da saúde mental não são apenas aqueles componentes de ordem individual como o grau de habilidade pessoal em manejar emoções, sentimentos, comportamentos e relações sociais, mas englobam elementos de ordem cultural, social, econômica, política e ambiental. A qualidade

das condições de vida relativas à renda e emprego, habitação, transporte, educação, assistência social, serviços de saúde e o grau de coesão social impactam o bem-estar e a saúde mental (WHO, 2013).

Em cenários de desigualdades sociais há, conseqüentemente, grupos populacionais que são mais ou menos expostos a riscos para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais. As condições de vulnerabilidade relativas à pobreza e miséria se agravam quando se trata de espaços rurais dadas as questões históricas aqui já apontadas. Na esteira desses problemas estão os assentamentos rurais que, embora representem importantes avanços no tocante à distribuição de terras e possibilidades e de fortalecimento da agricultura de base familiar, carecem de continuados investimentos para que se efetivem como tal. Do contrário, seus moradores serão atingidos pelas inúmeras vulnerabilidades que têm marcado historicamente o meio rural e produzido, não raro, impactos em sua saúde mental.

No Brasil, pesquisas realizadas junto a agricultores detectaram forte prevalência de Transtornos Mentais Comuns/TMC, uso de medicação psicotrópica, internação psiquiátrica, intoxicação por agrotóxicos e uso abusivo de álcool (Dimenstein et al, 2016; Faria, Facchini, Fassa & Tomasi, 2000; Gomes & Rozemberg, 2000; Silva, Dimenstein, Leite, Macedo, & Dantas et al., 2016). Outro estudo nesse sentido (Brasil, 2013) identificou como principais agravos os problemas de coluna, hipertensão, dores de cabeça constantes, disfunções gastrointestinais, alergia/problema de pele e insônia, ou seja, queixas que apontam para a possibilidade de sofrimento de base psicossocial que estão associados às condições de vida e trabalho no campo. Além disso, a emergência da “doença dos nervos” (Duarte, 2010) tem sido encontrada entre moradores de zonas rurais ou de áreas periféricas e menos privilegiadas dos centros urbanos. Nesse sentido, destacam-se o uso abusivo de ansiolíticos e o abandono de práticas complementares e tradicionais de cuidado como a fitoterapia e a busca das benzedadeiras.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) destacou a relação entre situações de vulnerabilidade e problemas de saúde mental. O isolamento e a exposição cotidiana à violência e abusos podem causar sintomas psicossomáticos, uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas, etc. Da mesma forma, a saúde mental é impactada negativamente quando ocorre violação dos direitos civis, culturais, políticos e sociais, ou ainda quando os grupos sociais são excluídos das oportunidades de geração de renda ou educação, o que traz implicações particulares para as populações rurais que sofrem historicamente com a pobreza e precariedade nas condições de vida.

Outros estudos em âmbito mundial apontam também para o fato de que os transtornos mentais e o uso abusivo de álcool têm maior impacto negativo em estratos po-

pulacionais mais desfavorecidos socioeconomicamente dadas as situações de vulnerabilidade dessas populações para as quais os recursos sanitários e sociais são mais escassos (Bittar & Nakano, 2011). Estudos de prevalência de transtornos mentais no Brasil detectam altos índices na população adulta associados a sexo, idade, condições socioeconômicas, condições de trabalho e estilos de vida (Santos & Siqueira, 2010).

Em outras palavras, tem sido verificada forte associação dos transtornos mentais com eventos vitais produtores de estresse como a falta de apoio social, tempo para o lazer e com variáveis relativas ao gênero, perspectivas de futuro, condições de vida e trabalho tais como: baixa escolaridade, menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego e informalidade nas relações de trabalho (Costa, Dimenstein & Leite, 2014). Esses estudos destacam que os transtornos mentais em geral causam considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e capacidade produtiva, interferindo na qualidade de vida das pessoas. Além disso, têm efeitos intergeracionais que perpetuam o ciclo de pobreza, o isolamento e a falta de mobilidade social, particularmente nas famílias rurais (Tondowski et al., 2014).

A pesquisa recente realizada por Daniel Gonçalves et al. (2014) consiste no primeiro estudo multicêntrico no Brasil — São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Fortaleza — que analisa a proporção de prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em usuários da atenção primária e sua associação com fatores sócio demográficos. As quatro cidades apresentaram índices elevados de TMC, ansiedade e depressão, problemas amplamente detectados em mulheres, desempregados e entre pessoas com baixa escolaridade e/ou baixa renda, os quais apresentam maior morbidade psiquiátrica. Para os autores, as altas taxas de TMC associam-se à violência urbana generalizada e condições socioeconômicas adversas, assim como a poluição, os níveis elevados de ruído e a falta de áreas de lazer nas cidades brasileiras (Gonçalves, et al., 2014).

A prevalência de TMC também foi associada à sobrecarga de trabalho doméstico de mulheres e a piores condições de moradia, baixo rendimento e poucas atividades físicas e de lazer (Pinho & Araújo, 2012). A literatura tem mostrado que há uma forte correlação entre TMC e gênero e nesse aspecto as mulheres são mais vulneráveis que os homens, especialmente as trabalhadoras informais que chegam a um percentual de 2,5% a mais se comparadas aos trabalhadores com vínculo formal, já que a informalidade está comumente relacionada a piores salários, baixa qualificação, incertezas acerca do mercado de trabalho e sustento da família, dentre outros, assim como com a dissolução de laços familiares e comunitários, ocasionando um desmoronamento do apoio social e do capital social (Carlotto. et al., 2011). Esses quadros “representam alto custo social e econômico, pois, incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos

de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde” (Costa, & Ludermir, 2005, p. 199).

Paula Santana (2014) destaca um aspecto importante da relação contexto-saúde mental que diz respeito ao fato de que as características dos contextos podem facilitar ou inibir comportamentos, práticas, estilos de vida, promotores de saúde e bem-estar, como a circulação em espaços públicos, atividade física, alimentação saudável, dentre outros. Revela que há forte associação entre áreas desfavorecidas e com forte privação – no sentido de que sofrem carências de diversas ordens e não apenas econômicas – e a saúde mental, e que as populações que vivem nessas áreas afetadas pela pobreza e precariedade socioambiental têm, geralmente, mais dificuldade de reconhecer a determinação multicausal do processo saúde-doença, ficam mais vulneráveis e expostos à situações de risco, têm menos acesso e oferta de serviços de saúde, principalmente especializados em saúde mental, sofrem efeitos do estigma, estabelecendo-se um ciclo vicioso difícil de romper (Santana, 2014).

Ana Alves e Nuno Rodrigues (2010) pontuam, assim, algumas esferas importantes na definição dos determinantes sociais da saúde mental, a saber: emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida estressantes. Tendo em vista essas interferências, os autores defendem a necessidade de avaliações em saúde mental que contemplem a comunidade, a família, as faixas geracionais e os grupos de maior vulnerabilidade através de trabalho intersetorial (Alves & Rodrigues, 2010).

Tomando a saúde mental em uma perspectiva multidimensional e sob a ótica da DSS, entende-se que as condições de vida e trabalho, os modos de subjetivação e singularidades culturais determinam o processo saúde-doença-cuidado. Dessa forma, a experiência de sofrimento mental está articulada aos diversos níveis de determinação que atravessam a vida e o cotidiano. Além disso, é efeito das condicionalidades de gênero, raça e etnia, bem como das vulnerabilidades psicossociais dos territórios, da oferta de apoio social e do acesso aos serviços de saúde. Considerando tudo isso e as heterogeneidades das populações rurais, as estratégias de cuidado devem ser sensíveis a esse conjunto variado de fatores que marcam as condições de vida e saúde mental. É sobre esse último aspecto que iremos discutir.

O cuidado integral em saúde mental às populações do campo: desafios ao trabalho e educação em saúde

O uso de recortes territoriais para a discriminação de grupos populacionais tem sido uma alternativa metodológica nas pesquisas epidemiológicas para os mais diversos contextos e grupos, como é o caso de moradores de áreas rurais. Presume-se, nestes estudos, que o espaço geográfico reflete a estrutura social de fundamental interesse para as investigações em epidemiologia social e pode auxiliar no enfrentamento da complexidade dos problemas de saúde, a qual exige e convoca distintas visões sobre estes problemas (Barcellos, 2008).

A categoria território passa a assumir lugar central nessa perspectiva. Maurício Monken et al. (2008) consideram importante o conhecimento acerca do espaço geográfico, uma vez que torna possível desvelar as dinâmicas sociais que tecem e são tecidas pelo espaço e, conseqüentemente, determinar as vulnerabilidades em saúde (Monken et al., 2008). De acordo com Grácia Gondim (2008), cada configuração espacial vai abrigar um tipo de população que, a depender de sua localização no território, vai estar exposta, em maior ou menor magnitude, aos riscos e vulnerabilidades socioambientais. Tais diferenças de exposição se concretizam e conformam diversos modos de vida, em parte, pelas diferentes formas de inserção social e do aspecto relacional entre os indivíduos, ainda que estes coexistam e compartilhem o mesmo espaço (Gondim, 2008). O espaço geográfico diz respeito a um espaço usado (Santos & Silveira, 2001), possuindo caráter subjetivo e, portanto, de meio percebido e apropriado por diferentes atores sociais.

Esses aspectos foram detectados em uma investigação realizada pelos autores desse trabalho em termos dos padrões de uso de álcool e da incidência de transtornos mentais comuns entre os moradores dos assentamentos do Rio Grande do Norte e Piauí (Dimenstein et al., 2016; Silva, Dimenstein, Leite, Macedo, & Dantas et al., 2016). Primeiramente, esses espaços são caracterizados por particularidades geográficas, sociais e culturais; há uma complexidade de fatores e combinação de riscos socioeconômicos e ambientais que impactam na qualidade de vida, são produtores de estresse e estão diretamente relacionados às condições de saúde e, em particular, à saúde mental.

Em segundo lugar, observamos que três assentamentos no RN e quatro no PI concentram algumas condições que parecem favoráveis ao aparecimento de TMC e ao uso problemático de álcool, isto é, tornam esses moradores mais vulneráveis em relação à saúde mental. Apesar de estarem presentes igualmente em todos os assentamentos, essas condições parecem mais danosas nesses assentamentos específicos, dentre as quais podemos destacar a pouca oferta de transporte público, dificuldade de acesso à rede

pública de saúde, educação e assistência social, bem como ao crédito rural, irregularidade climática dificultando as atividades agropecuárias, realização de atividades complementares à renda, além da ausência de áreas de convivência e lazer, baixa escolaridade, fragilidade nas relações comunitárias, na organização coletiva e participação política, carência de bases de apoio social, violência, enfim, condições que fazem parte de um cenário de pobreza e de vulnerabilidade psicossocial e ambiental, que atinge mais fortemente as mulheres, pois a esse conjunto de vulnerabilidades somam-se as desigualdades específicas de gênero. Em outras palavras, as dinâmicas territoriais desses espaços configuram vulnerabilidades distintas no que se refere à saúde mental. Isso não pode ser desconsiderado no planejamento e ordenamento dos recursos de saúde com vistas a produzir cuidados territorializados em saúde mental.

No campo da saúde, especificamente quando se trata da estruturação dos sistemas de saúde, tem-se a dificuldade de aceitar recortes espaciais não coincidentes com os territórios político-administrativos. Territorializar o cuidado é tentar considerar o modo como as pessoas utilizam o espaço geográfico e estratégia importante para pactuar ações e estratégias de cuidado em saúde. É compreender os atores sociais como detentores de poder e intenções que vão gerar conflitos e compor territórios com diversas configurações, temporalidades e objetos distintos (Monken et al., 2008). Ana Alves e Nuno Rodrigues (2010) defendem a necessidade de avaliações em saúde mental amplas, que contemplem a comunidade, a família, as faixas geracionais e os grupos de maior vulnerabilidade através de trabalho intersetorial.

Nos últimos anos temos acompanhado um esforço das políticas de saúde em expandirem ainda mais os equipamentos e ações ampliando a cobertura assistencial para todo o território brasileiro, por meio da estruturação de uma rede complexa de serviços que engloba de forma articulada tanto os grandes centros urbanos, cidades médias e pequenas, quanto áreas rurais. Esse cenário tem contribuído para desconcentrar a oferta de serviços profissionais para municípios de pequeno porte, localidades com fortes características e/ou relações com o meio rural. Desses esforços foram delineadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) cujo propósito é superar a fragmentação histórica da atenção e da gestão do SUS, com vistas a assegurar um conjunto de ações e serviços para a população, respeitar a diversidade dos contextos regionais, suas diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde.

A região de saúde é um espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde,

que devem abarcar o âmbito da atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Para atender as necessidades dos territórios e suas populações em relação à saúde mental foi articulada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cuja finalidade pauta-se na criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. As equipes que integram a RAPS assumem um importante papel na retaguarda e suporte de cuidados em cada localidade ou área próxima que é responsável. Além disso, tendo em vista a diversidade de contextos rurais e ampla variedade de espaços, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, com o objetivo de atender às necessidades de atenção à saúde destas populações. Tal instituição é um marco histórico na saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações e tem nos princípios e diretrizes do SUS as balizes para estruturação de estratégias de atuação.

Para esta política, as populações do campo e da floresta são caracterizadas por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade. Tais povos e comunidades, entretanto, têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra, concebida como contingente geográfico e histórico, resultado de uma história econômica, política e cultural fundada na concentração de propriedades rurais, de riqueza, uso dos recursos naturais, escravidão, marginalização de famílias e exploração de homens e mulheres camponeses, mas também pela resistência desses modos de vida e, portanto, por conflitos e lutas populares.

Apesar dessas iniciativas, os problemas de saúde mental comumente não encontram respostas e soluções nos sistemas nacionais de saúde em nível mundial. Em termos do Sistema Único de Saúde (SUS), populações rurais enfrentam problemas de acesso aos equipamentos de saúde, não têm cobertura satisfatória do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nem retaguarda suficiente em termos de consulta, vacinação, exames clínico-laboratoriais, etc. Isso se aplica igualmente às equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). De acordo com o Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde e Departamento de Atenção Básica, existem 5697 equipes de NASF (tipo 1, 2, 3) implantadas no Brasil, as quais têm dado pouca cobertura às áreas rurais.

Embora tenhamos um sistema de saúde universal e público como o Sistema Único de Saúde (SUS) e uma potente ferramenta como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária (AP), um dos grandes desafios é fazer com que suas ações se efetivem em todo o território nacional, em espaços de difícil acesso, onde as condições de infraestrutura (estradas, transporte, postos de saúde), os modelos de gestão pública, a falta de redes integradas e intersetoriais, a formação dos profissionais que não incorpora a concepção de determinação social da saúde e da vida, são problemas que não podem ser desconsiderados. Ou seja, o desafio é garantir cobertura em cenários repletos de aspectos que dificultam uma oferta qualificada de cuidados, especialmente se considerarmos a saúde mental.

Com a Reforma Psiquiátrica e a Estratégia de Atenção Psicossocial em curso há mais de 25 anos tem havido um esforço considerável para substituir o modelo manicomial de cuidados para uma perspectiva territorial e comunitária. Porém, a realidade da Atenção Psicossocial no país é preocupante e a proposta da AP (Giovanella, 2015) em funcionar como coordenadora de cuidados em uma rede integrada de serviços e articuladora de ações comunitárias e intersetoriais, incorporando a saúde mental, ainda apresenta muitos problemas e enfrenta barreiras importantes. A gravidade dessa situação, de acordo com os estudiosos, reside no fato de que há atualmente uma alta prevalência de transtornos mentais em geral, falta de tratamento em relação à taxa dos necessitados, escassez de serviços, o que tem provocado impacto na qualidade de vida das pessoas e na economia mundial (Athié, Fortes & Delgado, 2013), já que os transtornos mentais têm sido responsáveis por 15% da incapacidade para o trabalho, superando outras doenças crônicas.

Assim, no que tange à Política Nacional de Saúde Mental, não há uma diretriz estabelecida de atenção e cuidado à população rural, apesar de constituir um coletivo cujas especificidades geram demandas particulares associadas às condições de vida e trabalho, e conseqüentemente, de atendimento especializado nos casos de transtornos mentais e dependência química. Mesmo na mais recente política pública voltada à saúde integral das populações do campo e da floresta (Ministério da Saúde, 2011), não há qualquer referência à saúde mental, seja para indicar as particularidades territoriais, sociais e culturais que marcam os modos de vida dessas populações, e conseqüentemente as necessidades de saúde, os modos de adoecer e de cuidado, seja para nortear o planejamento e ordenamento das redes de atenção, assim como a oferta de ações e serviços de caráter psicossocial.

A literatura tem apontado para o enorme desafio quando se trata da efetividade das políticas e das ações de saúde em cenários de iniquidade social, voltadas para populações vulneráveis. Produzir cuidado integral e culturalmente sensível, com foco nas

atividades domiciliares e em articulação com a comunidade, demanda esforços de distintas ordens, indo desde investimentos em infraestrutura, contratação de equipes profissionais mais diversificadas e flexíveis, em processo de educação permanente, até a transformação de ações programáticas e de modelos tradicionais de gestão e gerência dos serviços.

Na recente avaliação da Atenção Básica no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Pinto, Sousa, & Ferla, 2014), apesar de ressaltar que a ESF tem se configurado como modelo de organização das ações em 95% dos municípios brasileiros, sendo a porta preferencial de entrada no sistema, chama atenção para as desigualdades de acesso, para o desordenamento dos fluxos, problemas na integração assistencial, coordenação e continuidade de cuidados, indicando a necessidade de qualificação da atenção prestada principalmente nos municípios de pequeno porte.

Estudos anteriores (Silva, Dimenstein & Leite, 2013) e a experiência de acompanhamento de equipes, bem como de vários pesquisadores no país sobre o processo de trabalho na Atenção Primária/AP, indicam a existência de alguns problemas no funcionamento das equipes em nível nacional, a saber: fragilização da política de AP; diversidade de concepções e modelos de atuação; conhecimento limitado da proposta e formação inadequada; falta de uma diretriz normativa e orientadora do trabalho; falta de suporte da gestão e gerência dos serviços; falta de regularidade do processo e pouca interferência na regulação dos fluxos na RAPS; diferentes agendas e problemas relacionais entre a ESF e equipes apoiadoras do NASF; pouca presença do psiquiatra, assim como distorções na forma de contratação dos profissionais e de implantação das equipes na rede de saúde em muitos municípios do país; alta rotatividade dos profissionais. Esse quadro produz pouca aproximação das equipes com o território e desconhecimento das necessidades e demandas da população, poucos encontros e espaço para discussão e planejamento das atividades, burocracia nos estudos de casos sem participação do psiquiatra ou profissional com formação em saúde mental, processo de matriciamento instável e sem continuidade e a predominância da prática do encaminhamento e marcação de consultas de forma indiscriminada.

É nesse panorama que se encontram as equipes dos NASFs e da ESF de todo o país, essas que devem chegar aos territórios dos assentamentos de reforma agrária. Elas operam em um cenário onde a pobreza, a desigualdade e a exclusão têm ampla visibilidade, onde é corrente a negação dos direitos básicos. Essa violação, entretanto, é invisível, produz violência, abusos, perdas de anos de vida, perda dos laços sociais e familiares, não acesso aos serviços fundamentais, perda da capacidade de participação social, etc.

Considerações finais

Estruturar uma política de saúde para as populações rurais significa reconhecer a presença de profundas desigualdades sociais e iniquidades em saúde, bem como a distribuição desigual da riqueza, com amplos setores de sua população vivendo em condições que não lhes permitem o acesso a bens essenciais à sua saúde. A pobreza, nestes contextos rurais, se manifesta na falta de emprego, falta de projetos e assistência técnica no campo, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se também na ausência de resolução de conflitos, o que agrava mais ainda a violência no campo, assim como na precariedade de relações ambientais sustentáveis. Tais condições insalubres demandam investimento na saúde dos trabalhadores rurais, tendo em vista que são vulneráveis aos processos de trabalhos particulares a que estão submetidos, expostos a diversos fatores de risco de natureza física (acidentes), química (exposição a agrotóxicos, minerais ou metais pesados), biológica (dores osteomusculares, parasitoses), mecânica e ergonômica (LER/Dort) e psicossocial (transtornos mentais e dependência química).

A inexistência de uma proposta que abarque a determinação social da saúde mental na PNSIPCF está articulada a um cenário problemático mais amplo que dificulta a qualificação da força de trabalho no SUS: falta de integração ensino e serviço, não inclusão nos processos de educação permanente de saberes científicos e populares para dar sustentação à produção de um cuidado territorializado, o qual deve ser concebido no dia a dia, partilhando as singularidades dos moradores e comunidades, há falta de investimento na formação técnica do agente comunitário de saúde e demais profissionais da atenção primária, incorporando temas transversais relativos às condições de vida, cidadania, ambiente e saúde, enfim, inúmeros elementos constrangedores daquilo que foi destacado por Jairo Freitas e Marcelo Porto (2011) para a promoção da saúde emancipatória, que busca, dentre outras coisas, a ampliação de campos relacionais, de diálogo e exercício de direitos, em particular, em comunidades locais vulneráveis (Freitas & Porto, 2011).

Referências

- Almeida-Filho, Naomar. (2010). A problemática teórica da determinação da saúde. In Roberto Nogueira (Org.), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 13-36). Rio de Janeiro: CEBES.
- Alves, Ana A. M., & Rodrigues, Nuno F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
[https://doi.org/10.1016/s0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/s0870-9025(10)70003-1)

- Athié, Karen; Fortes, Sandra., & Delgado, Pedro G. G. (2013). Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade*, 8(26), 64-74. [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(26\)536](https://doi.org/10.5712/rbmf8(26)536)
- Barcellos, Christovam (2008). Os indicadores da pobreza e a pobreza dos indicadores: uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. In Christovam Barcellos (Org.), *A geografia e o contexto dos problemas de saúde* (pp. 107-139). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Barreto, Maurício L. (2017). Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2097-2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
- Bittar, DanielaB., & Nakano, Ana M. S. (2011). Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(1), 17-24. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000100002>
- Brasil, Ministério da Saúde (2011). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: SEGP. Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura. (2013). *Relatório da "Escuta Itinerante: acesso dos povos do Campo e da Floresta ao SUS"*. Brasília, DF: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde.
- Camargo, Regina. A. L., & Oliveira, Julieta. T. A. (2012). Agricultura familiar, multifuncionalidade da agricultura e ruralidade: interfaces de uma realidade complexa. *Ciência Rural*, 42(9), 1707-1714. <https://doi.org/10.1590/s0103-84782012005000068>
- Campos, Gastão W. S. (2014). Prefácio. In Sônia Barros, Paulo Campos & João Fernandes (Orgs.), *Atenção à Saúde das Populações Vulneráveis* (pp. 23-24). Barueri: Manole.
- Carlotto, Mary S.; Amazarray, Mayte R.; Chinazzo, Ítala & Taborda, Luanna (2011). Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19(2), 172-178.
- Carneiro, Maria J. (2012). Do "rural" como categoria de pensamento e como categoria analítica. In Maria Carneiro (Org.), *Ruralidades Contemporâneas: modos de viver e pensar o rural na sociedade brasileira* (pp. 23-50). Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ.
- Costa, Maria G. S. G.; Dimenstein, Magda, & Leite, Jäder F. (2014). Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia*, 19(2), 145-154. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2014000200007>
- Costa, Albanita G., & Ludermir, Ana B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 73-79. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000100009>

- Crespo, Antônio P. A., & Gurovitz, Elaine (2002). A pobreza como um fenômeno multidimensional. *RAE eletrônica*, 1(2), 1-12. <https://dx.doi.org/10.1590/S1676-56482002000200003>
- Dimenstein, Magda; Macedo, João. P.; Leite, Jáder; Dantas, Candida; Torquato, Jaqueline; Silva, Eliane; Berlarmino, Victor H.; Silva, Monique, & Cirilo Neto, Maurício (2016). *Padrão de consumo de álcool em assentamentos nordestinos*. In Magda Dimenstein, Jáder Leite, João Paulo Macedo, & Candida Dantas (Orgs.), *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais* (pp. 297-330). São Paulo: Intermeios.
- Duarte, Luiz F. (2010). O nervosismo como categoria nosográfica no começo do século XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17(2), 313-326. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702010000600003>
- Endlich, Ângela M. (2010). Perspectivas sobre o urbano e o rural. In Maria Encarnação Sposito, & Arthur Whitacker (Orgs.), *Cidade e Campo: relações e contradições entre urbano e rural* (pp. 11-52). São Paulo: Expressão Popular.
- Faria, Neice; Facchini, Luis A.; Fassa, Ana Claudia C. G., & Tomasi, Elaine (2000). Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 115-128. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2000000100012>
- Freitas, Jairo D., & Porto, Marcelo F. (2011). Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(2), 179-200. <https://doi.org/10.1590/s1981-77462011000200002>
- Giovanella, Lúcia (2015). *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: Isags: Unasur.
- Gomes, Adriana A., & Rozemberg, Brani (2000). Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo - RJ. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(4), 16-29. <https://doi.org/10.1590/s1414-9893200000400003>
- Gonçalves, Daniel A.; Mari, Jair J.; Bower, Peter; Gasck, Linda; Dowrick, Christopher; Tófoli, Luis F.; Campos, Mônica; Portugal, Flávia B.; Ballester, Dinarte; & Fortes, Sandra (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 623-632. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00158412>
- Gondim, Grácia M. M. (2008). Espaço e saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In Ary Miranda, Christovam Barcellos, Josino Moreira, & Maurício Monken (Orgs.), *Território, Ambiente e Saúde* (pp. 57-75). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Leite, Jáder F.; Dimenstein, Magda; Macedo, João; Dantas, Candida; Silva, Eliane, & Sousa, Adrielly (2017). Condiciones de vida, salud mental y género en contextos rurales: un estudio a partir de asentamientos de reforma agraria del Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 301-316. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768>

- Lima, Kílvia K. S., & Lopes, Priscila F. M. (2012). A qualidade sócioambiental em assentamentos rurais do Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência Rural*, 42(12), 2295-2300. <https://doi.org/10.1590/s0103-84782012005000144>
- Monken, Maurício; Peiter, Paulo; Barcellos, Chistovam; Rojas, Luisa I.; Navarro, Marli; Gondim, Grácia M. M., & Gracie, Renata (2008). O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In Ary Miranda, Christovam Barcellos, Josino Moreira, & Maurício Monken (Orgs.), *Território, Ambiente e Saúde* (pp. 23-41). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Pinho, Paloma S., & Araújo, Tânia M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 560-720. <https://doi.org/10.1590/s1415-790x2012000300010>
- Pinto, Helder A.; Sousa, Allan N. A., & Ferla, Alcindo, A. (2014). O Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*, 38 (n. spe), 358-372. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014s027>
- Remoaldo, Paula, & Nogueira, Helena (2012). *Desigualdades Socioterritoriais e Comportamentos em Saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Santana, Paula (2014). *Introdução à Geografia da Saúde. Território, Saúde e Bem-Estar*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Santos, Milton, & Silveira, Maria L. (2001). *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record.
- Santos, Élem G., & Siqueira, Marluce M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852010000300011>
- Sauer, Sérgio (2010). *Terra e modernidade: a reinvenção do campo brasileiro*. São Paulo: Expressão Popular.
- Silva, Eliane; Dimenstein, Magda; Leite, Jäder; Macedo, João P., & Dantas, Candida (2016). *Saúde mental, condições de vida e gênero: transtornos mentais comuns em assentamentos rurais*. In Magda Dimenstein, Jäder Leite, João Paulo Macedo, & Candida Dantas (Orgs.), *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais* (pp. 247-278). São Paulo: Intermeios.
- Silva, Monique; Dimenstein, Magda; Leite, Jäder; Macedo, João P.; Dantas, Candida; Torquato, Jaqueline; Silva, Eliane; Belarmino, Victor H., & Cirilo Neto, Maurício (2016). *Condições de vida no meio rural: iniquidades sociais e saúde mental*. In M. Dimenstein, J. Leite, J. P. Macedo, & C. Dantas (Orgs.), *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais* (pp. 195-220). São Paulo: Intermeios.
- Silva, Victor F. D.; Dimenstein, Magda, & Leite, Jäder. F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19), 267-285.
- Tondowski, Cláudia S.; Feijó, Marianne R.; Aparecida Silva, Eroy; Gebara, Carla F. P.; Sanchez, Zila M., & Noto, Ana R. (2014). Padrões intergeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: um estudo baseado em genogramas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 806-814.

- Vieira-da-Silva, Lígia M., & Almeida-Filho, Naomar (2009). Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 217-226.
<https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009001400004>
- Wanderley, Maria N. (2001). A ruralidade no Brasil moderno. Por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In Norma Giarraca (Org.), *Una nueva ruralidad en América Latina?* (pp. 31-44). Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- World Health Organization. (2010). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (2013). *Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Geneva: WHO Press.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)