

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Camila Goes da Silva

Saúde do Campo no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba.

Rio de janeiro

2017

Camila Goes da Silva

Saúde do Campo no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Inês Souza Bravo

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586s Silva, Camila Goes da
Saúde do Campo no assentamento Tiradentes, em Mari, na
Paraíba. / Camila Goes da Silva. -- 2016.
146 f. : il. color. ; tab. ; mapas

Orientadora: Maria Inês Souza Bravo.
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde da População Rural. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Sistema Único de Saúde. 4. Assentamentos Rurais.
5. Políticas Públicas de Saúde. 6. Condições Sociais. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.104257098133

Camila Goes da Silva

Saúde do Campo no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em saúde.

Aprovada em: 26 de Setembro de 2016

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Virgínia Maria Gomes de Mattos Fontes - 1º Examinador – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Ary Carvalho de Miranda – 2º Examinadora – ENSP/FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Maria Inês Souza Bravo – Presidente da Comissão examinadora (Orientadora)

Rio de Janeiro

2017

Dedico este trabalho à minha mãe Neuza e ao meu pai Reginaldo, por me ofertarem generosamente uma centelha de luz e o amor incondicional;

E também aos meus filhos Chico e Ana Terra, por me ensinarem diariamente a manter a fé e a luta pela emancipação humana.

AGRADECIMENTOS

Peço licença aos homens da minha vida, para dedicar esses agradecimentos ao mutirão de mulheres, de diferentes histórias e lugares, que me impulsionaram para a construção e finalização deste trabalho.

Agradeço às educandas do Curso de Agentes Populares de Saúde da Paraíba e ao Coletivo de Medicina Alternativa do assentamento Tiradentes, compostos exclusivamente por mulheres do povo, assentadas, lutadoras que tanto me ensinaram nestes últimos cinco anos. Citarei o nome de algumas delas, que são muitas, para que fiquem gravadas na história: Gratidão à Francisca pela acolhida amorosa e pela vida dedicada a um mundo melhor, à Dona Maria Magra por resistir como guardiã de conhecimentos tão profundos num mundo tão indiferente às mazelas humanas e à Neta pela atenção dedicada à herança tão valiosa.

Agradeço também ao Coletivo de Saúde do MST, composto majoritariamente de mulheres guerreiras e bruxas, representadas aqui pela nossa dirigente nacional e minha monitora nesse mestrado, Mercedes Tchedez, por compartilharem seus conhecimentos ancestrais e praticarem a solidariedade.

Agradeço também à minha orientadora Maria Inês Souza Bravo, pela bravura com a qual dedicou sua vida pela construção de um sistema público de saúde verdadeiramente universal, no Brasil. E à querida professora Virgínia Fontes pelo engajamento com a luta dos trabalhadores por uma sociedade livre do capitalismo e em especial, pelo cuidado que dedicou a mim para que eu concluísse esse trabalho. É imensurável o que aprendi com vocês nestes últimos dois anos.

À minha filha Ana Terra por ter vindo durante o mestrado, ter me acolhido e me cuidado amorosamente, além de ter me acompanhado físico e espiritualmente nesta jornada. Enfim, conseguimos! À minha mãe por ter me dado à luz e estar sempre presente, vibrando e apoiando para que sejamos felizes. Às minhas irmãs Carina e Clariana, por comporem essa família diversa e amorosa que fui abençoada de fazer parte.

Agradeço também às mulheres que me deram a honra de acompanhar o nascimento de seus filhos nesse último ano, comadres Elaine e Vitória. Ambas mães solteiras, que apesar das injustiças da vida, foram capazes de receber e amar meus afilhados Maya e Miguel. À minha

mestra da parteria e madrinha, Suely Carvalho, à ESCTA, às minhas parteiras Vanessa e dona Val e à turma 12 de instrução de parteiras na tradição. Obrigada a todas pela companhia, carinho e apoio nos momentos de felicidade e de desespero. Amo vocês!

Às mulheres que de muitas formas me ajudaram a concluir este trabalho: à Paula, por cuidar amorosamente das minhas crianças nas minhas ausências; às comadres Piu e Gabi, representando todas as minhas companheiras de vida, pela rede de amor que tecemos; às companheiras da turma Primavera da Luta, oriundas de muitos lugares, movimentos e histórias, com quem tanto aprendi e me ajudaram nessa dupla maternidade que é parir um filho e uma dissertação ao mesmo tempo; e à Júlia, pela ajuda no *gran finale* da dissertação, num momento de fragilidade.

Por fim, agradeço a minha mãe Oxum por me acompanhar, atender, proteger e iluminar. Axé.

RESUMO

Esta pesquisa investigou a saúde no assentamento Tiradentes, vinculado ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e localizado na cidade de Mari, na Paraíba. A partir de uma concepção de saúde ampliada, os componentes constitutivos da saúde no assentamento foram identificados, priorizados, investigados e analisados. A pesquisa consistiu num estudo de caso e teve o materialismo histórico e dialético como fundamentação metodológica. A dissertação inicia com a revisão bibliográfica dos termos que compõem a Saúde do Campo: a história do conceito de saúde no ocidente; a construção do termo “do campo” pelo setor de educação do MST; a trajetória da temática da saúde no MST e sua relação com o coletivo de saúde e enfim, uma breve sistematização das políticas públicas de saúde para a população do campo, no Brasil. Em seguida, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a questão agrária, a luta pela terra e a trajetória do MST, na várzea da Paraíba, região onde está localizado o assentamento Tiradentes. A história e organização desta comunidade também foram revisadas e sistematizadas. Então, focou-se na investigação e análise da saúde do assentamento Tiradentes, desde a sua ocupação até abril de 2016. Os dados foram coletados através de análise documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas com assentados que eram lideranças locais ou usuários do SUS, profissionais da ESF e representantes da gestão municipal. As condições de vida e saúde do período de acampamento e do assentamento foram sistematizadas, identificando que o acesso a terra foi o principal determinante na melhoria de saúde da comunidade. Realizou-se um resgate histórico da luta travada pelos assentados em busca do direito à saúde. A ESF foi a principal política pública de saúde identificada no território, no entanto, com grande dificuldade de acesso, resolutividade, equidade e integralidade. Por fim, as práticas populares de cuidado foram destacadas, em especial, as plantas medicinais; pelo papel destacado que desempenham na assistência à saúde da população do campo, apesar da indiferença e discriminação dos profissionais de saúde e do poder público. Concluiu-se que esta é uma experiência praxiológica de Saúde do Campo, construída pelo MST e seus militantes, mas que ainda enfrenta muitas limitações e dificuldades, que só poderão ser sanadas numa conjuntura de luta do conjunto da classe trabalhadora do campo e da cidade.

Palavras-chave: Saúde da População Rural, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This research investigated the health Tiradentes settlement, linked to the Rural Workers Landless Movement and located in Mari, Paraíba. From an expanded health reference, the constituent components of health in the settlement were identified, prioritized, investigated and analyzed. The research consisted of a case study and had the historical and dialectical materialism as methodological foundation. The thesis begins with a literature review of the terms that make up the health field: the history of the concept of health in the West; the construction of the term "field" by MST education sector; the health theme of the path in the MST and its relationship with the public health and finally, a brief systematization of public health policies for the rural population in Brazil. Then a literature review on the agrarian question, the struggle for land and the trajectory of the MST was held in the floodplain of Paraíba, a region where is located the Tiradentes settlement. The history and organization of the community were also reviewed and systematized. So focused on the research and analysis of the health of Tiradentes settlement, since its occupation by April 2016. The data were collected through documentary analysis, participant observation and interviews with semiestruturas settlers who were local leaders or PHS users, professionals ESF and representatives of municipal management. The conditions of life and health of the camp period and the settlement were systematized, identifying that access to land is the main determinant in improving community health. We conducted a historical review of the struggle waged by the settlers in search of the right to health. The ESF is the main public health policy identified in the territory, however, with great difficulty of access, resoluteness, fairness and integrity. Finally, the popular care practices were highlighted, in particular medicinal plants; the major role they play in health care for the rural population, despite the indifference and discrimination from health professionals and the public authorities. It was concluded that this is a praxiological experience Field Health, built by the MST and its members, but still faces many limitations and difficulties, which can only be addressed in a context of struggle of the entire working class of the field and the city.

Key-words: Rural Health, Primary Health Care, Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Foto do Curso de Agentes Populares: Priorização do conteúdo	22
Figura 2	História Natural da Doença	39
Figura 3	Determinação Social da Saúde	42
Figura 4	Regionalização do estado da Paraíba	64
Figura 5	Mapa de localização do assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba	65
Figura 6	Mapa de localização do município de Mari, na Paraíba	68
Figura 7	Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental do assentamento Tiradentes	80
Figura 8	Ginásio do assentamento Tiradentes	81
Figura 9	Ponto Ligas da Cultura do assentamento Tiradentes	81
Figura 10	Organização espacial do assentamento Tiradentes	82
Figura 11	Figuras conceito ampliado de saúde	87
Figura 12	Unidade âncora do assentamento Tiradentes no período da inauguração	106
Figura 13	Foto reunião do coletivo de saúde no Encontro Estadual do MST Paraíba, em 2011	107
Figura 14	Plantas medicinais na ocupação do posto de saúde no assentamento Tiradentes	108
Figura 15	Médica residente de MFC conduzindo oficina com coletivo de saúde do assentamento Tiradentes, em 2013	110
Figura 16	Médica residente de MFC e coletivo de saúde do assentamento Tiradentes	111
Figura 17	Sistematização do funcionamento atual da ESF, dos desejos para o futuro e da proposta de caminho a ser percorrido pelo coletivo de saúde do assentamento Tiradentes, 2013	111
Figura 18	Mapa da ESF Francisco Faustino	114
Figura 19	Sede da ESF Francisco Faustino na cidade de Mari-PB	114

Figura 20	Fachada da unidade âncora Antônio Silva do Nascimento no assentamento Tiradentes	116
Figura 21	Recepção e sala de espera da unidade âncora Antônio Silva do Nascimento no assentamento Tiradentes	117
Figura 22	Visão interna da unidade âncora Antônio Silva do Nascimento no assentamento Tiradentes	117
Figura 23	Consultório médico	117
Figura 24	Consultório de enfermagem	117
Figura 25	Pia do consultório da enfermagem	118
Figura 26	Atividade de produção de xarope do Curso de Agentes Populares de Saúde, 2012	127
Figura 27	Medicamentos naturais produzidos pelo Grupo de Mulheres da Medicina Alternativa para o Encontro Estadual do MST 2013	128
Figura 28	Grupo de Mulheres da Medicina Alternativa numa sala da unidade âncora Antônio Silva do Nascimento, no assentamento Tiradentes	129
Figura 29	Xarope do Grupo de Mulheres da Medicina Alternativa	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Questionário aplicado na comunidade no Curso de Agentes Populares de Saúde, em 2011	20
Tabela 2	Dados fundiários do município de Mari, PB	77
Tabela 3	Diagnóstico de doenças presentes no assentamento Tiradentes	87
Tabela 4	Diagnóstico de saúde no assentamento Tiradentes	88
Tabela 5	Situação do lixo no assentamento Tiradentes, 2011	90
Tabela 6	Tratamento da água no assentamento Tiradentes, 2011	90
Tabela 7	Preservação dos rios e nascentes no assentamento Tiradentes	91
Tabela 8	Identificação de alimentos saudáveis pelos assentados de Tiradentes, 2011	91
Tabela 9	Diagnóstico dos alimentos saudáveis ingeridos pelos assentados de Tiradentes, 2011	92
Tabela 10	Diagnóstico dos alimentos prejudiciais à saúde ingeridos pelos assentados de Tiradentes, 2011	92
Tabela 11	Propostas de atividades para à juventude do assentamento Tiradentes, 2011	93
Tabela 12	Atividades esportivas e de lazer de interesse do assentamento Tiradentes, 2011	94
Tabela 13	Identificação das substâncias psicoativas presentes no assentamento Tiradentes, 2011	95
Tabela 14	Sugestões de temas para atividades de Educação em Saúde, no assentamento Tiradentes, 2011	95
Tabela 15	Relação entre pais e filhos no assentamentos Tiradentes, 2011	96

Tabela 16	Relação entre a vizinhança no assentamento Tiradentes, 2011	96
Tabela 17	Motivos que impulsionaram a adesão ao MST pelas famílias do assentamento Tiradentes, 2011	97
Tabela 18	Problemas de saúde identificados pelas famílias do assentamento Tiradentes, 2011	98
Tabela 19	Locais indicados para cuidado de problemas de saúde pelos assentados de Tiradentes, 2011	100
Tabela 20	Sugestões de mobilizações para pressionar a inauguração do Posto de Saúde do assentamento Tiradentes, 2011	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACC	Atividade Curricular em Comunidade
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATES	Assessoria Técnica, Social e Ambiental à Reforma Agrária
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CDSS	Comissão de Determinantes Sociais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
COOPTERA	Cooperativa de prestação de serviços técnicos da reforma agrária da Paraíba
CPP	Coordenação Político-Pedagógica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ENERA	Encontro Nacional de Educadores e Educadoras da Reforma Agrária
ENFF	Escola Nacional Florestan Fernandes
ESF	Equipe de Saúde da Família
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao trabalhador rural
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPES	Instituto de Pesquisas e Estudos Sociais
ITERRA	Instituto de Educação Josué de Castro
MASTER	Movimento dos Agricultores Sem Terra
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Medicina Social
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPPA	Núcleo de Estudos e Práticas em Políticas Agrárias
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PB	Paraíba
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PSF	Posto de Saúde da Família
PRA	Plano de Recuperação do assentamento Tiradentes
PRONERA	Programa Nacional de Educação para Reforma Agrária
PRORURAL	Programa de assistência ao trabalhador rural
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCL	Saúde Coletiva Latino-americana
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIBSA	Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDN	União Democrática Nacional
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
ULTAB	União dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. CONCEPÇÕES DE SAÚDE	26
2.1 A história do conceito de saúde no ocidente: Algumas considerações	26
2.2 A construção do termo “ <i>do campo</i> ” pelo MST	44
2.3 A saúde no MST	48
2.4 Políticas públicas de saúde para a população do campo	57
3. A LUTA PELA TERRA NA VÁRZEA DA PARAÍBA, NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX	63
3.1 A questão agrária e o MST na Várzea da Paraíba	63
3.2 História e organização do assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba	77
4. A SAÚDE NO ASSENTAMENTO TIRADENTES, EM MARI, NA PARAÍBA	83
4.1 Condições de vida e saúde no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba	84
4.2 A luta pelo direito à saúde no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba	101
4.3 A assistência à saúde no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba	113
4.4 Práticas populares de cuidado e o poder público, no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba	124
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	137

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi fruto de inquietações, descobertas e necessidade de aprofundamento teórico e prático oriundos da atuação militante da pesquisadora junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), enquanto integrante do Setor de Saúde.

Durante a graduação de medicina na Universidade Federal da Bahia (UFBA), a pesquisadora teve a oportunidade de cursar em 2005 a disciplina optativa, ACC Ações interdisciplinares em Áreas de Reforma Agrária, ministrada pela professora Celi Taffarel, da Faculdade de Educação. Esta disciplina era uma atividade de extensão através da qual os alunos de diversas áreas do conhecimento eram inseridos na luta e no cotidiano de áreas de reforma agrária do MST, do recôncavo baiano. A organização da turma à semelhança da organicidade do MST, através de setores e brigadas, provocava uma problematização das reais necessidades da classe trabalhadora do campo na formação dos profissionais oriundos da universidade.

Como esta era uma disciplina semestral, os alunos não conseguiam acompanhar processos de formação de novas consciências que durassem um pouco mais de tempo. Por isso, no segundo semestre do ano de 2006, um grupo de cerca de 10 universitários de diversos cursos fundou o Núcleo de Estudos e Práticas em Políticas Agrárias (NEPPA)¹, do qual a pesquisadora foi integrante desde a sua gestação até o início de 2011. Nesses quatro anos, pude conhecer as condições de vida e saúde de oito áreas de reforma agrária do recôncavo baiano, localizados nas cidades de Santo Amaro da Purificação, São Sebastião do Passé e Mata de São João.

Em 2011, a pesquisadora mudou-se para Paraíba a fim de cursar a residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Naquele momento, já estava decidida a ser uma médica a serviço da classe trabalhadora rural nordestina, mas ainda não havia no Brasil residência cujo campo de prática fosse localizado no campo. Por isso, apesar de estar se formando num serviço da periferia de João Pessoa, novamente fez contato com o MST na Paraíba para não me afastar totalmente dos trabalhadores rurais organizados.

¹ NEPPA: grupo de assessoria aos movimentos sociais, auto-organizado por estudantes e profissionais, que desenvolve atividades praxiológicas de agroecologia, educação popular, organização comunitária, rádio comunitária, formação política e promoção da saúde desde 2006, no estado da Bahia. Para maiores informações veja site: <http://neppa-ba.blogspot.com.br>

A realidade da assistência à saúde nos assentamentos da várzea paraibana era semelhante ao que acontecia na Bahia: Políticas públicas de saúde insuficientes para as necessidades dessa população, caracterizadas por modelos assistenciais² urbanos e marcadas historicamente pela dificuldade de acesso dos camponeses. A Estratégia de Saúde da Família se configurava como a principal política pública de saúde nos assentamentos, ainda que de forma precária.

O presente Mestrado Profissional Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais construído numa parceria entre Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ e Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF) surgiu como uma oportunidade para sistematizar a experiência das questões de saúde do assentamento Tiradentes, localizado na cidade de Mari, na Paraíba e vinculado ao MST.

Portanto a presente pesquisa pretendeu sistematizar a Saúde do Campo construída e vivenciada pelos trabalhadores e trabalhadoras residentes no assentamento Tiradentes, desde a sua ocupação em setembro de 1999 até abril de 2016, quando foi realizada a última coleta de dados em campo. Dessa forma, investigou as condições de vida e saúde dos assentados em Tiradentes, com foco no período do acampamento e nos últimos anos do assentamento. Explorou o desenrolar da assistência à saúde na comunidade, através das políticas públicas e das práticas populares de cuidado. Por fim, sistematizou como as lutas e resistências contribuíram para a construção praxiológica da Saúde do Campo nesse assentamento. Este estudo tem a intenção de desvelar a situação de saúde particular a esse assentamento, mas que compõe a totalidade das condições de saúde das áreas de reforma agrária no Brasil.

Optou-se pelo materialismo histórico e dialético como a fundamentação teórica para o método utilizado. O fenômeno não é isolado, pelo contrário, constitui o todo e é resultado de múltiplas determinações e condicionamentos históricos. Por isso, o entendimento de uma realidade passa por desvendar sua história, contextualizando-a. O que, no entanto, não anula as singularidades presentes em cada caso.

² Carvalho; Ribeiro; Barbosa (2001, p. 159) denominam modelo de atenção ou assistencial a “forma específica de organização e de articulação entre os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade”. Defendem que os modelos devem ser adequados à realidade social e sanitária em que estão inseridos, não havendo um tipo certo ou errado. Os modelos são historicamente construídos, portanto só existem numa realidade concreta.

A realidade é uma multiplicidade de relações em desenvolvimento com a qual o pesquisador tem que se confrontar e procurar compreender nas suas linhas mais centrais. Não há um ponto certo de penetração nesta realidade, nem um ponto de chegada pré-definido (FREITAS, 2007, p. 47).

Por ser histórico, o conhecimento humano é uma construção em aberto. Ao pesquisador só é possível chegar a aproximações da realidade que, por sua vez, são provisórias. Isto não significa que a realidade em si não exista. A dialética marxista compreende que a realidade é contraditória, composta de inúmeras polarizações entrelaçadas, e por isso está em permanente movimento. Daí sua historicidade.

Freitas (2007) defende que a pesquisa deve tratar a realidade como um sistema categorial contraditório, síntese de múltiplas determinações e relações sociais, que não são erráticas e sim historicamente dadas. Por tanto é possível extrair daí sínteses, a serem conferidas e superadas no curso da prática social.

Este é um estudo qualitativo, cuja modalidade de abordagem é o estudo de caso do tipo descritivo-exploratório. O caso estudado foi a questão da saúde no assentamento Tiradentes, localizado na cidade de Mari, no estado da Paraíba. O período foi desde a ocupação da fazenda Gendiroba em setembro de 1999 a abril de 2016 quando foi realizada última coleta de dados em campo.

Segundo Minayo, os objetivos do estudo de caso são:

Compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; (b) permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; (c) esclarecer os fatores que interferem em determinados processos; (d) apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações quando o investigador trabalha com tipificações (2010, p. 164-165).

Este estudo tem como peculiaridade o fato da pesquisadora estar inserida na realidade investigada desde setembro de 2011, dois anos e meio antes do início desse projeto de pesquisa. A mesma atuava inicialmente como um agente externo ao MST e à comunidade, oriundo da Universidade, através da formação política para e com o setor de saúde do MST, local. Com o passar do tempo, foi-se tornando também uma integrante do coletivo de saúde local e do setor de saúde do estado da Paraíba.

O primeiro contato da pesquisadora com o assentamento Tiradentes ocorreu em meados de 2011, nas reuniões entre a Universidade e as lideranças do MST para a construção do Curso de

Agentes Populares de Saúde, oferecido aos assentados da Brigada João Pedro Teixeira, que ficava localizada na Várzea da Paraíba. Este curso se desenvolveu entre setembro de 2011 a outubro de 2012. Neste período a mesma era residente de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Houve uma grande variação dos seus participantes. Nos dois primeiros encontros, todas as educandas eram oriundas do assentamento Tiradentes, que teve uma participação expressiva durante todo o curso, com uma representação diversa da comunidade: uma técnica de enfermagem, a presidente da Cooperativa de produção agropecuária do assentamento Tiradentes e ex-dirigente estadual do setor saúde, a diretora da escola municipal do assentamento, uma professora, uma integrante da Comissão Pastoral da Criança, uma agente comunitária de saúde (ACS), adolescentes, idosas e mães de família, militantes e cuidadoras populares. As educandas provenientes do assentamento Zumbi dos Palmares, também localizado em Mari, só vieram após reunião com a comunidade sobre o tema, num total de cinco, entre técnica de enfermagem, dirigente da brigada João Pedro Teixeira, cuidadoras populares e mães de família. Já as educandas do assentamento Chico Mendes, localizado no município de Riachão do Poço, passaram a vir depois de articulações com uma das lideranças, que viabilizou seu transporte, contando com a participação de três a quatro educandas, entre elas uma assistente social e técnica da ATES³ e cuidadoras populares. Apesar de o convite ter sido aberto, somente mulheres se interessaram em participar como educandas.

A Coordenação Político-Pedagógica (CPP) era composta pela Universidade, um docente e alguns estudantes de graduação da medicina, além de duas residentes de Medicina de Família e Comunidade da UFPB, entre elas, a autora desta dissertação, e pelo MST, o setor de saúde a nível estadual e local, além da direção política da Brigada João Pedro Teixeira.

O curso foi estruturado com base na Pedagogia da Alternância, composto por tempos-escola alternados por tempos-comunidade. No tempo-escola, educadores e educandos se encontravam no assentamento Tiradentes e este era o momento de estudo, reflexão coletiva, partilha de conhecimentos e das práticas populares de cuidado, além do planejamento do tempo-comunidade seguinte. Já o tempo-comunidade servia para que os educandos colocassem em prática as questões trazidas no tempo-escola, entendendo que o “processo educativo se

³ ATES: Assessoria Técnica, Social e Ambiental à Reforma Agrária, coordenado pelo INCRA, mas desenvolvido por entidades públicas ou privadas.

completa quando o conhecimento teórico adquirido se transforma em ações práticas na vida das comunidades e desta forma permite ao educando a construção do conhecimento praxiológico” (SILVA; MEDRADO, 2014, p.340). Os tempos-comunidade aconteciam uma vez por mês, num domingo, inicialmente na casa de uma assentada e após a inauguração mudou-se para o prédio novo do posto de saúde.

Outro princípio fundamental do curso era a Educação Popular. Na Educação Bancária hegemônica, os educandos são vistos como recipientes que devem escutar e memorizar os conhecimentos narrados pelo educador, que são selecionados a partir da visão de mundo deste ou oriundos de programas verticais do governo ou instituições. É uma prática de ensino distante do mundo dos educandos e que coloca a realidade como algo dado que não deve ser questionada e, portanto, reforça o imobilismo e a visão fatalista da vida (FREIRE, 2005).

Já a Educação Popular desafia os educadores a construírem seu plano de curso tendo por base o diálogo com as vontades e necessidades dos educandos. Para Freire (2005) a dialogicidade começa quando o educador se pergunta em torno de que vai dialogar. Ele afirma que o conteúdo programático deve ser “a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada” (FREIRE, 2005, p.97).

Ao educador não basta ser crítico da realidade, defensor dos oprimidos ou ter boas intenções. É necessário, primeiramente, que o educador se dedique à investigação do “universo temático do povo” em conjunto com os educandos, sob o risco de falhar ao refletir no conteúdo programático a sua visão pessoal de mundo. Isto exige do educador, que tem uma origem externa à realidade do educando, uma disponibilidade em vivenciar o dia-a-dia onde irá atuar. Por outro lado, a participação ativa dos educandos nesta etapa, promove o aprofundamento da tomada de consciência em torno do seu cotidiano. Assim, a etapa investigativa é em si educativa, pois reveladora do mundo sobre o qual se debruçarão educadores e educandos (FREIRE, 2005).

Na elaboração deste curso de saúde, a intenção era que para além de refletir as vontades dos educandos, o conteúdo programático contemplasse as necessidades das comunidades onde elas viviam. O curso deveria cumprir a função de fomentar e consolidar as educandas como construtoras do setor de saúde local do MST e, portanto, representantes coletivos da saúde de

suas comunidades. Por isso, a intenção era construir o conteúdo programático conjuntamente com elas.

A coordenação pedagógica do curso optou por iniciá-lo com a construção coletiva do conceito de saúde. Pretendia-se assim evitar que se reproduzisse um conceito de saúde negativo, baseado simplesmente na noção de ausência de doença, conforme pensamento hegemônico na sociedade, assunto discutido no primeiro capítulo desta dissertação.

Nos dois primeiros tempos-escola, debateu-se o conceito ampliado de saúde, comparativamente à percepção das educandas sobre as condições de vida e saúde dos assentamentos participantes. A partir desta discussão, cada educanda escolheu uma dimensão da saúde ampliada, que compôs um questionário para diagnóstico da situação de saúde dos assentados que será apresentado a seguir. As perguntas também foram elaboradas coletivamente e o questionário foi aplicado pelas educandas nas famílias assentadas em Tiradentes, entre outubro e novembro de 2011.

Tabela 1 – Questionário aplicado na comunidade no Curso de Agentes Populares de Saúde, em 2011.

TEMA	PERGUNTA
Lixo	- O que você faz com o seu lixo?
Água	- Você faz algum tratamento da água que usa? - Como sua comunidade preserva os rios e nascentes e qual a sua participação nisto?
Grupo da saúde/Palestras	- Você participa de atividades de educação em saúde na sua comunidade? - Quais temas seriam importantes?
Plantas Medicinais	Qual a importância das plantas medicinais? Você usa ou conhece alguma e qual?
Fortalecer a vizinhança	- Como é o seu relacionamento com a sua vizinhança?
Esporte e Lazer	- Que tipos de esporte e lazer você gostaria que tivesse na comunidade?

Alimentação Saudável	- O que você come que você acha que faz bem e que faz mal à saúde? - O que você entende por uma boa alimentação?
Posto de Saúde	- Você participaria de uma mobilização para a abertura do PSF? - Tem alguma sugestão de ação?
Respeito na família	- Como é a relação pai e filho na sua casa? - Você acha que poderia ser melhor e como?
União	- O que poderia acontecer para você participar mais das atividades da comunidade e do MST?
União entre jovens	O que você propõe para unir os jovens? - Você teria como contribuir em algo?
História assentamento/MST	Por que você entrou no MST?
Drogas	Como você vê o problema das drogas na sua comunidade? Quais são as drogas mais comuns aqui?

Fonte: Elaboração da autora, 2015.

A partir desse diagnóstico inicial e utilizando-se dos critérios de abrangência daquela questão no assentamento, de governabilidade daquele grupo sobre o assunto, e da urgência de atuação no mesmo, as educandas priorizaram quatro temas como eixos estruturantes do conteúdo programático do curso de Agentes Populares de Saúde: Setor de Saúde local/ Coletivo de cuidadores; Plantas Medicinais; Posto de Saúde; Alimentação Saudável.



Figura 1: Foto do Curso de Agentes Populares: Priorização do conteúdo programático

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora, novembro de 2011

No entanto, na prática, os eixos temáticos mais trabalhados foram o das Plantas Medicinais e o do Posto de Saúde. O eixo sobre alimentação saudável não foi iniciado. Já o eixo sobre o Setor de Saúde, que na verdade representava a intenção de reorganizar e fortalecer o mesmo (Organicidade), na verdade, tornou-se uma diretriz longitudinal alimentada pelo estudo praxiológico dos demais eixos.

A memória do Curso de Agentes Populares de Saúde ficou registrada nas relatorias da CPP, que foram utilizadas como fonte de dados pela pesquisadora para o presente trabalho, assim como os questionários aplicados nas famílias residentes no assentamento Tiradentes, com a anuência da dirigente da Brigada João Pedro Teixeira do período. Também o artigo “Fomento à Farmácia Viva através da Educação Popular, numa Zona Rural-PB”, que relata a experiência desse curso, publicado em 2014 pela Revista Brasileira de Ciências da Saúde, foi usado como referência bibliográfica.

Já integrando o setor de saúde do MST e com uma relação estreita com os assentamentos da Brigada João Pedro Teixeira, identificamos a formação e perfil dos profissionais de saúde que atuavam no PSF dos assentamentos como uma questão fundamental para a melhoria da assistência ofertada aos trabalhadores rurais. Dessa forma, em conjunto com o coletivo de saúde já formado, iniciamos um diálogo com o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFPB e com a gestão municipal de Mari, no sentido de transformar os

assentamentos Tiradentes e Zumbi dos Palmares em campo de prática dessa residência. Até então a formação do MFC pela UFPB tinha um caráter exclusivamente urbano.

Conseguimos iniciar um Estágio de Saúde do Campo e Movimentos Sociais, opcional, com uma carga horária semanal de 8 horas, num total de 6 semanas, que funcionou de outubro de 2013 a julho de 2014. A pesquisadora deste trabalho atuou como preceptora voluntária e 4 residentes cursaram esse estágio, ao longo do período em que foi ofertado. Os objetivos principais do estágio eram:

Inserir a temática da Saúde do Campo no programa de residência de MFC da UFPB; proporcionar o contato do residente com as condições de vida e da assistência à saúde da população do campo; Problematicar junto aos residentes, à ESF e aos moradores dos assentamentos os determinantes do processo saúde-doença daquele território, capacitando-os para intervir nesta realidade. Além disso, propicia momentos de estudos e debates nas seguintes áreas do conhecimento: Saúde do Campo; Educação Popular; Práticas Populares de Cuidado; Participação Popular, entre outras que venham a surgir da prática (SILVA et al, 2014).

Para a pesquisa atual foram usados os planos de aula e relatórios produzidos por mim enquanto preceptora, assim como o trabalho intitulado “Saúde do campo e formação do Médico de Família e Comunidade, na Paraíba” que foi apresentado no 2º SIBSA⁴, em 2014. O resumo expandido deste trabalho foi publicado nos anais eletrônicos do evento.

Outros documentos usados como fonte de dados e solicitados através de carta de anuência: Plano de Recuperação do Assentamento Tiradentes (PRA), elaborado em 2013, pela Cooperativa de prestação de serviços técnicos da reforma agrária da Paraíba (COOPTERA); As fichas SSA2, PMA2-c do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Equipe de Saúde da Família Francisco Faustino, de dezembro de 2014.

A pesquisadora ouviu os diversos sujeitos envolvidos na assistência à saúde dos moradores do assentamento Tiradentes. Para isto, foram propostas entrevistas com representantes da gestão municipal, da equipe de saúde da família, de assentadas lideranças locais e de assentados usuários do SUS. As entrevistas eram semiestruturadas e foram elaboradas com questões específicas para cada subgrupo, tendo sido gravadas e foram realizadas em abril de 2016. Cada entrevistado foi convidado pela pesquisadora para contribuir voluntariamente, sendo

⁴ SIBSA significa Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente e é construído pela ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) O lema do 2º SIBSA foi *Desenvolvimento, Conflitos Territoriais e Saúde: Ciência e Movimentos Sociais para a Justiça Ambiental nas Políticas Públicas* e aconteceu em outubro de 2014.

informados os aspectos éticos relacionados e disponibilizado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em ambiente reservado, permitindo que refletisse e pudesse decidir sem constrangimento sobre sua participação.

Dessa forma, foram entrevistadas cinco assentadas do Coletivo de Saúde do assentamento: uma liderança histórica do MST, ex-dirigente do setor estadual de saúde e ex-presidente da Cooperativa do assentamento (assentada 1); uma cuidadora popular, atual dirigente do setor de saúde da Brigada João Pedro Teixeira e integrante do grupo de mulheres da medicina alternativa do assentamento (assentada 2); uma ex-integrante da Pastoral da Criança e atual integrante do grupo de mulheres da medicina alternativa (assentada 3); uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) e uma técnica de enfermagem (TecEnf). Estas duas últimas além de assentadas, também trouxeram informações quanto às funções que exercem na equipe de saúde da família (ESF). Além delas duas, a enfermeira da ESF Francisco Faustino foi entrevistada (ENF). A secretária municipal de saúde e a coordenadora da atenção básica do município de Mari foram procuradas em diversos momentos no mês de abril, mas não quiseram participar das entrevistas. Como alternativa, a pesquisadora entrevistou um funcionário da secretaria de saúde indicado pelo assessor da secretária de saúde (gestão) e o presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Por fim, foram entrevistadas três famílias de assentados indicados pelas lideranças locais para representar os usuários do posto de saúde: Uma grávida; a mãe de um bebê de 7 meses; uma acamada e sua cuidadora (usuária acam).

A pesquisadora utilizou também a observação participante com registro em diário de campo de espaços relacionados com a vida e organização comunitária. Além disso, foi realizado um turno de observação da ESF Francisco Faustino atuando na sua sede, localizada na zona urbana, em abril de 2016. Também foi realizada observação participante do trabalho desenvolvido pelas ACS e pelo Coletivo de Saúde local. Não foi possível observar a atuação da ESF na UBS do assentamento.

Os dados colhidos na pesquisa de campo foram analisados qualitativamente tendo por base a historicidade, a totalidade e a dialética. Os dados foram inicialmente organizados, para então se proceder com a técnica de Análise de Conteúdo por Análise Temática. Como afirma Minayo:

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas

sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Esse conjunto de movimentos analíticos visa a dar consistência interna às operações (2010, p. 308).

Os eixos temáticos destacados a partir da pesquisa de campo e que nortearam a análise de dados foram: A luta pela terra e pelo direito à saúde; condições de vida e saúde; assistência à saúde ofertada pela equipe de saúde da família; e práticas populares de cuidado.

Esta pesquisa também prevê a devolução dos dados para o assentamento Tiradentes, o MST-PB, os trabalhadores da ESF Francisco Faustino, a gestão municipal de Mari-PB e o Programa de Residência de MFC da UFPB, através de entrega impressa da dissertação e/ ou apresentação dos resultados em condição a ser pactuada.

A dissertação foi estruturada da seguinte forma: A Introdução discorre sobre a justificativa do projeto de pesquisa, a relevância do tema, a metodologia utilizada e a estrutura da dissertação.

O segundo capítulo debate o conceito de Saúde do Campo construído e empregado pelo MST, através da análise das concepções de saúde construídas historicamente no mundo ocidental, da elaboração do termo “*do campo*” pelo setor de educação do MST e da trajetória da temática saúde na luta do MST. Também traz um breve resgate das políticas públicas de saúde para a população do campo, no Brasil.

No terceiro capítulo foram destacadas as determinações socio-históricas dos trabalhadores rurais Sem Terra que formaram o assentamento Tiradentes, através da contextualização da questão agrária na várzea paraíba, com ênfase no surgimento do MST na região e na história e organização do assentamento.

O quarto capítulo consiste na pesquisa de campo. Investigou as condições de vida e saúde dos assentados em Tiradentes; a assistência à saúde ofertada pelas políticas públicas e a relação das práticas populares de cuidado com o poder público. Também foram exploradas as resistências e lutas travadas em prol da saúde por esta comunidade.

Portanto, a relevância desse objeto, desde o contexto geral da Saúde do Campo ao real experimentado no assentamento Tiradentes, na várzea paraibana, coloca a necessidade de ser investigada, compreendida e difundida, para que, junto às inúmeras alternativas que veem sendo construídas por todo o Brasil, possam, de fato, apontar caminhos para uma atenção primária de qualidade no campo e com participação popular

2. CONCEPÇÕES DE SAÚDE

O conceito de Saúde do Campo é uma discussão recente até mesmo entre os movimentos sociais de luta pela terra. No entanto, encontra-se um debate mais aprofundado dos termos que o compõem: *Saúde* e *do Campo*. Por isso, este capítulo está composto inicialmente pela discussão das concepções de saúde ao longo da história, no ocidente. Em seguida, há uma sistematização da história e significado do termo “*do campo*” empregado pelo MST na Educação do Campo e um breve relato do tema da saúde nos documentos e lutas travadas pelo MST, com foco no Coletivo Nacional de Saúde. Por fim, há um breve resgate das políticas públicas de saúde para a população do campo, no Brasil. Este capítulo foi elaborado através de revisão bibliográfica.

2.1 A história do conceito de saúde no ocidente: Algumas considerações

As concepções, práticas e agravos de *Saúde* vêm sofrendo modificações ao longo da história, de acordo com o estágio de desenvolvimento socioeconômico das sociedades e do grau de conhecimento correspondente. O período Paleolítico se caracterizou por comunidades nômades de caçadores-coletores, que dependiam da disponibilidade de alimentos e água para sobrevivência. Já no neolítico, o desenvolvimento da agricultura e a criação de animais, proporcionaram a fixação das comunidades e a produção de excedentes, tornando a sobrevivência menos desgastante. Por outro lado, o contato íntimo com animais introduziu novos parasitas e doenças para os humanos. A possibilidade de comercialização do excedente produzido intensificou a circulação das enfermidades infecciosas entre diversas comunidades (BATISTELLA, 2007a).

Batistella (2007) caracteriza as ações de saúde, na Pré-história, de pensamento mágico-religioso. Destaca que a exceção dos agravos provocados diretamente pelas atividades da vida cotidiana, os outros eram explicados com base na atuação de forças sobrenaturais. As pessoas que lidavam com o cuidado e a cura eram também líderes espirituais e acabavam desempenhando uma função de coesão da comunidade. As práticas deste período se caracterizavam por um cuidado integral do indivíduo e um intenso vínculo entre cuidador e

doente. Além disso, através do uso medicinal das plantas, as comunidades desenvolveram um vasto conhecimento sobre farmacopeia.

Também para Sabroza (2001) o cuidado em saúde nas comunidades tradicionais baseava-se na crença da influência de forças sobrenaturais na ocorrência de doenças, que podiam ser invocadas ou controladas pelos homens. Para este autor (2001, p. 38) “A visão mágica do processo saúde-doença lhes permitia um alto grau de manipulação complementada por cuidadosas observações empíricas sobre a utilidade medicinal de produtos naturais, transmitidas cuidadosamente de geração em geração”. Portanto, as causas de doenças e as práticas de cuidado em saúde eram fruto da relação da humanidade com a natureza e do conhecimento que foi sendo construído a partir desta relação, sendo repassado oralmente ao longo das gerações. No entanto, as explicações sobre este processo estavam centradas no plano do sobrenatural.

Sabroza (2001) chama de modelo místico ou religioso aquele desenvolvido a partir da urbanização e estratificação da sociedade, na Idade Antiga. O poder da cura foi centralizado nos sacerdotes, vinculados ao grupo dominante, que passou a monopolizar a mediação entre deuses e humanos. A doença estava associada à culpa, sendo a manifestação divina pela desobediência humana. Ao mesmo tempo, nos segmentos mais populares, o modo mágico ficou preservado, sendo desempenhado por mulheres idosas, mas sem deter o controle social que agora era exercido pelos religiosos.

Estes modelos de saúde eram inadequados para conter as doenças desencadeadas pela urbanização e aumento da densidade populacional, na Antiguidade. Espécies de parasitas que raramente infectavam humanos passaram a se tornar endêmicos nas cidades e na zona rural com agricultura irrigada. Muitas sociedades antigas se desfizeram sob o impacto das condições insalubres (SABROZA, 2001).

A Mitologia Grega possuía divindades associadas à noção de saúde. Asclepius ou Aesculapius era a divindade da Medicina, Higiéia da Saúde e Panacea da Cura. Já neste momento, havia uma valorização da higiene e as práticas de cura baseavam-se nos rituais e no uso de plantas e métodos naturais. No apogeu da Grécia, o pai da medicina, Hipócrates (460/377

a.c.), desenvolveu uma concepção racional do processo saúde-doença, cujo pensamento está compilado no trabalho intitulado *Corpus Hipocraticus*⁵ (SCLIAR, 2007).

A medicina hipocrática estava pautada na reflexão filosófica, na observação da natureza, na concepção da doença enquanto fenômeno natural e, portanto, passível de explicação teórica. Este conhecimento construído poderia ser sistematizado e transmitido. (SABROZA, 2001). O homem seria uma unidade organizada e a doença seria a manifestação de alguma desorganização. Hipócrates mencionou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: A bile negra, a bile amarela, o sangue e a fleuma (SCLIAR, 2007).

Além das atividades curativas, o médico deveria atuar na harmonia do corpo e deste com o ambiente. Os médicos relacionavam o estado de saúde ao modo de vida, estimulando a higiene pessoal, o descanso, exercícios e o cuidado com a nutrição e os excrementos (BATISTELLA, 2007a). A teoria miasmática foi elaborada como explicação causal das doenças. Scliar diz (2007, p.5) “Daí emergirá a ideia de miasma, emanações de regiões insalubres capazes de causar doenças como a malária, muito comum no sul da Europa e uma das causas da derrocada do Império Romano. O nome, aliás, vem do latim e significa ‘maus ares’”.

Com a expansão do Império Romano, a medicina hipocrática se difundiu para o Ocidente. Sua noção de higiene e salubridade influenciou o desenvolvimento da engenharia sanitária nas cidades romanas, através da construção de aquedutos, esgotos, banheiros públicos e etc. Com a queda do Império Romano, muitas construções sanitárias foram destruídas ou abandonadas. Ações sanitárias nas cidades só foram retomadas de forma mais sistematizada no final da Idade Média (BATISTELLA, 2007a).

[No Império Romano] Explicações e práticas relacionadas com o pensamento mágico, com o misticismo religioso e com a doutrina hipocrática conviveram com a tradição empírica relacionada com o uso de ervas medicinal, integrando o modo de viver dos diferentes grupos sociais. Mesmo durante o período medieval, quando a ideologia religiosa dominante procurou impor uma visão unificada do mundo, essas diferentes concepções sobre saúde e doença foram mantidas (SABROZA, 2001, p. 39).

A Idade Média na Europa foi hegemonizada pela ideologia da Igreja Católica. Neste período, a visão da doença enquanto castigo divino ao pecado humano foi reforçada, tendo por

⁵ “Os vários escritos que lhe são atribuídos [à Hipócrates], e que formam o *Corpus Hipocraticus*, provavelmente foram o trabalho de várias pessoas, talvez em um longo período de tempo” (SCLIAR, 2007, p.4).

base o Cristianismo. A medicina foi repudiada e os cuidados de saúde voltaram a ser responsabilidade dos religiosos, através de práticas como exorcismo, penitências, rezas e unções. Somente entre os árabes e judeus a medicina hipocrática se desenvolveu, em especial os estudos de farmacologia e cirurgia (BATISTELLA, 2007a).

Já para Scliar (2007, p.5), algumas ideias da medicina hipocrática se mantiveram na sociedade feudal “através da temperança no comer e no beber, na contenção sexual e no controle das paixões”. Evitava-se viver de forma a contrariar a natureza, concepção que mudará na Idade Moderna.

Foi também na Idade Média que surgiram os Hospitais, no entanto, com pouco objetivo terapêutico. Tratava-se de um lugar para isolar os pobres doentes, confortar sua alma na preparação para a morte e proteger o restante da população do perigo que estes representavam (BATISTELLA, 2007 a).

Durante o século XIV, teve início uma pandemia de peste bubônica que devastou a Europa, criando-se uma cultura de convivência com a morte, pela culpa e pecado. Houve intensa perseguição dos curandeiros populares, acusando judeus e mulheres de feitiçaria e condenando-os a morte. Além disso, a prática de quarentena impôs-se como forma de defesa coletiva, a partir de uma noção de que as viagens marítimas, as migrações e a crescente concentração da população urbana poderiam estar contribuindo para transmissão de doenças (SABROZA, 2001).

A organização do regime feudal foi se alterando com o surgimento crescente das cidades e a formação da pequena burguesia, que se distinguia pelas atividades comerciais e posteriormente pelas manufaturas. Inaugurou-se um período de valorização do saber técnico, subordinando o saber científico à experimentação prática. Ainda no final da Idade Média, alguns mosteiros fundaram universidades, como locais de transmissão do conhecimento, em especial greco-romano. Posteriormente, alguns humanistas criaram as academias, livres dos limites impostos pela Igreja e ansiosos por novas descobertas (BATISTELLA, 2007a).

No Renascimento, as doenças passaram a ser entendidas como processos químicos naturais resultantes de diversos tipos de putrefação. Neste período se estudou detalhadamente o corpo e este passou a ser visto como uma máquina passível de apresentar defeito, mas que poderia ser consertada. As doenças passaram a ser atribuídas a causas naturais e houve um esforço de categorização destas. A atenção à saúde era majoritariamente individual e a eficácia

dos atos médicos era quase nula, em algumas situações até agravavam as condições do paciente (SABROZA, 2001). No entanto, já neste momento, alguns estudiosos mencionavam a teoria do contágio, através da qual era possível associar algum elemento específico como causa de doenças (BATISTELLA, 2007a).

Desde o final do século XVI e início do XVII, as nações europeias se preocupavam com o estado de saúde da sua população, de acordo com as necessidades do mercantilismo. Desta forma, passou-se a calcular a força ativa de suas populações, através de estatísticas de nascimento e mortalidade (França) e grandes contabilidades de população (Inglaterra). A preocupação era aumentar a população, sem intervenção para melhorar o seu estado de saúde (FOUCAULT, 1972 b).

No final do século XVIII, o cuidado médico que era prestado nos lares dos pacientes foi progressivamente mudando para os hospitais terapêuticos. Esta nova organização visava facilitar o acesso dos profissionais de saúde, em especial o médico, a vários pacientes e doenças, permitindo que depois de mortos, os corpos fossem dissecados para se estabelecer as relações anatomo-clínicas (FOUCAULT, 1972a). A Medicina Moderna nascia transformando o cuidado individualizado em serviço de saúde padronizado e prestado em larga escala.

A sociedade europeia estava mudando, diz Sabroza (2001,p.41)

A partir da segunda metade do século XVIII, importantes transformações passaram a ocorrer na Europa e provocaram impactos notáveis sobre as condições de vida e saúde. O crescimento demográfico anterior, a acumulação de capital (resultante da espoliação colonial), o fortalecimento dos Estados Nacionais (com crescentes funções reguladoras), o desenvolvimento técnico de novas máquinas e a consolidação da lógica de produção capitalista possibilitaram a ampliação da capacidade produtiva em níveis até então inéditos.

A Inglaterra foi o primeiro país a passar pela Revolução Industrial, que iniciou na segunda metade do século XVIII. Neste país, antes da introdução da maquinaria, as mulheres fiavam os fios que eram tecidos pelos homens ou vendidos. Este trabalho era realizado no ambiente familiar do domicílio, localizado na zona rural, próximo da cidade, onde vendiam suas mercadorias. A família fazia economias, arrendava um pedaço de terra para cultivar e criar animais, mandava na organização do seu próprio trabalho, mantinha a reverência pelo proprietário rural mais importante da região e sua produção era o suficiente para sua subsistência. “Eram na sua maior parte pessoas vigorosas” (ENGELS, 1975, p. 33).

A primeira invenção que impactou profundamente esta realidade foi a máquina de fiar algodão, chamada *Jenny*, em 1764. As máquinas foram sendo sucessivamente aperfeiçoadas e a invenção do acionamento mecânico inaugurou a manufatura, que representou a vitória do trabalho mecânico sobre o manual. Alguns capitalistas instalaram máquinas em edifícios, concentrando os trabalhadores. A procura por tecidos aumentava e os custos de produção diminuía com o investimento de grandes capitais na aquisição de forças produtivas inovadoras. “O artesanato industrializou-se, a divisão do trabalho operou-se com rigor, e os pequenos artesãos que não podiam concorrer com os grandes estabelecimentos foram atirados para as fileiras da classe operaria” (ENGELS, 1975, p. 48)

Os tecelões agrícolas abandonaram o trabalho no campo atrás de melhor renda nas cidades. Dessa forma, muita terra ficou disponível, surgindo uma nova classe de grandes arrendatários que aumentou a sua produção agrícola e assim vendiam seus produtos mais baratos. Os pequenos camponeses não conseguiam competir, vendiam suas terras e tornavam-se também trabalhadores industriais ou proletariado agrícola para um grande fazendeiro. As invenções transpassaram a fabricação de vestuário, para outros produtos industriais. Para fabricar máquinas, desenvolveu-se a metalurgia. Ao importar matéria-prima e exportar produtos manufaturados, desenvolveu-se a frota marítima. Construíram-se estradas, canais que tornavam os rios navegáveis e vias férreas através de obras particulares e companhias privadas a fim de facilitar o escoamento das mercadorias. A pequena burguesia de antes foi decomposta em ricos capitalistas e pobres operários (ENGELS, 1975).

Como consequência da Revolução Industrial, na Inglaterra, houve uma queda nos preços dos produtos manufaturados, um intenso desenvolvimento do comércio e da indústria nacionais, a conquista de quase todos os mercados estrangeiros não protegidos, o rápido crescimento do capital e da riqueza nacionais e brotaram cidades industriais. De um lado, houve a expansão de uma nova classe de trabalhadores, o proletariado e, de outro, a centralização da propriedade num pequeno número de pessoas, a burguesia. “O pequeno número de fortes, quer dizer, os capitalistas, se apropriam de tudo, enquanto que ao grande número de fracos, aos pobres, não lhes resta se não a própria vida” (ENGELS, 1975, p. 57).

No início do século XIX, o modo de produção capitalista tornara-se hegemônico na Europa. Ao redor de cada indústria foram surgindo vilas onde se aglomerava o proletariado. As condições para reprodução da vida iam se organizando, até se formarem as grandes cidades

industriais (ENGELS, 1975). A urbanização acelerada e a industrialização deste período mudaram radicalmente as condições de vida dos trabalhadores urbanos, que passaram a ter uma carga excessiva de trabalho e péssima alimentação. As cidades eram locais insalubres, geralmente prejudiciais à saúde. A prática médica era mais danosa do que eficaz, fazendo com que as pessoas evitassem os hospitais e maternidades (SABROZA, 2001).

No estudo empreendido por Engels na Inglaterra, por volta de 1840, restara a classe trabalhadora três alternativas: Conseguir um trabalho que mal garantia a subsistência familiar, o roubo ou morrer de fome, direta ou indiretamente. Aliás, de forma geral os trabalhadores oscilavam entre estas condições de vida, ninguém estando livre de morrer de fome, uma vez que o emprego não lhe era assegurado.

A classe operária das grandes cidades apresenta-nos, pois, um leque de modos de vida diferentes. No melhor dos casos, uma existência momentânea suportável: para um trabalho duro, bom alojamento e comida menos má (do ponto de vista do operário, evidentemente, tudo isto é bom e suportável); no pior dos casos, uma miséria cruel pode ir até a ausência do fogo e da casa e a morte pela fome; mas a média está muita mais próxima do pior do que do melhor dos casos (ENGELS, 1975, p. 111).

A classe operária se concentrava nos bairros chamados de *má reputação*. Nestes bairros as ruas eram estreitas, sujas (com detritos vegetais e animais), sem arejamento, esgotos ou canais de escoamento. As casas eram pequenas, frias, úmidas, mal conservadas e quase sem mobília. Muitos trabalhadores não ganhavam o suficiente para terem uma casa para morar, alguns passando as noites em dormitórios públicos e outros nas ruas. A água disponível estava distante, poluída e sem encanamento. Seu vestuário era ruim e escasso, além de pouco adaptado ao clima úmido. A alimentação do trabalhador variava conforme o salário: Se todos da família estivessem aptos a ganhar algo, podiam comer carne todos os dias; mas se a família era numerosa, mesmo alguns membros trabalhando, podiam passar fome. A comida destinada aos trabalhadores era alvo de fraudes na sua qualidade e quantidade. De forma geral, eles comiam alimentos de má qualidade, velhos e quase podres (ENGELS, 1975).

Evidentemente que semelhante modo de vida não pode deixar de originar numerosas doenças. Quando estas surgem, quando o homem, cujo trabalho sustenta a família e cuja atividade penosa exige mais alimentação — e, por conseguinte sucumbe primeiro — quando esse homem adocece, é então que começa a grande miséria, e só então que, de maneira espantosa, se manifesta a brutalidade com que a sociedade ⁶ abandona os

⁶ Engels dirá mais a frente que ao falar “*a sociedade*” neste caso está se referindo à burguesia.

seus membros, precisamente quando eles mais precisam da sua ajuda (ENGELS, 1975, p.110).

A classe operária inglesa chamava de assassinato social as mortes provocadas pelas condições de vida dos trabalhadores, que não lhes permitia conservar a saúde e os matava precocemente. A expectativa de vida era menor entre trabalhadores e a mortalidade infantil entre a classe operária chegava a ser maior do que 50% entre os menores de 5 anos, taxa muito superior a dos filhos da burguesia e da média das regiões rurais. Os acidentes externos com as crianças eram comuns nas famílias onde o pai e a mãe trabalhavam fora. Este modo de vida gerava numerosas doenças nos trabalhadores individualmente e também foi responsável por diversas epidemias, naquele período. A má alimentação acarretava em problemas de desenvolvimento nas crianças e em afecções do aparelho digestivo nos adultos. Por fim, o alcoolismo se espalhou como forma de aliviar as mazelas do dia-a-dia exaustivo. Para Engels (1975) a classe dominante sabia que tal situação era prejudicial à vida dos trabalhadores, mas nada fazia para mudar esta realidade.

A consequência de todos estes fatores é o enfraquecimento geral do organismo dos trabalhadores. Entre eles, há poucos homens vigorosos, bem constituídos e com boa aparência, pelo menos entre os operários de fábrica que trabalham a maior parte do tempo em locais fechados e de que aqui tratamos exclusivamente. São quase todos débeis, tens uma ossatura angulosa, mas pouco robusta, são magros, pálidos, e o seu corpo, com exceção dos músculos que o trabalho solicita, está amolecido pela febre. Sofrem quase todos de má digestão e, por consequência, são mais ou menos hipocondríacos, melancólicos, irritáveis e nervosos. O organismo enfraquecido não tem possibilidades de resistir à doença, que os vitima em qualquer altura. Por isso que envelhecem prematuramente e morrem jovens. As estatísticas de mortalidade constituem uma prova irrefutável disso (ENGELS, 1975, p. 145).

Por um lado, as lutas sociais por melhores salários e condições de vida promoveram uma melhora na qualidade de vida dos trabalhadores. Por outro, os Estados Nacionais passaram a regulamentar as condições de trabalho e o uso do espaço urbano, de acordo com o interesse do capitalismo de forma geral, mesmo contrariando o interesse de um ou outro burguês em particular (SABROZA, 2001).

Segundo Foucault (1972b), no final do século XVIII e início do XIX, surgiu na Alemanha a Polícia Médica, que consistiu numa prática médica do Estado a fim de melhorar o nível de saúde da população em geral. Seus principais elementos foram: Observação da morbidade geral (epidemias e endemias), gerando um saber médico estatal; normatização da prática e saber médicos, sob o controle do Estado; criação de uma organização administrativa para centralizar,

fiscalizar e subordinar a prática médica; e, por fim, a organização de uma rede de funcionários médicos, contratados pelo governo, responsáveis por uma determinada região.

O objeto da Medicina de Estado alemã não era o corpo do proletariado, mas sim o corpo de toda a população. Seu objetivo era garantir uma força estatal suficiente para enfrentar os conflitos com as nações vizinhas. Ela criou uma medicina estatizada e administrativa

Na França, as políticas de saúde se desenvolveram a partir da urbanização. A medicina urbana baseava-se na análise e intervenção dos lugares na cidade que poderiam ser foco de doenças e conseqüentemente de fenômenos epidêmicos ou endêmicos. Influenciada pelo paradigma miasmático, pretendia-se controlar a circulação dos elementos necessários para a vida em comum, principalmente da água e do ar, através de melhores métodos de arejamento das cidades e ordenamento das águas. O controle foi feito sobre espaços coletivos, preservando-se o caráter sagrado da propriedade privada.

A medicina urbana propiciou o contato da medicina com outras ciências, como a química, o que contribuiu para o nascimento da medicina científica. Além disso, era uma medicina das condições de vida e do meio de existência. Por fim, expandiu a noção de salubridade.

Foucault (1972b) diz que os trabalhadores e os pobres só por último foram objeto da medicalização, pois estes desempenhavam um papel importante no funcionamento das cidades e ainda não eram tão numerosos. Os pobres só se tornaram um perigo, no segundo terço do século XIX, pois passaram a constituir uma força política nas revoltas. Além disso, parte dos serviços prestados pelos trabalhadores urbanos foi substituída por sistemas (como o serviço de postagem), tornando-os descartáveis. Por fim, a epidemia de cólera de 1832 tornou o pobre um medo sanitário. A partir de então, as habitações de pobres e ricos passaram a ser separadas espacialmente nas cidades, preocupação que não existia anteriormente.

Na Inglaterra, a saúde pública surgiu através da Lei dos Pobres e como o próprio nome diz, seu objeto de atuação eram os pobres.

A ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas (...) os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 1972b, p. 95).

Em 1870, completou-se a legislação médica inglesa com a organização de um serviço autoritário, não de cuidados médicos, mas de controle médico da população, chamado *health service*. Sua função era: Controle da vacinação, organização das epidemias (sendo obrigatória a declaração de doenças perigosas) e controle de locais insalubres. Seu objeto de atuação era a população em geral, mas, na prática, completava o controle sobre os pobres. Resultou em revoltas e resistências populares (FOUCAULT, 1972 b).

Desde o início, os operários tentaram se livrar das condições sub-humanas impostas pelo capitalismo. Inicialmente, através do crime ou em ocasiões isoladas através da ação violenta contra as máquinas. Em 1824, promulgou-se na Inglaterra uma lei que permitia a livre associação e a partir de então as associações de trabalhadores se multiplicaram pelo país. Seus objetivos principais eram fixar salários, regulamentar o salário em função do lucro do patrão, negociar escalas de salários de acordo com funções, ajudar os trabalhadores desempregados. Atuavam principalmente através de negociações e greves (ENGELS, 1975).

Os operários devem, portanto, esforçar-se por encontrar uma saída para esta situação que os coloca ao nível do animal, para criarem para si próprios uma existência melhor, mas humana, e só o podem fazer entrando em luta contra os interesses da burguesia enquanto tal, interesses que residem precisamente na exploração dos operários. Mas a burguesia defende os seus interesses com todas as forças de que pode dispor, graças à propriedade e ao poder estatal que detêm. Desde o momento em que o operário quer escapar ao estado atual de coisas, o burguês toma-se seu inimigo declarado (ENGELS, 1975, p. 266).

No seio de movimentos de caráter socialista, entre 1830 e 1870, e com base em alguns estudos sobre a condição de vida da classe operária, um grupo de médicos passou a considerar a forma como as pessoas viviam como determinante do seu estado de saúde-doença. Eles propunham que caberia ao Estado garantir melhores condições de vida e trabalho a todos (DA ROS, 2004).

Esta explicação do processo saúde-doença não interessava à burguesia, pois exigia mudanças no conjunto da sociedade e das relações de trabalho. A derrota da Comuna de Paris, seguida do descenso das lutas populares e a descoberta de microrganismos patogênicos por Pauster e Koch, no final do século XIX, contribuiriam decisivamente para a hegemonia da Teoria Unicausal das doenças, inaugurando a era bacteriológica (DA ROS, 2005).

A fisiopatologia das doenças infecciosas foi destrinchada e estudos para intervenções específicas foram estimulados. Tendo por base o papel dos vetores, dos hospedeiros intermediários e dos portadores sadios, no início do século XX, pôde-se usar a noção de imunidade ativa e passiva, desenvolvendo-se várias vacinas e soros imunes contra agravos que assolavam a humanidade.

A crença na possibilidade de erradicação das doenças infecciosas repercutiu na criação de laboratórios de microbiologia e imunologia em diversos países. Reflexo dessa disseminação, os indicadores de mortalidade decrescem continuamente, fruto da diminuição da frequência de certas doenças. À medida que eram identificados os modos de transmissão e as formas de reprodução de vetores específicos, várias melhorias sanitárias e das condições de vida dos habitantes foram incentivadas (BATISTELLA, 2007a, p. 43).

A Medicina Moderna desenvolveu-se, então, baseada na determinação biológica da doença e na dependência progressiva de insumos e tecnologia, em consonância com a Revolução Científica newton-cartesiana e com o modo de produção capitalista, em ascensão na Europa (ROLO, 2014).

Os currículos dos cursos de medicina foram organizados de forma a priorizar esta visão, transformando as pessoas em órgãos e sistemas onde se instalam doenças, dissociadas das suas condições de vida. Isto gerou uma crença de que quanto maior o conhecimento biomédico em determinado assunto, maior a capacidade de se promover saúde (ANDERSON; RODRIGUES, 2012).

O paradigma biomédico assentou-se então sobre um conceito de saúde negativo, definido pela ausência de doença, isto é, pela própria fisiologia. Caracteriza-se por ser um conceito objetivo, baseado na biologia e no indivíduo, que utiliza uma abordagem mecanicista, desconsiderando a influência dos fatores econômicos, sociais, culturais e psicológicos.

Fica mais fácil perceber por que, diante da força e da hegemonia do modelo biomédico, para a maioria da população, saúde é não estar doente. Sabemos, porém, que esta é uma definição muito limitada. Nem sempre a ausência de sinais e sintomas indica a condição saudável. Entretanto, muitos se consideram normais, ainda que portadores de uma determinada doença (BATISTELLA, 2007b, p. 55).

Após a II Guerra Mundial, houve a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) subordinada a também recém-criada Organização das Nações Unidas (ONU). A carta de princípios da OMS foi divulgada em 07 de abril de 1948 e continha como conceito de *Saúde* “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. Nos anos que se seguiram, os países socialistas desempenharam um papel central nesta organização, o que explica a adoção por esta entidade de um conceito de saúde mais ampliado (SCLIAR, 2007).

Apesar de avançar de um conceito negativo para uma proposição positiva da saúde, algumas críticas foram elaboradas. Em primeiro lugar, o caráter utópico e inatingível da expressão “*estado de mais completo bem-estar*”, dificultaria sua operacionalização pelos serviços de saúde, sua mensuração pela saúde pública e o seu alcance efetivo pelas pessoas. Além disso, “sua adoção pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso” (BATISTELLA, 2007b, p.58), justificando e ampliando as práticas de medicalização da vida.

Para Canguilhem, as infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o malestar formam parte constitutiva de nossa história e desde o momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los (CAPONI, 1997, p. 301).

Portanto, o controle dos corpos e a normatização da vida pelo Estado, iniciada na ascensão do sistema capitalista, é reforçada neste conceito da OMS. Apesar do efetivo sucesso no controle de doenças através de programas de notificação de agravos e vacinação, o estabelecimento e prescrição de condutas de vida saudáveis individualiza a responsabilidade do processo saúde-doença, homogeneiza os comportamentos e restringe a autonomia das pessoas, além de isentar o poder público e reforçar o autoritarismo sanitário (BATISTELLA, 2007b).

Esta visão tem um caráter ainda mais cruel se considerarmos que, na organização da sociedade capitalista, grande parcela da população possui restritas condições de vida, o que de antemão lhes retira a possibilidade de acessar ou seguir determinadas normas de conduta, questão complementada pelo trecho abaixo

A responsabilização das pessoas por estilos de vida ‘não-saudáveis’ tenderia a desviar a discussão de fatores sociais, ambientais, econômicos e sobre as condições de trabalho que influem fortemente no processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007b, p. 61).

Na segunda metade do século XX, a mudança no perfil epidemiológico dos países industrializados, com a emergência de doenças crônicas, provocou um questionamento da Teoria Unicausal das doenças, reacendendo o debate acerca da determinação do processo saúde-doença (LAURELL, 1986).

O desenvolvimento das ciências naturais corroborou para a concepção de saúde enquanto adaptação ao meio externo. O modelo intitulado de História Natural da Doença, elaborado por Leavell & Clark em 1976, defendia que a saúde dependia de um estado de equilíbrio entre hospedeiro, agente infeccioso e ambiente (tríade causal). Portanto, as ações de saúde deveriam atuar sobre o elo mais fraco desta tríade. Segundo Sabroza (2001, p. 43), “esse reconhecimento veio possibilitar o emprego de ações sobre os processos saúde-doença, no nível individual e coletivo, que embora não exigissem mudanças no modo de vida e na estrutura social, eram mais diretas, específicas e eficazes”.

O também chamado Modelo Explicativo Multicausal, destaca diversas dimensões do processo de adoecimento, no qual interagem fatores externos (social, político, cultural e de natureza física, biológica) e fatores internos inerentes a cada indivíduo (químicos, fisiológicos, histológicos) que resultam num defeito, invalidez, recuperação ou morte (PUTTINI, 2010).

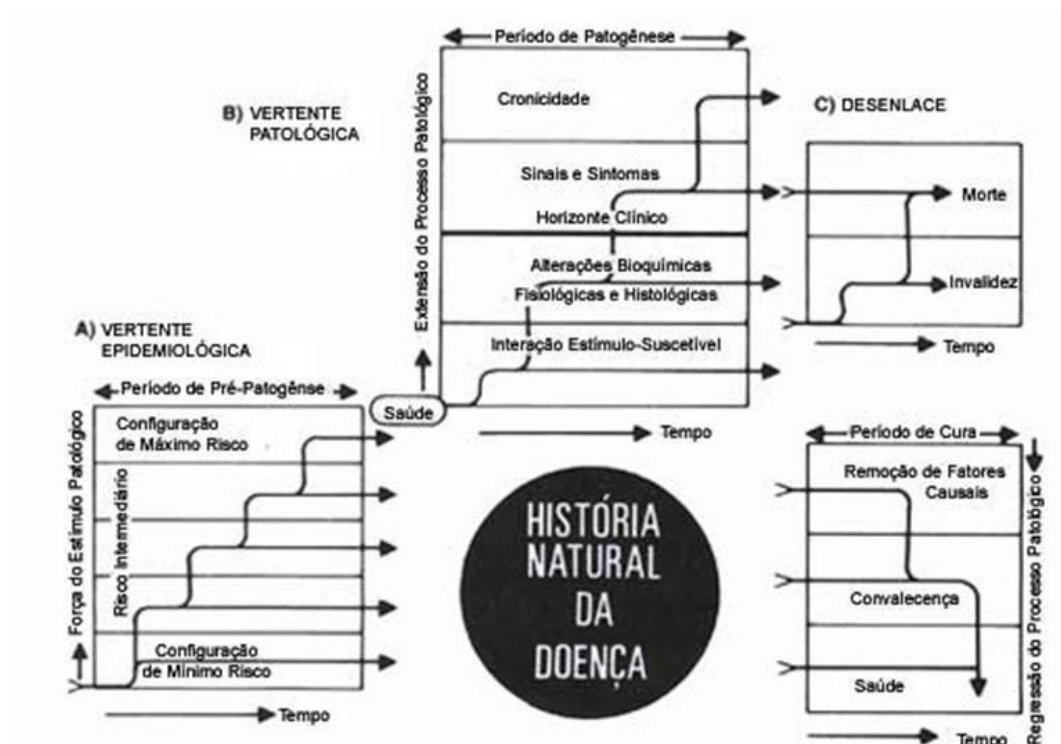


Figura 2 – História Natural da Doença

Fonte: Epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro

Neste mesmo período, nascia na América latina a epidemiologia social. Para Laurell (1982, p. 14), o Modelo Explicativo Multicausal faz uma “redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela”. Ela destaca que o social e o biológico são iguados e reduzidos a meros fatores de risco.

No final da década de 1960, a crise econômica mundial, assim como a crise política e social, foi o pano de fundo para efervescência de lutas populares que questionavam a forma dominante de resolver as necessidades dos trabalhadores. Para Laurell (1982, p. 16):

O processo saúde doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.

Ela demonstra que o caráter social do processo saúde-doença evidencia-se nas formas particulares de adoecer e morrer, nos diferentes grupos humanos. Dessa forma, diferentes sociedades, no que diz respeito ao desenvolvimento econômico e/ou organização social, assim

como diferentes classes sociais dentro de uma mesma sociedade apresentam estados de saúde, adoecimento e morte, também distintos. Complementa ainda que as diferenças de mortalidade estão mais associadas à organização social do que ao acesso aos serviços de saúde. Denuncia que, no sistema capitalista, o foco está na determinação biológica individual. Esta é uma verdade parcial que prioriza o desenvolvimento de áreas específicas do conhecimento e menospreza o caráter social.

Por um lado, o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico (...) O caráter simultaneamente social e biológico do processo saúde-doença não é contraditório, porém unicamente assinala que pode ser analisado com metodologia social e biológica, na realidade, como um processo único (LAURELL, 1982, p.12).

No Brasil, o principal processo de luta pela democratização da saúde deu-se através da Reforma Sanitária, com início na década de 1970. As concepções de saúde vinculadas ao Movimento de Reforma Sanitária foram elaboradas por intelectuais vinculados aos departamentos de medicina preventiva e social e às escolas de saúde pública, inserindo-se no bojo das discussões da Medicina Social Latino-americana. Estas concepções estavam pautadas na sua determinação social e histórica, sendo fundamentadas pelo materialismo histórico. Associado a isto, tentava-se recuperar os aspectos culturais, psicológicos e subjetivos do conceito (PAIM, 2013).

Neste sentido, no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, num contexto de intensa luta pela redemocratização do Brasil e um marco na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), diz que:

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382).

O conceito de saúde expresso na Constituição brasileira de 1988 apresenta uma forte influência desta elaboração da 8ª CNS e do Movimento de Reforma Sanitária. A Lei n 8080 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece que “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, o acesso aos bens e serviços essenciais”. O acesso e a posse da terra foram excluídos do texto constitucional, evidenciando a força da burguesia agrária na composição do Estado brasileiro.

Portanto, a posição de classe de um grupo populacional é um importante determinante do seu estado de saúde, em muitas situações mais do que as condições biológicas ou o estilo de vida. Esta inequidade pode ser amenizada, mas jamais anulada, por sistemas de saúde públicos e serviços de assistência social. Rita Barradas (2009, p.19) afirma que “consideramos os padrões de saúde e doença como as consequências biológicas dos modos de vida e trabalho próprios de cada grupo social, determinados pela organização econômica e pelas prioridades políticas da sociedade”.

Em 2005, foi criada a Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) dentro da OMS. Esta comissão propôs dois tipos de determinantes sociais para a saúde: Os estruturais e os intermediários (BREILH, 2010).

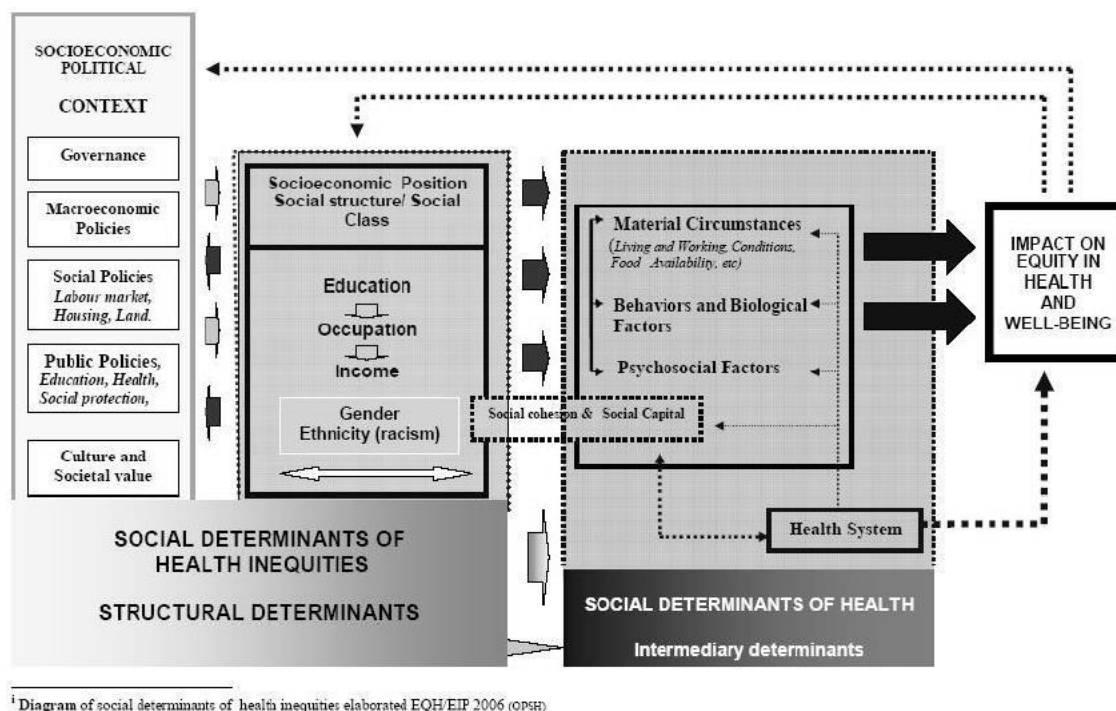


Figura 3 – Determinantes Sociais da Saúde

Fonte: EQH/EIP, 2006 (OPSH)

Os determinantes estruturais são compostos pelas relações de gênero e etnia, pela organização social e classe social e pelo contexto sociopolítico e econômico. Este último, por sua vez, é composto pelo tipo de governo, pelas políticas macroeconômicas, sociais e públicas desenvolvidas e pelas culturas e valores deste agrupamento social. Estes fatores determinam o nível de escolaridade, emprego e renda dos indivíduos. São considerados determinantes estruturais, pois agem e condicionam os determinantes intermediários, impactando na equidade em saúde da sociedade.

Os determinantes intermediários são os fatores relacionados ao estilo de vida e comportamento, os fatores biológicos e psicossociais, assim como as circunstâncias materiais, como trabalho, alimento e moradia. O sistema de saúde também faz parte dos determinantes intermediários. Estes fatores atuam de forma diferenciada no estado de saúde, de acordo com a posição socioeconômica dos indivíduos ou classes (BREILH, 2008).

Breilh (2008) relata que o conceito de determinação social da saúde adotado pela CDSS está pautado na Medicina Social europeia e tece duas críticas fundamentais, baseadas nos estudos da Medicina Social (MS) e da Saúde Coletiva Latino-americana (SCL).

O primeiro ponto de discordância assenta-se nas discussões teóricas sobre as relações e os processos sociais. Para o autor (2008, p. 3), a MS e a SCL consideram que “a produção e a reprodução próprias do capitalismo produzem as diferenças abismais na qualidade de vida das diferentes classes sociais, gêneros e etnias”. Portanto, destaca como centrais o modo de produção e distribuição de riqueza, as formas de propriedade e de poder e a divisão do trabalho na determinação das diferentes condições de vida e conseqüentemente, do estado de saúde, doença e de assistência. Já os marcos conceituais da CDSS e da MS europeia centram-se na questão da educação, emprego e renda como causas centrais da determinação da saúde; considerando que a solução está em garantir iguais condições de educação para as pessoas, pois desta forma, conseguiriam um bom emprego e renda e conseqüentemente dariam conta de resolver suas questões de saúde. A organização da sociedade e o modo de produção são pouco enfatizados por estas correntes. Portanto, pecam por confundir efeitos com causas.

O segundo ponto de divergência, encontra-se no peso dado aos diferentes atores sociais na transformação dos determinantes sociais:

A MS e a SCL não colocam no centro desta questão o fato dos governos dos que estão ‘em cima’ tomem estas ou aquelas políticas, e nem se concebem como seus possíveis assessores. Demandas tais como o aumento de financiamento destinado à saúde, a criação de um sistema universal de saúde, de mais escolas ou de trabalhos mais seguros, deverão se colocar dentro do processo de luta entre a hegemonia das classes dominantes e a criação da contra-hegemonia pelas classes subalternas (BREILH, 2008).

Então, para a MS e a SCL a classe trabalhadora deve ser o protagonista na transformação da determinação social de saúde, o que só é possível através de organização e luta popular. Ao contrário, a CDSS posiciona-se como se fosse plausível realizar estas transformações através de políticas públicas construídas por governos comprometidos, dando pouca importância a mobilização popular.

Por fim, Breilh (2010) defende que é preciso avançar da concepção de determinação social da saúde para uma determinação social da vida. Diz que é preciso abandonar a concepção antropocêntrica de abordagem da saúde, passando a considerar que a manutenção da vida da humanidade depende, ontologicamente, da proteção da natureza.

O paradoxo maior do momento atual é que justamente quando a investigação começou a desvendar o potencial destrutivo da economia extrativista e agroindustrial de grande escala e quando os movimentos sociais conseguiram algumas conquistas jurídicas nos

direitos da saúde e da natureza, foi quando os governos e empresas, públicas e privadas, reafirmaram o modelo civilizatório imperante, sua lógica produtivista, seu modelo energético não sustentável e colocaram a produção petrolífera, agroindustrial e da mineração como a única via para combater a crise e enfrentar as imperiosas necessidades do desenvolvimento (BREILH, 2010, p.90, tradução nossa).

Afirma que o modelo de civilização atual e de desenvolvimento econômico capitalista são os grandes nós da determinação social, sendo incompatíveis com o estabelecimento de modos de vida saudáveis para todos. Para ele é preciso construir uma economia sustentável, uma política solidária e uma cultura libertária, o que só será possível com a organização e a luta dos trabalhadores.

2.2 A construção do termo “do campo” pelo MST

O termo *do campo* vem sendo amplamente debatido pelo Setor de Educação do MST. Este debate iniciou na construção do I Encontro Nacional de Educadoras e Educadores da Reforma Agrária (ENERA), entre abril e junho de 1997, quando 20 encontros estaduais preparatórios foram realizados em todo Brasil, com a participação de 1.600 educadores. O lema do I ENERA foi “*Movimento Sem Terra: por escola, terra e dignidade*” e o encontro aconteceu de 28 a 31 de julho de 1997, contando com 534 delegados, de 22 estados e 46 convidados de instituições parceiras. O I ENERA foi palco de alguns marcos históricos para o setor de educação. Lá aconteceu a primeira Ciranda Infantil⁷ Nacional; realizou-se a primeira reunião com parceiros das Universidades que desencadeou a criação do PRONERA⁸ em 16 de abril de 1998 e por fim, o MST foi convocado a conclamar um encontro de educadores de todo meio rural, decidindo-se pela realização da Conferência Nacional por uma Educação Básica do Campo em 1998 (MST, 2014).

Por sua vez, esta Conferência foi promovida a nível nacional pelo MST, pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), pela Universidade de Brasília (UnB), pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e pelo Fundo

⁷ Ciranda Infantil é o nome dado pelo setor de educação do MST para o espaço de educação, lazer e cuidado construído para as crianças durante as ações e atividades do movimento.

⁸ PRONERA: Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária. Este programa apoia e propõe projetos de educação para jovens e adultos que residem em áreas de reforma agrária do INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária), visando melhorar o nível de escolarização dos trabalhadores rurais. Abrange desde a alfabetização a cursos de pós-graduação.

das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e foi organizada pelos educadores que constroem no dia-a-dia a Educação do Campo nos diferentes estados. No processo de construção desta Conferência se iniciou a Articulação Nacional por uma Educação do Campo.

Nela se debateu a importância de se reafirmar o campo como lugar de vida e não só de produção, a necessidade de lutar por políticas públicas para as populações que vivem no campo, assim como construir projetos políticos-pedagógicos vinculados à realidade camponesa. Além de se concentrarem nas sedes dos municípios, as escolas possuem um projeto educativo baseado na realidade urbana. Isto é contraditório com a realidade dos educandos de origem camponesa. Defendeu-se que “A maioria das sedes dos pequenos municípios é rural, pois sua população vive direta ou indiretamente da produção do campo” (KOLLING; CERIOLI; CALDART, 2002, p. 16).

Denunciaram-se vários problemas da educação do campo: falta de escola, de infraestrutura, de qualificação docente, de políticas de valorização do magistério e de apoio às inovações. Constatou-se um alto índice de analfabetismo nas áreas. Por fim, observou-se que nas escolas formais, as crianças e jovens são deseducados a viver no campo, prejudicando sua identidade camponesa. Diz Kolling et al (2002, p.17) “crianças e jovens têm o direito de aprender da sabedoria dos seus antepassados e de produzir novos conhecimentos para permanecer no campo”.

A Articulação Nacional por uma Educação do Campo estabeleceu dois objetivos gerais. São eles: Mobilizar o povo para lutar por políticas públicas que visem à escolarização dos camponeses e refletir, debater e construir propostas político- pedagógicas de educação do campo. Propôs-se um projeto educativo do campo articulado a um Projeto Nacional de Educação, pautado numa educação para humanização plena do ser humano.

O direito à educação somente será garantido no espaço público. Nossa luta é no campo das políticas públicas e o Estado precisa ser pressionado para que se torne um espaço público. Os movimentos sociais devem ser guardiões desse direito e o Estado deve ouvir, respeitar e traduzir em políticas públicas as demandas do povo que vive no campo (KOLLING; CERIOLI; CALDART, 2002, p. 119-20).

Nos anos seguintes, a luta continuou nos estados e veio a conquista das “Diretrizes Operacionais para Educação Básica nas escolas do Campo” (Parecer n 36/2001 e Resolução 01/2002 do Conselho Nacional de Educação). Portanto, a Educação do Campo caracteriza-se por ser, ao mesmo tempo, um fenômeno, um processo e uma modalidade pedagógica construída

pelos trabalhadores do campo em luta. Nasceu enquanto reivindicação popular de diversos movimentos de luta pela terra. Atualmente é também uma política pública, mas continua existindo enquanto experiências fora da estrutura estatal. É uma contraposição de forma e conteúdo à Educação Rural brasileira, por isso a negação da palavra *rural* e a proposição da expressão *do campo* (CALDART, 2012).

Em 2002, a Articulação Nacional por uma Educação do Campo declarou a necessidade de “construção de uma escola que esteja no campo, mas que também seja do campo: uma escola política e pedagogicamente vinculada à história, à cultura, às causas sociais e humanas dos sujeitos do campo e não um mero apêndice da escola pensada na cidade” (KOLLING; CERIOLO; CALDART, 2002, p. 13). Discutiu-se o emprego do *no* e do *do* no termo Educação do e no Campo, em contraposição a Educação para o campo, elaborada por agentes externos a realidade camponesa: “No: O povo tem o direito de ser educado no lugar onde vive. Do: O povo tem direito a uma educação pensada desde o seu lugar e com a sua participação, vinculada à sua cultura e às suas necessidades humanas e sociais” (KOLLING; CERIOLO; CALDART, 2002, p. 26).

Esta proposta evidencia que o campo é o lugar de produção e reprodução da vida de milhares de camponeses, como os quilombolas, indígenas, assentados, ribeirinhos, povos de floresta, pequenos agricultores, caboclos, boia-fria, sem-terra, agregados, meeiros, pescadores, etc que resistem à expulsão imposta pelo modelo agrícola dominado pelo agronegócio. Estes povos têm uma raiz cultural própria, um jeito de trabalhar, de ver e viver no mundo que é distinta do meio urbano. Por isso, a Educação do Campo considera que todos devem ter o direito a pensar o mundo a partir do lugar onde vive, isto é, de sua própria realidade. “O povo que vive no campo tem que ser o sujeito de sua própria formação. Não se trata, pois, de uma educação ou uma luta para os, mas sim dos trabalhadores do campo e é assim que ela deve ser assumida por todos”. (KOLLING; CERIOLO; CALDART, 2002, p. 20).

Então, naquele primeiro momento a Educação do Campo se caracterizava pelos seguintes aspectos:

Educação do campo enquanto luta pelo direito de todos à educação; Os sujeitos do campo são os sujeitos da Educação do Campo; A Educação do Campo se faz vinculada às lutas sociais do campo; A Educação do Campo se faz no diálogo entre seus diferentes sujeitos; A Educação do Campo identifica a construção de um projeto

educativo; A Educação do Campo inclui a construção de Escolas do Campo; As educadoras e os educadores são sujeitos da Educação do Campo (KOLLING; CERIOLI; CALDART, 2002).

Em fevereiro de 2014, o MST realizou seu VI Congresso Nacional com o lema “Lutar, Construir Reforma Agrária Popular!”. Na comemoração dos seus 30 anos, o movimento realizou um balanço político e organizativo, analisando os desafios da classe trabalhadora no atual contexto.

A partir da década de 1980, o capitalismo mundial iniciou uma nova fase, hegemônico pelo capital financeiro e pelas grandes empresas transnacionais que controlam o mercado mundial das principais mercadorias. A crise capitalista internacional, iniciada em 2008, promoveu a fuga do capital estrangeiro dos países do Norte para o Sul, sendo investidos na agricultura, na apropriação privada de recursos naturais e no controle de *commodities*. O agronegócio é a expressão desse avanço do capital na agricultura atual, que se baseia na produção de monoculturas em grandes extensões de terra, substituindo a força de trabalho pela mecanização intensa e com uso crescente de fertilizantes químicos e agrotóxicos (MST, 2014).

Em contraposição a esta realidade, no VI Congresso, o MST reafirmou a necessidade da luta pela terra, pela Reforma Agrária e pelo socialismo, reorganizando-se em torno da construção de uma Reforma Agrária Popular.

Construir a Reforma Agrária Popular, com distribuição de terras a quem nela vive e trabalha e com avanço da agricultura camponesa que tem como principal objetivo a produção de alimentos saudáveis e ambientalmente sustentáveis para o conjunto da sociedade. Trabalhar pela agroecologia como matriz tecnológica, produção de conhecimento e desenvolvimento de uma agricultura a partir dos princípios da agrobiodiversidade e da soberania alimentar dos territórios (MST, 2016).

Foi no bojo deste novo ciclo de lutas que o MST decidiu realizar, após 18 anos, o II ENERA. Ele foi precedido por encontros estaduais de educadores e educadoras do MST em todo Brasil. O II ENERA aconteceu em setembro de 2015, contou com mais de 1.500 delegados e teve um caráter político, formativo, organizativo, mobilizador e celebrativo (MST, 2014).

Constatou-se a permanência de problemas estruturais na Educação do Campo, tais como: 20,8% da população do campo é analfabeta; a média de estudo dos camponeses é de 4,4 anos de estudo; no campo está o maior número de crianças fora da escola; também os menores índices de oferta à educação infantil; a pior infraestrutura das escolas; as piores condições de

trabalho dos professores, com contratos de precários; o maior número de educadores que atuam sem formação.

Além disso, somou-se a investida do capital sobre a Política Educacional brasileira, através do “Movimento Todos pela Educação” que defende a gestão de escolas por grandes empresas, através de recursos públicos. Isto resulta

O estabelecimento de metas a serem atingidas, controle externo do processo pedagógico, perda de autonomia do trabalho dos educadores e das educadoras, responsabilização individual pela aprendizagem dos educandos e educandas sob qualquer condição e currículos determinados em função da avaliação em larga escala (MST, 2016).

No II ENERA ficou definido que os principais enfrentamentos atuais da Educação do Campo são combater a hegemonia ideológica do agronegócio, inclusive nas escolas públicas e também a Política Educacional dominante, marcada pela exclusão dos camponeses à educação. Afirmou-se que o avanço da luta pela Educação do Campo “depende do vínculo orgânico com a estratégia do MST” (MST, 2014, p. 16). Portanto, é preciso ampliar e fortalecer alianças dentro da classe trabalhadora do campo e da cidade.

Defender para todos os trabalhadores e as trabalhadoras do campo e da cidade, uma educação emancipatória que vise o desenvolvimento do ser humano em todas as dimensões da vida, que alargue a visão de mundo das novas gerações e permita vivenciar relações sociais baseadas em valores como a justiça, a solidariedade, o trabalho coletivo e o internacionalismo (MST, 2016).

O acirramento da luta de classes e o avanço da burguesia sobre a política educacional brasileira impôs a necessidade dos trabalhadores, do campo e da cidade, construírem projetos e lutas unitárias. Portanto, afirmou-se que a Educação do Campo só será possível se for construída como uma proposta da classe trabalhadora.

2.3 A Saúde no MST

As questões referentes à saúde figuraram entre as preocupações dos Sem Terra desde o início da organização. A ocupação da fazenda Annoni, na cidade de Sarandi no Rio Grande do Sul, em 1980, compôs uma série de lutas e ocupações de terra que constituem as origens do MST (MORISSAWA, 2001). Já nesta ocupação equipes de trabalho foram montadas, entre

elas, a Equipe de Saúde, responsável por cuidar dos doentes, tirar a ficha para atendimento no posto de saúde e produzir remédios caseiros. Havia também uma Equipe de Higiene, responsável pela construção de fossas e pela limpeza do acampamento (TERRA para Rose, 1987).

Segundo Rosângela Santos, militante do MST desde 1986, integrante do Coletivo Nacional de Saúde e assentada no Espírito Santo:

O trabalho com a saúde no MST começou ainda com as primeiras ocupações de terra. Quando eram formadas as equipes internas do acampamento, já se incluía a da saúde, que normalmente tinha a função de cuidar das pessoas com algum problema de saúde. Foi assim que em vários estados o MST começou a desenvolver práticas em saúde. Começou a produzir remédios caseiros, homeopáticos, desenvolver técnicas de massagem e realizar cursos de primeiros socorros. Cada estado tinha o seu jeito de organizar. Até então não havia Setor de Saúde, apenas equipe (SANTOS, 2009, p.2).

As ações de saúde nasceram no MST focadas nas doenças e nas atividades de cura, em resposta aos problemas de saúde imediatos que se apresentavam nos acampamentos e assentamentos. Apesar de no dia-a-dia dos Sem Terra a saúde se impor como necessidade primordial, foi somente em 1995 que a relação entre condições de vida no campo e saúde começou a aparecer nos documentos do MST:

Houve melhoria nas condições de vida da população do meio rural em algumas regiões, especialmente no sul e sudeste. Mas a imensa maioria da população rural continua à margem dos benefícios do progresso econômico e do avanço das forças produtivas. Os indicadores sociais das regiões rurais sobre o consumo de luz elétrica, utilização de eletrodomésticos, níveis de alfabetização, mortalidade infantil, nível de escolaridade, número de médicos, nível de renda per capita são alarmantes e se equiparam às regiões mais pobres do mundo. Revelam o grau de discriminação social, econômica e política a que foram submetidas pelas oligarquias e elites rurais. Existe fome no meio rural. Dos 32 milhões de brasileiros que passam fome diariamente e são considerados indigentes, mais de metade vive no meio rural. Há um aumento da miséria no meio rural (MST, 1995, p. 15).

O texto segue ressaltando que as mulheres do campo são as que mais sofrem com a péssima situação de vida do campesinato, pois se soma a opressão de gênero pautada no machismo. As mulheres camponesas trabalham mais do que os homens, pois além das atividades da produção, são responsáveis pelos afazeres domésticos. Apesar disso são impedidas de participar da economia doméstica.

As formulações e práticas do MST avançaram inicialmente em relação à luta pela terra, à formação, à produção e à educação. No III Congresso Nacional do MST, em 1995, foi colocada a necessidade da saúde no movimento prosseguir para além das demandas imediatas (RÜCKERT, 2012). No programa de Reforma Agrário divulgado neste período, havia uma reivindicação que fazia referência à saúde: “Atendimento médico-hospitalar e programas de saúde preventiva e medicina alternativa gratuitos” (MST, 1995, p.25). A saúde passava a constar no programa de Reforma Agrária, mas ainda sob uma influência predominante do paradigma biomédico, em consonância com a ideologia predominante da sociedade. A população brasileira acredita que quanto mais acesso a serviços de saúde, isto é, consultas com profissionais (de preferência, o médico especialista), exames complementares e possibilidades terapêuticas, mais estará cuidando da sua saúde (TESSER, 2010).

Somente em 1998 a saúde se estruturou como instância na organicidade do MST, após a realização de uma oficina nacional de socialização de experiências de saúde, em Brasília, que contou com a representação de 23 estados e discutiu os princípios da saúde do movimento, sendo eles definidos naquele momento:

Luta pela valorização da vida; Acesso ao conhecimento e à informação; Saúde como dever do estado; Atenção integral à saúde; Prioridade à promoção e à prevenção; Respeito às diferenças culturais; Fortalecimento das práticas não convencionais em saúde; Saúde como uma conquista de luta popular (MST, 1999a, p. 12-13).

Como resultado, foi criado o Coletivo Nacional de Saúde que elaborou o Caderno de Saúde n 1 (Lutar por Saúde é Lutar pela Vida), em abril de 1999. O caderno inicia dizendo

Sabemos que para garantir a nossa saúde é preciso muito mais que assistência médica e hospitalar. É preciso garantir condições para que a gente não fique doente, pois só temos saúde quando temos uma vida digna. É possível ter saúde quando não temos terra para plantar? Quando nossos filhos não estão na escola? Quando não há estradas decentes, não tem luz, água potável, comida? (...) Por isso, precisamos de muita organização para lutar contra este sistema neoliberal que gera doença e morte. (...) Entendemos que para ter saúde é preciso que as condições de vida sejam garantidas: terra e trabalho; condições de moradia; educação de qualidade; alimentação saudável, sem venenos e conservantes; meio-ambiente limpo e conservado; lazer e bem-estar, etc. Assim lutar pela saúde é resgatar os valores de solidariedade, da justiça, onde as pessoas sintam prazer pelo que fazem, pelo que são e não pelo que tem, é garantir uma vida saudável onde seja respeitado o direito de todos (MST, 1999a, p. 5).

O caderno n 1 segue com informações referentes ao SUS, seus princípios e formas de participação social. Num primeiro momento, o Setor de Saúde manteve suas ações centradas na assistência, através da propagação e fortalecimento do uso das plantas medicinais e do comprometimento e atuação em situações de adoecimento, nas comunidades e nas ações do movimento (DA ROS; DELLAZARI; ANDREATA, 2007 *apud* BURIGO, 2010).

O Setor de Saúde e a FIOCRUZ (representada pela Farmanguinhos) iniciaram uma parceria para desenvolvimento de um complexo agrofarmacêutico em áreas de reforma agrária. O projeto intitulado “Programa Terra e Saúde” previa desde o cultivo de plantas medicinais, em hortos comunitários, até o seu beneficiamento em laboratórios equipados para a produção de fitoterápicos que pudessem ser vendidos para o SUS. Deste projeto foram elaboradas duas cartilhas pelo Coletivo Nacional de Saúde: O Caderno de Saúde n 2 em 1999 (Programa Terra e Saúde: Das plantas construindo uma nova saúde) e o Caderno n 4 em 2000 (Cultivo de plantas medicinais).

O Caderno n. 2 reforçou a visão ampliada de saúde, teceu críticas às políticas neoliberais do governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), que priorizava os interesses do capital em detrimento dos direitos sociais, como a saúde.

Apresentou o projeto “Programa Terra e Saúde” como uma possibilidade de solução de problemas básicos de saúde, através do uso de plantas medicinais, dentro e fora dos assentamentos e acampamentos. Reforçou também a necessidade de usar o projeto como fator mobilizador da comunidade e de fortalecimento de práticas populares de cuidado (MST, 1999b).

Desenvolver através de um programa de saúde popular, a assistência social para a população. O acesso à saúde é uma das áreas mais sensíveis do nosso povo, mas este trabalho assistencial não poderá de maneira alguma se transformar em paternalismo e alienação e sim em um espaço para reduzir os problemas e mobilizar o povo para a luta (CADERNO 2, 1999b, p. 12).

Havia uma idealização de que as práticas populares de cuidado fossem capazes de responder às demandas da saúde, não só das áreas de reforma agrária como de toda a sociedade. Este projeto não conseguiu alcançar os seus objetivos. No entanto, as plantas medicinais continuaram figurando como uma questão central do Setor de Saúde. O processo de especialização do conhecimento em saúde e a transformação da saúde em mercadoria, na sociedade capitalista, restringiram a cura de doenças aos profissionais de saúde, gerando uma

medicalização da vida, uma alienação da população em relação ao seu corpo e uma conseqüente mercantilização dos cuidados em saúde. As práticas populares de cuidado, baseadas no conhecimento empírico construído e repassado ao longo das gerações, estão sendo abandonadas, em especial nas populações urbanas. A íntima relação com a natureza e a dificuldade de acesso aos serviços oficiais de saúde (UNB; MST, 2001) têm contribuído para que os camponeses mantenham-se como guardiões do conhecimento acerca do cultivo e uso de plantas medicinais. O MST, por sua vez, atua para potencializar a socialização deste conhecimento dentro e fora das comunidades, assim como na luta por políticas públicas.

No desenrolar deste caminhar, outras frentes de atuação foram sendo construídas pelo setor de saúde.

De julho a dezembro de 1999, numa parceria com a Universidade de Brasília (UnB) e a coordenação nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, o setor de saúde realizou uma pesquisa nacional, quantitativa, de investigação das condições de saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos de Reforma Agrária. Em especial a partir deste trabalho, o tema da saúde ambiental foi incorporado à pauta do Coletivo Nacional de Saúde do MST (RÜCKERT, 2012).

Em 2000, o Coletivo Nacional de Saúde realizou a I Oficina de Produção de Materiais Educativos do Setor de Saúde, quando se propôs a apropriação dos referenciais do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, “passando a incorporar elementos como direito à saúde, educação em saúde, vida saudável e sua relação com a transformação social” (RÜCKERT, 2012, P. 42). Este encontro resultou na elaboração do Caderno de Saúde n 5 (Construindo o Conceito de Saúde do MST), na forma de cartilha ilustrada e álbum seriado. Este material tornou-se referência para problematização do conceito de saúde no movimento. A definição de saúde do MST expresso neste caderno é bastante semelhante ao que foi concebido na 8ª CNS, inclusive destacando a importância do acesso à terra para garantia de saúde às populações do campo.

Uma sociedade com saúde é onde os homens e mulheres vivem com liberdade para participar e ter seus direitos respeitados. Onde a renda e a riqueza sejam distribuídas com igualdade. Com terra, trabalho, moradia, alimentação, educação, lazer, saneamento básico, transporte, saúde pública, cultura, meios de comunicação, energia elétrica – onde haja justiça, igualdade, participação e organização! Mas para que isso se torne realidade, é necessária a organização de todos os trabalhadores e trabalhadoras para lutar por uma sociedade justa e saudável (MST, 2000b, p. 12).

Os desafios apontaram para a necessidade de formação do setor de saúde. Em 2000, houve a primeira turma do curso técnico em Saúde Comunitária pelo ITERRA, em Veranópolis, com educandos de todo Brasil (SANTOS, 2009). Nos anos seguintes, outras turmas deste curso aconteceram no ITERRA e em outros estados, assim como curso Técnico de Enfermagem e de Saúde e Ambiente (MST, 2009).

Em 2003, o MST lançou a cartilha “A Reforma Agrária que precisamos” para ser debatida nos núcleos de base dos assentamentos e acampamentos, tendo por referência as discussões já iniciadas nas instâncias estaduais e nacionais do movimento. No capítulo sobre a organização do assentamento, há um ponto destinado à saúde. No entanto, a visão da saúde permanece restrita à produção de medicamentos naturais e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à dependência química. O documento finaliza “Nossa preocupação é que se tenham programas de orientação das famílias para evitar que fiquem doentes, melhorando sua alimentação, seus cuidados com a saúde, com a higiene, tendo orientação médica e preventiva e de qualidade” (MST, 2003, p. 30)

Em oficina com o Coletivo de Saúde sobre o processo saúde-doença, em dezembro de 2004, ficou claro que

Para a maioria dos integrantes do Coletivo, o conceito de saúde envolve a “capacidade de reagir” frente à opressão e a tudo que fere sua autonomia como ser humano, pois a busca pela saúde está refletida no fim do latifúndio, do capitalismo, da violência, de forma a se libertar do sistema atual. Consideram que a maneira de reagir é determinada pelo meio em que vivem. Avaliam, portanto, que não basta ter a terra, mas deve ser forjado novo jeito de viver, com agricultura que não utilize venenos para produzir alimentos, visando uma produção saudável (CARNEIRO, 2007, p.45).

Ainda nesta oficina, os integrantes do Coletivo de Saúde disseram que, apesar dos avanços no debate dentro do setor, ainda era comum a visão no movimento e na base de que sua função se limitava a cuidar dos doentes (CARNEIRO, 2007).

Neste momento, o setor de saúde já tinha um vasto leque de atuação. Em 2005, o Coletivo Nacional de Saúde realizou encontros para sistematização de atividades de educação em saúde realizadas pelos estados, resultando no caderno “Relato de experiências em saúde do Movimento Sem Terra”. Este contém as experiências de educação em saúde, realizadas por 13 estados, cujos temas principais foram DST/AIDS, sexualidade e afetividade, plantas

medicinais, saúde da criança e desnutrição, organicidade do setor, questão de gênero, juventude, hábitos de higiene, saneamento, dependência química e direito à saúde (MST, 2005b).

A luta pelo direito à saúde incorporou-se às ações do MST, e em alguns estados e municípios os integrantes do setor de saúde passaram a compor o controle social do SUS. Além disso, em 2005, o MST passou a integrar o Grupo da Terra⁹ para discutir políticas públicas para a saúde das populações do campo e das florestas, no SUS.

No Caderno do Setor de Formação “O funcionamento das Brigadas do MST” de 2005, as tarefas do Setor de Saúde começam a ser mais bem destrinchadas com base no acúmulo do setor de saúde:

Construir uma cultura de cuidado com a saúde convivendo e cooperando em nossas áreas de assentamentos; Cultivar novos hábitos de saúde comunitária, combatendo os vícios como o alcoolismo e todos os tipos de drogas; Desenvolver hábitos de cuidados com a saúde, seja através de prática de esportes, na participação em grupos de teatro, pintura, como fazer uso da música, poesia e organizar festas; Organizar o cultivo de hortas medicinais na comunidade e ter em casa o básico de ervas medicinais; Cuidar da casa para que o ambiente de moradia seja agradável. A cozinha, os quartos e todas as dependências da casa devem ser um ambiente saudável; Construir banheiros e sanitários em cada casa e manter os esgotos sob controle; Cuidar e preservar a água para que seja limpa e não corra risco de contaminação com esgotos e agrotóxicos; Plantar árvores frutíferas organizando belos pomares em todas as residências e áreas comunitárias; Cuidar da alimentação, tendo o cuidado de cultivar hortaliças para o consumo diário; Recolher e enterrar o lixo em lugares onde não afeta o meio ambiente; Cuidar do corpo. Cuidar da higiene tomando banho diariamente, trocar a roupa e escovar os dentes, consultar um dentista pelo menos uma vez por ano; Cuidar dos animais domésticos. Vacinar os cães e gatos e desverminá-los periodicamente; Cuidar da amizade, alegria e da solidariedade. A felicidade é a principal fonte de saúde (MST, 2005a, p. 2223).

Em 2007, uma nova pesquisa sobre as condições de vida e saúde das populações de assentamentos de reforma agrária foi realizada em cinco estados, numa parceria com a UnB (ANCA; CETEC/UNB, 2005). Em dezembro deste mesmo ano, o Coletivo Nacional de Saúde lançou um Boletim Informativo atualizando os principais objetivos do setor:

Lutar contra o modelo de saúde capitalista expresso no complexo médicoindustrial-farmacêutico e no agronegócio, e re-significar a saúde na perspectiva da classe trabalhadora, garantindo a saúde como dever do Estado; incorporar a ética de cuidado como estratégia de promoção, prevenção e atenção à saúde, fortalecer as práticas

⁹ O Grupo da Terra foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. 2.460 de 12 de dezembro de 2005 e atualizado pela Portaria nº. 3.257 de 22 de dezembro de 2009. É composto por representantes de órgãos e entidades públicas e da sociedade civil organizada.

populares, afirmando a cultura e saberes do povo; garantir a participação orgânica e política dos/as militantes em todos os espaços coletivos, baseado nos princípios do MST (MST, 2007, p. 2).

Também redefiniu seus princípios:

Luta pela valorização da vida; Saúde como uma conquista de luta popular; Saúde como direito; Lutar pela consolidação de Políticas Públicas de Saúde; Respeito às diferenças; Fortalecimento das práticas e saberes populares em saúde; Educação permanente em saúde; Socializar os conhecimentos e as informações (MST, 2007, p. 4).

Em 25 a 28 de julho de 2015, realizou-se o encontro do setor nacional de saúde, em Luziânia (GO), sob o lema “Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime”. Para a dirigente nacional do setor, Mercedes Zuliani “É fundamental construir alianças com outros setores que fazem a luta pela saúde relacionada a um projeto de sociedade” (MST, 2015a). Neste encontro, as atividades atuais do setor de saúde foram levantadas, por regiões, destacando-se: os cursos formais técnicos e de pós-graduação, o fortalecimento da organicidade e da formação de militantes, o resgate e potencialização do cultivo e do uso de plantas medicinais e outras práticas populares de cuidado, a realização de diagnósticos da situação de saúde das áreas de reforma agrária, a luta pelo direito à saúde, as discussões de gênero, a relação com a agroecologia e produção de alimentos saudáveis, as questões sobre saúde e ambiente, etc.

O Mestrado profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais¹⁰ é uma evidência da ampliação do debate da saúde entre os movimentos sociais. Na primeira turma houve uma diversidade de projetos de pesquisa pautados na determinação social da saúde, como as políticas públicas de saúde, a saúde do trabalhador, a educação popular em saúde, os conflitos agrários e ambientais, a mulher camponesa, os agrotóxicos, a agroecologia, a organização popular, a educação do campo, etc. É notório o destaque que passa a ser dado ao modelo agrícola como determinação do processo saúde-doença, no campo e na cidade.

¹⁰ O Mestrado profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais foi uma turma especial construída através de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, a escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF)/MST e o Ministério da Saúde, contou com 26 mestrandos de todo o país, de diversos movimentos sociais e trabalhadores do SUS, entre os anos de 2014 e 2016.

De 30 de novembro a 04 de dezembro de 2015, dezessete movimentos sociais realizaram o 1º Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas, em Brasília, contando com a participação de mais de 1.000 delegados de todo Brasil, sob o lema “Cuidar, promover, preservar: Saúde se conquista com luta popular!”. Este encontro aconteceu paralelamente à XV Conferência Nacional de Saúde para denunciar que os espaços institucionalizados de participação social do SUS não estão sendo capazes de debater as necessidades destas populações (MST, 2015b).

O Manifesto elaborado pelas organizações ao final do Encontro denunciou que o modelo de desenvolvimento imposto pelo capital e gerenciado pelo Estado, representado pelo agro-hidro-mineral negócio é insustentável e causa grandes danos à saúde e ao ambiente. Este modelo não respeita as formas de produção e reprodução da vida dos sujeitos do campo, floresta e águas. Propõe:

Conceber a saúde como necessidade de organização e mobilização porque sem água potável, sem terra fértil, sem biodiversidade, sem a produção agrícola das/dos sujeitos do campo floresta e águas, sem o cuidado com a água marinha e os animais, sem formas integrais de cuidado, a saúde não é possível ser conquistada (1º ENCONTRO, 2015, p. 2).

E completa:

[É preciso] dar visibilidade aos nossos territórios e valorizar a preservação de nossas culturas, do modo de produção que nos identifica como populações do campo, da floresta e das águas e nossas relações que necessitam do cuidado para com nossa luta que é permanente e de forma coletiva, sempre na expectativa de promover nossos sonhos, cuidar de nossas vidas e preservar nossa memória (...) Enfrentar a medicalização da vida e garantir nossos conhecimentos tradicionais, as ervas, as curas espirituais, os fitoterápicos e outras práticas; Defender a saúde como direito, garantindo que todas as conquistas sejam mantidas bem como é preciso avançar nas transformações econômicas, políticas, sociais do país para que as trabalhadoras e trabalhadores tenham as condições dignas para se conquistar a saúde (1º ENCONTRO, 2015, p. 3).

Portanto, o tema da saúde vem ganhando cada vez mais destaque dentro do MST. Também se tornou pauta de outros movimentos de luta pela terra e das comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhas, etc.). A articulação dos movimentos sociais pela saúde do campo, da floresta e das águas, que começou de forma institucional através do Grupo da Terra,

vem desembocando em novas formas de luta, cujo marco foi 1º Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas.

Torna-se cada vez mais evidente as contradições do modelo econômico dominante cujo avanço das forças produtivas servem majoritariamente para a melhoria da produtividade mesmo às custas da saúde dos trabalhadores rurais e da degradação do meio ambiente. Este modelo, portanto, traz impactos danosos também para os trabalhadores da cidade, que se alimentam com produtos envenenados com agrotóxicos e que sentem as mazelas das mudanças ambientais. Por tanto cada vez mais se evidencia que a luta pela saúde é também a luta por uma nova sociedade e que deve ser travada pela classe trabalhadora em seu conjunto.

2.4 Políticas públicas de saúde para a população do campo

Na República Velha (1889-1929), as questões sociais e trabalhistas foram tratadas de forma liberal pelo Estado brasileiro (FOSTER DULLES, 1977; OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989). Somente no início do século XX, a saúde se impôs como uma questão social no Brasil (BRAVO, 2006).

O processo inicial de industrialização brasileiro, concentrado em São Paulo, na primeira metade do século XX, reproduziu a superexploração dos operários: Jornadas excessivas de trabalho, menor remuneração para as mulheres, uso indiscriminado de mão-deobra infantil, baixos salários e instabilidade no emprego. No início do século, o anarcosindicalismo era a principal expressão organizada do proletariado brasileiro. Estes defendiam a ação direta como forma de ruptura com o Estado. As ideias anarquistas e socialistas tinham adentrado no país com a imigração de trabalhadores europeus para as lavouras de café do sudeste e para os setores industriais em ascensão (FOSTER DULLES, 1977).

A classe trabalhadora atuou progressivamente para que o Estado liberal exercesse uma função regulatória entre o capital e os trabalhadores, produzindo reivindicações de caráter legislativo para o mercado de trabalho. De 1901 a 1908 houve uma onda de greves no setor industrial do sudeste, além de greve geral no Rio de Janeiro em 1917 e em São Paulo em 1917 e 1919. Após a I Guerra Mundial, o preço do café no mercado mundial despencara, gerando recessão interna, diminuição das exportações e importações, aumento do preço dos alimentos

nas cidades, do desemprego e da superexploração dos trabalhadores. O aparato repressivo do Estado também aumentara (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

Mas, por outro lado, as elites e os governantes começam também a perceber que a mera repressão se tornara insuficiente para enfrentar os problemas colocados pela emergência das classes trabalhadoras urbanas no cenário político. Outra estratégia precisa ser adotada, paralelamente. À coerção é preciso aliar a busca da ampliação das margens de consenso. Faz-se necessário responder, de alguma maneira, às demandas aceitáveis da movimentação operária, ou seja, obviamente, aquelas que não coloquem em cheque a própria dominação da oligarquia agrária. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 45-46).

Somou-se a essa conjuntura, a Revolução bolchevique, na Rússia, em 1917, que tornara a ameaça socialista real. Os países capitalistas centrais estavam mudando sua postura liberal frente às questões sociais e trabalhistas e de certa forma influenciavam os países periféricos. No Brasil, o sistema político estava sendo amplamente contestados (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

A partir de 1919, o próprio executivo começou a solicitar a aprovação de leis que versassem sobre as questões trabalhistas e sociais. Nesse contexto, em 24 de janeiro de 1923, foi decretada a Lei Eloy Chaves, que criava as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), nas empresas de estrada de ferro de todo país. Este benefício foi estendido aos portuários e marítimos em 1926. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989). “Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral” (BRAVO, 2006, p. 90).

As CAPs representaram o marco inicial do direito à assistência à saúde pela classe trabalhadora brasileira. Ao longo dos anos, foi-se ampliando a abrangência de categorias profissionais cobertas pelos benefícios previdenciários. No entanto, esta conquista ficou restrita aos trabalhadores urbanos. Segundo Vianna (apud OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 38)

Para a ordem oligárquica, a legislação trabalhista, como se viu nos anos 20, quando ela mesma produzirá leis sociais, não se constituirá em algo perigoso em si, desde que, certamente, as relações de trabalho no mundo agrário ficassem a sua margem.

Apesar da grande conquista representada pelo sistema de seguro-saúde para os trabalhadores assalariados urbanos, foi o modelo assistencial¹¹ sanitaria campanhista que hegemonizou a saúde pública brasileira nesse período. A intervenção focalizada foi a estratégia de ação adotada, através de campanhas sanitárias para o controle de alguns processos epidêmicos. As ações eram sobre os indivíduos, ambiente ou vetores; muitas vezes de forma compulsória. Havia uma necessidade de saneamento do espaço de produção e circulação de mercadorias, nos marcos da economia agroexportadora. As epidemias de doenças tropicais limitavam a expansão do comércio mundial e passaram a ser alvo de atuação nos países periféricos. No entanto, isto não modificou a mortalidade geral da população que continuou muito alta, principalmente a mortalidade infantil (CARVALHO et al, 2001).

Nesse sentido, o governo federal intensificou as ações de controle de endemias rurais no interior do país, a partir de 1937, em especial naqueles estados de baixo poder econômico e tendo em vista o fluxo migratório de mão-de-obra para as cidades, desencadeado pela industrialização. Foram criados serviços nacionais de combate às endemias, alguns, em parceria com a Fundação Rockefeller (BRAVO, 2006). Em 1942, foi criada a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública que atuava majoritariamente na região de produção de borracha na Amazônia, combatendo a malária e a febre amarela que ainda dizimavam os seringueiros (CARNEIRO, 2007). As ações estatais voltadas para a saúde da população rural estavam vinculadas a regiões de interesse econômico da burguesia agrária e industrial brasileira.

Na década de 1930, a assistência à saúde tornara-se um direito entre os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada (inscritos na previdência). No entanto, os trabalhadores rurais só obtiveram esta conquista 40 anos depois, em 1971, através da criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) como resposta a radicalização e organização da luta no campo (maiores detalhes desse período estão no capítulo 3). Através desses programas, os trabalhadores rurais sindicalizados ingressaram no sistema previdenciário brasileiro e assim

¹¹ Carvalho; Ribeiro; Barbosa (2001, p. 159) denominam modelo de atenção ou assistencial a “forma específica de organização e de articulação entre os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade”. Defendem que os modelos devem ser adequados à realidade social e sanitária em que estão inseridos, não havendo um tipo certo ou errado. Os modelos são historicamente construídos, portanto só existem numa realidade concreta. No Brasil, foram predominantes no século XX o modelo sanitaria campanhista e o médico-assistencial privatista.

conquistaram o direito à assistência à saúde, ainda que baseada no modelo estritamente biomédico, curativo e urbano (CARNEIRO et al, 2012).

No Brasil, o principal processo de luta pela democratização da saúde deu-se através do Movimento da Reforma Sanitária, com início na década de 1970. Como resultado, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve seu arcabouço jurídico-institucional promulgado na Constituição de 1988, no capítulo sobre Seguridade Social. A saúde foi então definida como direito de todos e dever do Estado.

Desde a implementação do SUS, a disputa contra os modelos médico-assistencial privatista e assistencial sanitarista, predominantes até então, foi sendo acirrada pela elaboração praxiológica de novos modelos de atenção pautados na universalidade, equidade, hierarquização, regionalização, descentralização e controle social. Estes princípios e diretrizes organizacionais do SUS exigem a construção de modelos assistenciais voltados para atender a totalidade da situação de saúde da população brasileira (PAIM, 2003).

O SUS representou uma vitória da classe trabalhadora, resultando em ampliação dos direitos sociais e das responsabilidades estatais. Contraditoriamente, neste período “o mundo discutia o ajuste estrutural da economia, a diminuição do aparelho do estado e a contenção dos gastos públicos” (CARVALHO, 2001, p. 111), como estratégia de enfrentamento da crise econômica global. No Brasil, o neoliberalismo chegou tardiamente, devido a luta pela redemocratização e às questões político-econômicas internas. Por isso foi possível assegurar na Constituição de 1988 o conceito de Seguridade Social (BEHRING, 2006).

Com a vitória do presidente Fernando Collor, em 1989, o país se alinhou ao projeto do neoliberalismo. Para a Saúde, isto representou um golpe no processo de implementação do SUS. Nos primeiros anos de implantação do SUS, o empenho na racionalidade da administração de recursos associado à busca de eficiência gestora resultou na despriorização da participação popular, expressa através do Movimento de Reforma Sanitária (VASCONCELOS, 2008).

Nas eleições de 1994, o presidente Fernando Henrique Cardoso prometeu disponibilizar recursos suficientes e estáveis para a saúde, no entanto, não cumpriu sua promessa. No primeiro mandato incrementou o financiamento do SUS, mas no segundo, houve uma evolução negativa. Este governo aprofundou as políticas neoliberais no Brasil, tomando uma série de medidas de ajuste fiscal em detrimento dos direitos sociais (GOULART, 2002).

Com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, havia a esperança de se estar inaugurando um novo momento histórico, com expectativas de avanço em relação às políticas sociais e à participação popular. No entanto, o governo petista manteve os parâmetros macroeconômicos do seu antecessor. Dessa forma, as políticas sociais continuaram “focais, em detrimento da lógica do direito e da Seguridade Social universalizada” (BRAVO; MENEZES, 2010).

Dessa forma, a disputa entre os projetos da Reforma Sanitária e do modelo médico privatista se intensificaram. Segundo estas autoras:

Como continuidade da política de saúde dos anos 90, destaca-se a ênfase na focalização, na “precarização”, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplo de focalização, destaca-se a centralidade no Programa Saúde da Família, sem alteração significativa, para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica, em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes (BRAVO; MENEZES, 2010)

O governo petista construiu uma série de políticas para segmentos específicos e historicamente excluídos da população brasileira, como a população negra, a população LGBTTT, população em situação de rua, etc. Essas políticas possuem uma abordagem progressista e contaram com a participação dos respectivos movimentos sociais na sua elaboração. No entanto, há uma grande distância entre o que está escrito no papel e a realidade vivenciada. Esta estratégia parece ter aprofundado a fragmentação e institucionalização da luta pela saúde.

No que diz respeito às políticas de saúde para o campo, pode-se destacar a instauração do Grupo da Terra, no âmbito nacional, em 2003, composto por diversas áreas do Ministério da Saúde, outras instâncias de governo e movimentos sociais do campo. Este grupo elaborou uma proposta de política pública de saúde para a população do campo, que foi aprovada por unanimidade no Conselho Nacional de Saúde em 2008, mas que ficou parada nas instâncias governamentais tripartite até 2011, quando finalmente o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.866 que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2013). Ao analisarmos o itinerário até a aprovação desta política, fica evidente seu caráter de concessão da classe dominante frente à luta de classes que se inseriu

dentro da estrutura estatal, a partir da organização e pressão realizada pelos movimentos de luta pela terra e povos tradicionais do campo, da floresta e das águas (POULANTZAS, 1981).

Apesar de seu texto ser avançado (ou talvez justamente por isso), esta é uma política que tem enfrentado dificuldades: Não prevê um orçamento específico para sua execução e apesar da liberação de recurso para sua implantação no ano de 2014, poucos estados e municípios priorizaram a execução dos trâmites burocráticos. Por isso, apesar de passados cerca de cinco anos desde sua aprovação, pouco se vê de desdobramento na vida dos assentados e assentadas da reforma agrária.

A política pública de saúde que mais impacto trouxe para a população do campo foi a Estratégia de Saúde da Família (CARNEIRO et al, 2012). Esse foi o modelo escolhido pelo governo brasileiro para implantação da atenção primária à saúde no país. Foi criado em 1994 como programa focal, para atender as parcelas mais pobres da população que sofriam com indicadores de saúde de países subdesenvolvidos, em especial, no nordeste. Em 1998 foi instituído um Piso de Atenção Básica que previa a transferência de recurso *per capita* para todos os municípios. A partir daí, a ESF iniciou uma curva ascendente de cobertura populacional no país, ampliando o acesso da população aos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2010).

As políticas de saúde para o campo oscilaram como resultado dos interesses econômicos das classes dominantes e de momentos de concessão frente às lutas das massas populares, a fim de manter a hegemonia da sociedade e o aparente papel de neutralidade do Estado. A luta dos trabalhadores rurais se deu através dos aparelhos privados de hegemonia da sociedade civil (sindicatos e movimentos sociais); assim como pela inserção no aparato estatal, através, por exemplo, da participação dos movimentos nos conselhos e Grupos de Trabalho do governo, em especial a partir dos governos petistas. Esta última atuação, também teve um efeito contrário de amortecer as posturais mais radicais e as ações diretas dos movimentos.

3. A LUTA PELA TERRA NA VÁRZEA DA PARAÍBA, NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX

Neste capítulo há uma breve contextualização histórica da região da várzea da Paraíba, com ênfase na questão agrária e na luta pela terra, em especial a partir da segunda metade do século XX. Também trouxe um pouco da história do surgimento do MST na Paraíba. Isto foi realizado através de revisão bibliográfica.

Também resgatou o início da atuação do MST na várzea paraibana e a história do surgimento do assentamento Tiradentes, desde sua ocupação até sua organização na atualidade (abril de 2016). Os dados foram coletados através de entrevista com assentadas do coletivo de saúde, documentos oficiais do assentamento (PRA Tiradentes) e revisão bibliográfica.

3.1 A questão Agrária e o MST na várzea da Paraíba

O assentamento Tiradentes está localizado no município de Mari, no estado da Paraíba. Este por sua vez situa-se na Mesorregião da Mata Paraibana, juntamente com os seguintes municípios: Capim, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Pedro Régis, Sobrado, Cabedelo, Baía da Traição, Cruz do Espírito Santo, Itapororoca, Jacaraú, Lucena, Mamanguape, Marcação, Mataraca, Riachão do Poço, Rio Tinto, Santa Rita e Sapé. Em 2013, a população total da Mata Paraibana era de 431.170 habitantes, dos quais 24,73% viviam na zona rural. Possuía 11.229 agricultores familiares, 2.402 famílias assentadas e 1 terra indígena (PRA TIRADENTES).

A Mata Paraibana é uma faixa de clima úmido que acompanha todo litoral do estado e é a parte mais povoada e urbanizada do estado da Paraíba.

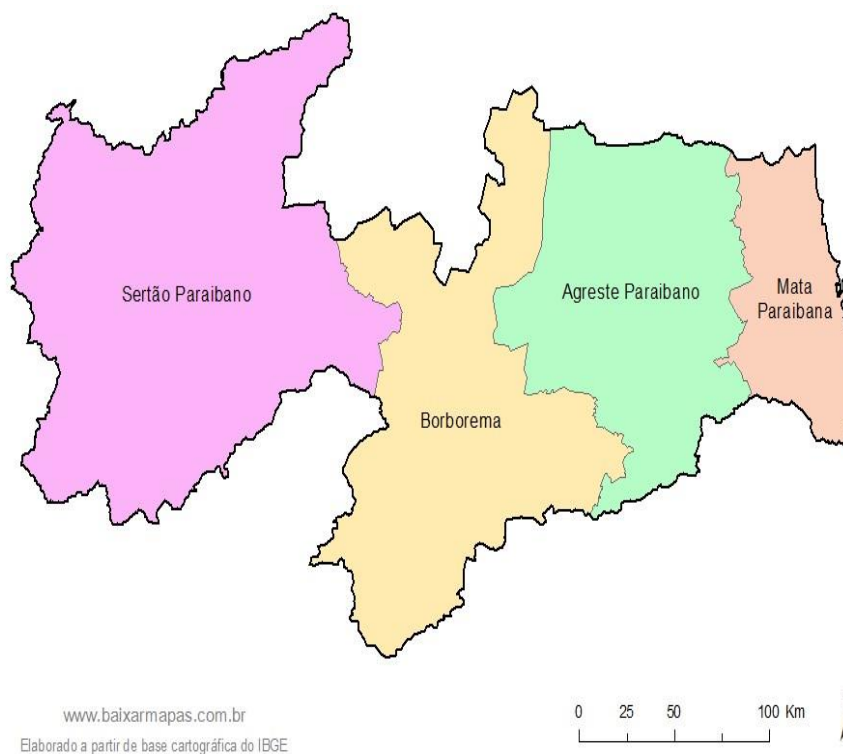


Figura 4 – Regionalização do estado da Paraíba Fonte: IBGE, 2014

Outra denominação comum para a região onde se situa o assentamento Tiradentes é Várzea da Paraíba, pois ela constitui a planície aluvial da foz do rio Paraíba e seus afluentes. Antes da colonização, o litoral paraibano era extensamente povoado por tribos potiguaras e tabajaras, ambas da nação Tupi. No século XVI, vindos de Pernambuco, os portugueses avançaram para a Paraíba, com o objetivo de deter o risco constante de invasão dos “corsários” (como eram chamados os holandeses e os franceses) que adentravam este território pela facilidade de navegação através dos rios. Os portugueses também pretendiam expandir a produção de cana-de-açúcar para o litoral paraibano. Houve resistência dos potiguaras, necessitando de cinco expedições e reforço da metrópole para o sucesso dos conquistadores, que fundaram a cidade de Filipéia de Nossa Senhora das Neves (hoje a capital do estado, denominada João Pessoa), em 1585. O primeiro engenho paraibano foi instalado nas margens do rio Tibiri, em 1587, e foi denominado de Engenho Real. Esta é uma região historicamente dominada pelo monocultivo de cana-de-açúcar e pelos engenhos, devido à riqueza de rios que propiciam este cultivo. Foi durante muito tempo a região mais rica do estado da Paraíba (PEREIRA, 2005).

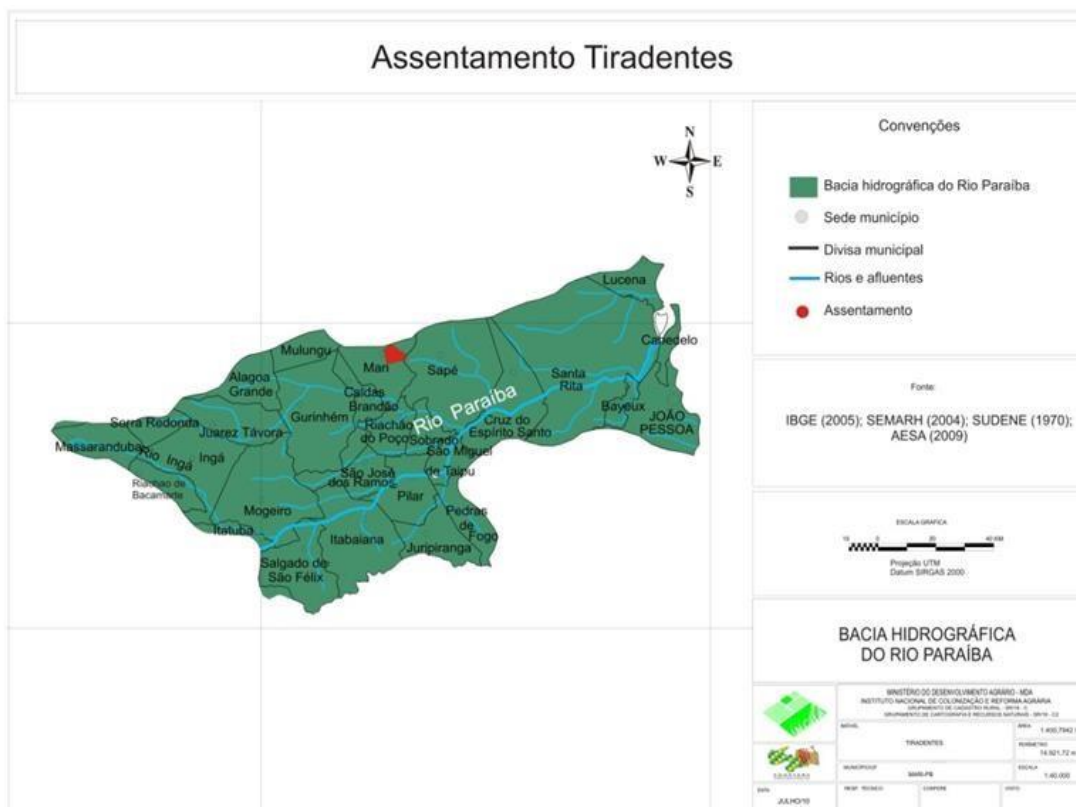


Figura 5 – Mapa de localização do assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba

Fonte: AESA, 2009

A Várzea da Paraíba, assim como toda a zona canavieira nordestina, é marcada historicamente pela presença do latifúndio, do monocultivo e pela acentuada exploração da força de trabalho, que iniciou com a escravidão de indígenas e africanos. No entanto, na Paraíba, os Engenhos não conseguiram adquirir mão-de-obra escrava suficiente e os latifundiários passaram a facilitar o estabelecimento de camponeses nas suas terras. O sistema de moradores foi substituindo o modo de produção escravista e vigorou com grande força na zona da mata até a década de 1960 (PEREIRA, 2005).

Os lavradores de condição constituíam uma categoria de pequenos agricultores que forneciam cana para os Engenhos trabalhando, seja em terra própria, seja em pedaços de terras dos Engenhos que eles alugavam. Estabelece-se assim um sistema de parceria, atrelado e submetido ao latifúndio canavieiro. Os moradores eram camponeses sem terra que recebiam do proprietário fundiário a autorização de habitar na propriedade, ocupar um pedaço de terra (os sítios) e nele cultivar uma roça. Em alguns casos, podiam criar animais de pequeno e grande porte. Tinham direito à lenha

e água. Eram obrigados a prestar serviços gratuitos ao senhor, os cambões, dois ou três dias por semana (moradores de condição ou cambãozeiros), ou a pagar uma renda fundiária em dinheiro, o foro (moradores foreiros). Muitas vezes, além do foro, eram obrigados a pagar o cambão (...) O trabalhador endividado era impedido de sair da terra a não ser quando o patrão assim o desejasse. A sujeição ao barracão e ao vale impria um caráter de semi-escravidão ao sistema de morada (PEREIRA, 2005, p. 66-67).

A paulatina mecanização da produção canavieira associada à diminuição da concorrência do açúcar no mercado internacional, após a Revolução Cubana de 1959, deu um novo impulso aos latifúndios de cana-de-açúcar no Brasil, nas décadas de 1950-60. Isto resultou no avanço dos fazendeiros sobre as terras, expressando-se através da expulsão dos camponeses (BASTOS, 1984). Os trabalhadores rurais da Mata Paraibana reagiram organizando-se nas Ligas Camponesas.

Neste período, a luta pela terra no Brasil era feita por quem tinha acesso a ela, mesmo que precário, como os posseiros, foreiros, arrendatários, etc. Eles resistiam às tentativas de expulsão realizadas por fazendeiros ou por novos interesses imobiliários e turísticos. O principal adversário era o latifúndio, que “não se tratava apenas de uma grande extensão de terra, mas de um complexo conjunto de relações que conjugava certo paternalismo em relação aos trabalhadores com o uso da violência para impor obediência e coibir protestos” (MEDEIROS, 2013, p. 2).

De 1954 a 1964, floresceram três principais organizações de trabalhadores de luta pela terra: O MASTER (Movimento dos Agricultores Sem Terra) no sul do país, a ULTAB (União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil) criada pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB) paulatinamente em todo o país e as Ligas Camponesas, no Nordeste (MORISSAWA, 2001).

As Ligas Camponesas surgiram na segunda metade da década de 1950. Eram compostas por milhares de camponeses assalariados, meeiros, arrendatários, sem-terra, diaristas, entre outros, que passaram a se organizar em associações ou sindicatos vinculados às Ligas. Esta foi uma organização de massa, em especial dos moradores da zona da mata de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, com expressões em muitos estados do Nordeste. Organizavam-se por região para resolver problemas específicos, o que lhes dava uma conformação um pouco amorfa. A unidade estadual e nacional era garantida por uma direção coletiva e um programa político unitário. As Ligas existiram de 1955 a 1964, defendendo a urgência da provação de

uma lei da reforma agrária e se caracterizava pela mobilização cotidiana, como as ocupações de engenhos e as mobilizações urbanas (STEDILE, 2006).

O principal expoente das Ligas Camponesas na Paraíba foi João Pedro Teixeira que em 1954 reuniu 200 camponeses em sua casa, localizada na zona rural de Sapé, para fundar um núcleo da associação de camponeses. Devido à intensa repressão sofrida pelos participantes, este núcleo foi disperso naquele período (BANDEIRA; MIELE; GODOY SILVEIRA, 2012). Finalmente, em fevereiro de 1958, João Pedro em conjunto com Nego Fuba e Pedro Fazendeiro fundaram uma nova Liga, denominada de Associação dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas de Sapé, ligada a ULTAB, e com sede na cidade de Sapé, sendo a primeira da Paraíba. Em 10 a 13 de maio de 1958 realizou o I Congresso de Trabalhadores da Paraíba, passando a ser chamada pela imprensa de Liga Camponesa de Sapé (SILVA, 2000).

Os primeiros trabalhadores a se associarem à Liga de Sapé foram os do Engenho de Miriri, situado entre Sapé e Mamanguape, e à medida que conseguiram reduzir as condições de pagamento do foro e diminuir os dias do cambão, camponeses de outras fazendas foram se associando. A Liga promovia comícios relâmpagos na feira de Sapé, reuniões na sapataria de Nego Fuba, ações de massa com 500 a 5.000 camponeses para realizar mutirões a fim de arrancar cercas, plantar onde patrões tinham destruído o roçado, reparar casas dos trabalhadores, entre outras coisas. A Liga também exigia o fim do cambão e negociava melhores condições de trabalho com os patrões (PEREIRA, 2005).

Na Paraíba, as Ligas se espalharam para Alhandra, Areia, Mamanguape, Rio Tinto, Guarabira, Mari, Itabaiana, Alagoa Grande, Oitizeiro, Espírito Santo, Mulungu, Alagoinha, Belém, Caiçara, Pedras de Fogo, Campina Grande e Santa Rita. Em 1961, em João Pessoa, foi criada a Federação das Ligas Camponesas da Paraíba, contando com a presença das 18 Ligas (PEREIRA, 2005).



Figura 6 – Mapa de localização do município de Mari, Paraíba.

Fonte: <ftp://geofpt.ibge.gov.br/mapas_tematicos/mapas_escolares/ensino_medio/mapas_estaduais/pdf/paraiba.pdf> acesso em 07/03/2016

Os latifundiários passaram a perseguir os trabalhadores que se associavam às Ligas Camponesas, destruindo suas casas e roçados, expulsando-os de suas fazendas e usando a polícia para amedrontá-los. Em 1961, Nego Fuba foi assassinado pelo sargento de polícia Manoel Pereira da Silva. Em 1962, João Pedro Teixeira foi morto numa emboscada na estrada de Café do Vento, quando retornava da capital paraibana para sua casa, a mando de Agnaldo Veloso Borges¹² (PEREIRA, 2005). Nesta época, a Liga de Sapé contava com 10 mil associados e continuou intensamente suas atividades, sob a presidência de Elizabeth Teixeira, sua esposa, até o golpe militar de 1964 (BANDEIRA; MIELE; GODOY SILVEIRA, 2012).

Também em Mari a violência do latifúndio se expressou. O presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Mari, Antônio Galdino da Silva, convocou os companheiros para um mutirão de plantio de milho e feijão na Fazenda Olho D'Água, município de Mari, no início de 1963. Estes camponeses foram cercados na fazenda Santo Antônio por capangas fortemente

¹² Um dos assassinos de João Pedro Teixeira, o soldado Chiquinho, denunciou Agnaldo Veloso Borges como mandante do crime. O grupo Veloso Borges era dono da fábrica Tibiri, em Santa Rita e mantinha o poder político e econômico em Santa Rita, Pilar, Mogeiro, Ingá e Alagoa Grande. Na época do assassinato de João Pedro, Agnaldo Veloso era o quinto suplente para deputado estadual. Para acessar a lei de imunidade parlamentar, todos os suplentes anteriores renunciaram para que ele assumisse. Passados 21 anos, Agnaldo Veloso mandou matar a dirigente sindical de Alagoa Grande, Margarida Alves, em agosto de 1983 (PEREIRA, 2005).

armados (inclusive portando revólver exclusivo do Exército). Os camponeses conseguiram desarmá-los e soltaram um deles com um chocalho pendurado simbolizando a traição. Em 15 de janeiro de 1963, o gerente da Usina Santo Antônio foi até a fazenda Olho D'Água, pedir as armas de volta. Quando o revólver foi devolvido, atiraram em Antônio Galdino. Assim começou o tiroteio e o quebra-quebra que resultou em onze mortes, entre trabalhadores, capangas e policiais. Este episódio é conhecido como “Tragédia de Mari” (COELHO, 2004). Sobre o episódio Ivan Gouveia (*apud* HAM et al, 2006, p. 68) disse:

Eles já estavam cercados sem saber. Aí começou o olho de enxada pra cima: “pá, pá, pá”, foi gente morta para danar. O Gouveia também morreu. A briga foi logo muito feia, morreu um bocado de gente, espatifada a olho de enxada, de foice, tudinho. Depois que veio o pesado mesmo. Vieram os capangas, policiamento danado, os soldados. A ordem era para esmagar, até que findaram o negócio, correu todo mundo. Quem quis escapar, teve que cair fora, se não, não escapava.

Nacionalmente, desde a redemocratização de 1945, as frentes partidárias tinham sobrepujado a organização dos partidos diretamente representativos. As regras eleitorais priorizavam os estados da federação mais conservadores em detrimento das novas zonas urbanas em ascensão no sudeste do país. Em 1961, Jânio Quadros foi eleito presidente pela União Democrática Nacional (UDN), que fazia oposição ao getulismo e tinha uma plataforma economicamente liberal e ideologicamente moralizante. No entanto, Jânio não se adequou aos parâmetros da UDN e acabou renunciando. O vice-presidente eleito era João Goulart, do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), herdeiro do Estado Novo por meio do Ministério do Trabalho e dos sindicatos a ele ligados. A elite não estava contente com a ascensão de um presidente vinculado aos movimentos populares. Esta situação inaugurou um período de crise política no país que culminou com o Golpe Empresarial Militar de 1964 (MENDONÇA; FONTES, 1994).

Os anos 1961-64 caracterizaram-se por intensa mobilização popular. Vivia-se um instável equilíbrio entre os partidos, configurando tanto a ruptura do pacto populista quanto a emergência da participação popular não tutelada na cena política. A expressão partidária dessas lutas – centradas na reforma de base, especialmente a Reforma Agrária – demonstrava cada vez mais claramente os perfis ideológicos dos parlamentares (...). Afigurava-se um impasse entre Executivo e Legislativo que demonstrava tanto o caráter progressista do primeiro quanto o conservadorismo do segundo, expressando, porém, o aumento da representatividade de ambos. Inviabilizavam-se as formas tradicionais de condução política. Duas grandes polêmicas agitavam o período: as reformas de base e a luta anti-imperialista. As manifestações do Executivo a esse respeito foram manter a política externa independente, estabelecer limites para a remessa de lucros ao exterior e, finalmente,

em março de 1964, enviar ao Congresso o projeto das reformas (MENDONÇA, FONTES, 1994, p. 13-14).

A questão agrária era uma das questões centrais na sociedade brasileira. Por um lado, havia uma radicalização da luta pela terra, capitaneada pelas Ligas Camponesas. Por outro, dentro do governo setores defendiam a Reforma Agrária como forma de potencializar a industrialização nacional em ascensão. Celso Furtado, Ministro de Planejamento, no Plano Trienal 1963-1965, “destacou o caráter inelástico da oferta de alimentos às pressões da demanda urbana e industrial, como um problema estrutural do setor agrícola brasileiro que justificaria mudança na estrutura fundiária e nas relações de trabalho no campo” (DELGADO, 2001, p. 160).

Defendia a Reforma Agrária como forma de distribuição de emprego e renda no campo, ampliando o mercado consumidor interno. Além disso, acreditava que aumentaria a oferta de produtos agrícolas para indústria e alimentos para a mão-de-obra urbana, diminuindo a pressão da inflação sobre os salários dos operários (DELGADO, 2001).

Em contraposição, militares, políticos e empresários fundaram o Instituto de Pesquisas e Estudos Sociais (IPES), que se tornou na prática o verdadeiro partido da burguesia brasileira (MENDONÇA; FONTES, 1994). Os intelectuais desse instituto elaboraram a tese da “modernização sem reformas”, negando a existência de uma crise agrária. Defendiam que as funções da agricultura eram a produção de alimentos para a cidade e de matéria-prima, geração de divisas e liberação de mão-de-obra para as indústrias. Segundo esta tese, essas funções podiam ser desempenhadas sem a necessidade de modificação na estrutura agrária brasileira, pois o emprego de modernas forças produtivas no setor rural daria conta desta demanda. (DELGADO, 2001).

O discurso de lançamento do projeto de reformas de base foi realizado em 13 de março de 1964 e foi seguido por manifestações populares, apoiadas pelo presidente da República. Para a elite agrária brasileira, acostumada a ter seus interesses garantidos pelo Estado, a defesa da reforma agrária pelo presidente foi a gota d'água. Dezenove dias depois, em 01 de abril de 1964, os militares destituíram João Goulart através de um golpe de estado, apoiado pelas burguesias agrárias e urbanas brasileiras, assim como pelo governo norte-americano.

Após o golpe civil-militar, o novo governo utilizou-se de diversas estratégias para conter o conflito de classe escancarado na sociedade brasileira. Na questão agrária, foram três as

estratégias principais: a repressão violenta às organizações dos trabalhadores, a concessão de algumas conquistas e direitos aos trabalhadores e por fim, a incorporação da Revolução Verde à questão agrária brasileira.

No mesmo ano do golpe, o governo militar tentou dar uma resposta institucional à questão agrária, através da promulgação do Estatuto da Terra, em 30 de novembro de 1964 Sua versão original incorporou apenas parcialmente as reivindicações dos trabalhadores e, mesmo assim, nem chegou a ser implementada:

Essa lei previa desapropriação dos latifúndios em caso de tensão social e regulava as relações de arrendamento e parceria, tradicional foco de tensão no meio rural. Ao mesmo tempo, tinha um projeto modernizador da agricultura, baseado em instrumentos voltados para a transformação das unidades produtivas existentes em empresas (MEDEIROS, 2013, p. 3).

Sete anos após o golpe, houve uma conquista inédita para os trabalhadores rurais na área da saúde e da previdência social: A criação do PRORURAL e do FUNRURAL, em 1971 (CARNEIRO et al, 2012). Além da luta pela terra, também a luta específica pela assistência à saúde influenciou nessa conquista. A população em geral (inclusive os sindicatos rurais) pressionava por mais e melhores serviços de saúde. Na década de 70, numa tentativa de legitimação do regime militar, o governo tentou acrescentar a dimensão social ao seu projeto de desenvolvimento econômico incorporando novos grupos sociais ao sistema previdenciário, assim como se estendeu a oferta de serviços à população não-previdenciária, como os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos (CARVALHO, 2001).

A resposta mais imediata da Ditadura Empresarial-Militar à questão agrária foi a repressão às organizações de trabalhadores, o que significou a proibição das Ligas Camponesas. Houve assassinatos, perseguições e prisões dos trabalhadores rurais organizados, diretamente pela ditadura ou pelas oligarquias locais sob a conivência do Estado. Embora já passados mais de 50 anos, a memória das Ligas e de suas lideranças ainda estão presentes na várzea paraibana. As ações e realizações dos movimentos camponeses são frequentemente marcadas por esta

história, tendo como exemplo a mobilização de 02 de abril de 2012¹³; a criação do Memorial João Pedro Teixeira¹⁴; a fundação do Centro de Formação João Pedro Teixeira¹⁵; entre outros. É verdade também que esta memória é marcada pelos massacres, intensificados na ditadura, e pelo medo disseminado por eles, fazendo com que parte dessa história fosse esquecida ou até mesmo negada por muitos. Um assunto inadequado por conta do latifúndio, o silêncio estabeleceu-se como forma de proteção.

A Revolução Verde foi apresentada, defendida e encaminhada pelo patronato rural (com apoio dos congêneres urbanos) como a principal solução para a questão rural, pois indicava uma modernização da agricultura, através do uso de técnicas científicas (insumos e maquinário) para incrementar a produtividade do setor agrícola e, portanto solucionar o problema da escassez de alimentos para a cidade e a inflação, sem precisar alterar a estrutura fundiária brasileira (DELGADO, 2001). O processo de “modernização conservadora” provocou expropriação do campesinato, gerando intensificação do êxodo rural para as periferias das cidades ou a procura por novas terras mais distantes (MEDEIROS, 2013).

O novo modelo agrícola, representado pela Revolução Verde, transformou a agricultura do sul brasileiro, que antes era majoritariamente camponesa e familiar em uma agricultura capitalista, com a expansão de monocultivos agroexportadores, que devastou o modo de produção camponês tradicional (PORTO GONÇALVES, 2006).

No processo de crise da ditadura empresarial-militar, surgiu um novo movimento de luta pela terra formado pelo ser social Sem Terra¹⁶. Eram trabalhadores do campo afetados pelo processo de modernização, com dificuldade de se manter com acesso a terra, e cuja principal

¹³ Mobilização que reuniu diversos movimentos sociais do campo, na cidade de Sapé, para lembrar os 50 anos do assassinato de João Pedro Teixeira em 2 de abril de 1962 numa emboscada.

¹⁴ O Memorial João Pedro Teixeira foi inaugurado em 2006, enquanto reivindicação dos movimentos sociais do campo, para resguardar a memória das Ligas Camponesas da região. Está situado na casa onde João Pedro e Elizabeth Teixeira viveram com seus filhos, no povoado de Barra de Antas em Sapé

¹⁵ O Centro de Formação João Pedro Teixeira foi inaugurado em 2015, na cidade de Lagoa Seca, sob a direção do MST.

¹⁶ O processo de *auto-fazer-se* do ser social Sem Terra se inicia quando os indivíduos se rebelam contra a sua condição de não possuir uma terra e ocupam coletivamente um latifúndio. Através desta ação, o sem-terra rompe com a lei sagrada da propriedade privada em detrimento da vida e do trabalho; toma para si a tarefa de alterar a realidade e, em consequência, seu destino; e aprende que a ação coletiva tem mais condições de acumular força política e legitimidade diante da sociedade, do que a ação individual.

ação de luta era a ocupação. Estas mobilizações começaram no Rio Grande do Sul, onde o processo de modernização foi tão intenso que excluiu os “colonos” e “caboclos” que não conseguiram se adaptar à nova racionalidade empresarial. Houve também ocupações de canteiros de obras contra a construção de barragens, greves de assalariados rurais e mobilizações por melhores preços para os produtos da agricultura familiar (MEDEIROS, 2013).

Estas novas formas de luta estavam relacionadas com a ineficácia da ação sindical para as situações de desapropriação, pois se limitava à denúncia de conflitos e envio de relatórios solicitando a intervenção do governo. Além disso, havia certa legitimação pela Igreja Católica da luta pela terra, através da Teologia da Libertação. Por fim, o contexto de abertura política criava a possibilidade de novos apoios oriundos da cidade (MEDEIROS, 2013).

As principais ocupações de terra deste período foram realizadas por centenas de agricultores nas granjas Macali e Brilhante, em 1979, e na Encruzilhada Natalino, em 1981, no Rio Grande do Sul. O reacenso da luta dos trabalhadores rurais nesta região culminou na fundação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, o MST, no I Encontro Nacional, em Cascavel, Paraná, entre 21 e 24 de janeiro de 1984. Os objetivos definidos neste encontro foram: Lutar por terra, Lutar por Reforma Agrária e Lutar por transformações sociais para o país.

Para João Pedro Stedile, o MST é um descendente, um seguidor das Ligas Camponesas (STEDILE, 2006). Na Paraíba, e em especial na várzea paraibana, esta descendência é direta. Não é à toa que o MST utilizou o nome de João Pedro Teixeira para denominar a brigada¹⁷ desta região, assim como o Centro de Formação Estadual do MST, localizado em Lagoa Seca. Na Várzea Paraibana, a expressão da modernização conservadora da agricultura se deu através dos incentivos fiscais e de créditos do PROALCOOL, a partir de 1975 ainda em plena ditadura. Este programa incentivou o aumento da área de cultivo de cana, ampliou o parque industrial e inovou a maquinaria e tecnologia do setor, assim como introduziu e intensificou o uso de agrotóxicos e fertilizantes. Isto resultou em expropriação e expulsão dos camponeses, que passaram a depender do trabalho assalariado e temporário no cultivo da cana-de-açúcar (SILVA, 2012).

¹⁷ O MST na Paraíba é composto por oito brigadas: Brigada Reginaldo Sales (litoral), Brigada João Pedro Teixeira (Várzea da Paraíba), Brigada Caetes (Curimataú), Brigada Quebra-quilos (Borborema), Brigada Zé Marcolino (Cariri) e as Brigadas Juazeiro, Patativa do Assaré e Pedrina Alves (as três localizadas no Sertão).

No final da década de 1970, os trabalhadores rurais paraibanos voltaram a se organizar “na luta contra a seca, por uma política agrícola e por melhores condições de vida e trabalho” (PEREIRA, 2005, p. 74). Em 1984, houve a primeira greve dos canavieiros na Paraíba com grande participação dos trabalhadores. Em 1985, a crise do PROALCOOL diminuiu a área plantada com cana-de-açúcar e os trabalhadores rurais já expropriados do campo, tornaram-se ainda mais empobrecidos, passando a engrossar as fileiras dos desempregados sem-terra (PEREIRA, 2005).

Esta realidade contribuiu para a retomada das ocupações e lutas pela terra nesta região. Como resultado, entre 1991 a 1996, foram criados 54 projetos de assentamento na Zona da Mata Paraibana, sendo 15 na Microrregião de Sapé, beneficiando 1.241 famílias (SILVA, 2012).

A história do MST na Paraíba começou com a participação de 25 delegados no I Encontro Nacional do MST, em 1984 (PEREIRA, 2005). Ao regressarem para o estado, eles promoveram um encontro estadual em Alagoa Grande, contando com 50 participantes (SILVA, 2000). No entanto, para a direção nacional, não havia movimento sem luta. Por isso em 1989, no estado de Alagoas, foi formada uma brigada de militantes com o objetivo de consolidar as ocupações no Nordeste. Parte destes militantes juntamente com militantes locais iniciou o trabalho de base nos municípios de Pilar, Mari, Alagoa Grande, Juarez Távora, Solânea e Bananeiras (MST-PB, 2013). Portanto o marco de fundação do MST no estado foi sua primeira ocupação, realizada na fazenda Sapucaia, município de Bananeiras, em 07 de abril de 1989 (SILVA, 2000). Houve uma repressão muito violenta, com militantes gravemente feridos e torturados por um grupo paramilitar. Este conflito teve repercussão nacional (MST-PB, 2013). Acredita-se que esta ação foi organizada pelo “Grupo da Várzea”, formado por fazendeiros que atuam na repressão de sindicatos e movimentos rurais desde o período pré-golpe militar (SILVA, 2000).

De 1989 a 1992, várias ocupações foram realizadas entre o Brejo e a Borborema, além de ocupações da Praça da Bandeira, em Campina Grande, e do INCRA; no entanto sem lograr sucesso. No Encontro Nacional do MST realizado em 1992, foi escolhido Jaime Amorim, da direção nacional pelo estado de Pernambuco, para contribuir na reorganização do movimento na Paraíba. Decidiu-se por iniciar ocupações em outras regiões (PEREIRA, 2005).

Em março de 1993, o MST ocupou com 280 famílias as fazendas Abiaí, na cidade de Pitimbu, no litoral Sul. Esta ocupação resultou em 5 assentamentos: 1º de Março, Teixeirainha e Nova Vida, do MST e Apasa e Sede Velha, compostos por posseiros organizados pela CPT. Portanto, o assentamento 1º de Março foi o primeiro a ser conquistado pelo MST na Paraíba (PEREIRA, 2005).

Em 1994, o MST iniciou sua expansão para a Várzea da Paraíba através da ocupação da fazenda Massangana, no município de Cruz do Espírito Santo, o que resultou na conquista de 3 assentamentos, composto na sua maioria por famílias de posseiros (SILVA, 2000). Intensificaram-se as ocupações de terra nesta região, sempre enfrentando uma repressão violenta por parte da oligarquia local.

Entre 1997 a 2001, o MST conseguiu várias conquistas nesta região: Da ocupação da fazenda Marauí, em Sapé, obteve-se o assentamento Canudos; da fazenda São João, o assentamento Antônio Conselheiro, no município de São Miguel de Taipu; e por fim, os assentamentos Chico Mendes, em Riachão do Poço e os assentamentos Tiradentes e Zumbi dos Palmares, em Mari (MST-PB, 2013).

Ainda hoje, na região, a violência do latifúndio contra os trabalhadores organizados está presente. Na ocupação da fazenda São João pelo MST, no município de São Miguel de Taipu, foi assassinado, em 2000, o companheiro Joaquim Teotônio por um grupo paramilitar comandado pela elite açucareira local. Esta fazenda era um latifúndio monocultor de cana e atualmente é o assentamento Antônio Conselheiro.

O monocultivo de cana-de-açúcar, incrementado pelo uso intensivo de agrotóxicos e fertilizantes, causa impactos para o meio ambiente e para a saúde do trabalhador rural. Assentase na superexploração dos trabalhadores, neste caso chamados de boias-frias, através da sobrecarga de trabalho e de vínculos empregatícios precários. Numa pesquisa realizada em Unai, Minas Gerais, constatou-se que os trabalhadores boias-frias apresentam alto índice de insegurança alimentar (39,5%), quase o dobro do encontrado nas famílias acampadas e quatro vezes maior que as famílias assentadas vinculadas ao MST. Com renda variável e baixa, os boias-frias estão também mais expostos aos agrotóxicos (85,2%) se comparados aos assentados (26,9%) e acampados (9,5%) (CARNEIRO, 2007).

Indiferente a esta realidade, o governo Lula, a partir de 2003, desenvolveu políticas públicas de incentivo ao setor sucro-alcooleiro, o que ampliou o consumo doméstico e voltou a

impulsionar a produção de etanol pelos grandes latifundiários. Em 2007, o etanol tornou-se a principal fonte de energia renovável do país, passando a ocupar a segunda posição na matriz energética brasileira, atrás somente do petróleo e seus derivados. Entre 2007 e 2010, a Paraíba foi o terceiro estado do Nordeste em produção de cana-de açúcar. Recentemente, com os desdobramentos da crise capitalista mundial no Brasil, esta política federal entrou em declínio, implicando em falência do setor sucro-alcooleiro. Novamente, se reinaugurou o ciclo de expropriação dos camponeses, êxodo rural e formação de novos sem-terra. Consequência disso, na fronteira entre a Paraíba e Pernambuco, a Usina Maravilha foi ocupada em 2013 por mais de 1000 famílias Sem-Terra.

Segundo o Censo Agropecuário de 2006 (IBGE, 2006), a Microrregião de Sapé é composta por 6.211 estabelecimentos familiares o que corresponde a 91,2% do total e 567 estabelecimentos não familiares o que por sua vez representa 9,8%. Já a área ocupada pela agricultura familiar é de 23.891 hectares enquanto a área ocupada com estabelecimentos não familiares é de 35.910 hectares, com uma taxa de ocupação das áreas pelos não familiares de 60% da área total dos estabelecimentos, evidenciando a concentração da estrutura fundiária na Microrregião (CENSO Agropecuário, 2006). A Microrregião de Sapé possui 27 projetos de assentamentos do INCRA, totalizando 2.302 famílias assentadas. Existe apenas um assentamento assegurado pelo crédito fundiário do governo do Estado composto por 14 famílias (PRA Tiradentes).

A área total do município de Mari é de 155 km² e sua sede tem uma altitude aproximada de 143 metros do nível do mar, com relevo plano com poucas ondulações. Fica a 50,7 Km da capital João Pessoa e o acesso é feito pelas rodovias BR 101/PB 055. A população, pelo censo demográfico de 2010, foi de 21.176 habitantes, sendo que 3.721 declararam morar na zona rural e 17.455, na zona urbana. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), em 2010, foi de 0,548 e em 2013, foi de 0,560, entre os mais baixos do Nordeste que variou entre 0,513 a 0,732 em 2013 (COSTA, 2010; PRA Tiradentes, 2013).

Ainda segundo o Censo Agropecuário de 2006, a cidade de Mari conta com um total de 751 estabelecimentos de agricultura familiar e 62 empreendimentos não familiares, o que representa 93% de agricultores familiares e 7% de outros estabelecimentos (Censo Agropecuário 2006). O município desenvolveu sua economia tendo por base os cultivos de cana-de-açúcar, mandioca, inhame, grãos, abacaxi, fumo e fruticultura (COSTA, 2010).

TABELA 2 – Dados fundiários do município de Mari, PB.

DISCRIMINAÇÃO	ESTABELECEMENTOS	HECTARES
Condição legal das terras – Próprias	677	10.384
Condição legal das terras - Arrendatário	48	113
Condição legal das terras – Parceiro	36	70
Condição legal das terras – Ocupante	50	127
TOTAL	811	10.694

Fonte: PRA Tiradentes

3.2 História e organização do assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba.

Em fevereiro de 1997, o MST iniciou uma grande Marcha Nacional que saiu de três pontos do país (São Paulo, Minas Gerais e Mato Grosso) e chegou a Brasília no aniversário de um ano do massacre de Eldorado dos Carajás, no dia 17 de abril¹⁸. Cada coluna marchou cerca de 1.000 quilômetros e no caminho, os assentados e acampados, foram conversando com a sociedade sobre a necessidade de combater o governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e realizar a reforma agrária. Na chegada em Brasília foi celebrado um ato político com a participação de 100 mil pessoas de diversos setores da sociedade. Esta ação recolocou o debate da reforma agrária na sociedade brasileira (MORISSAWA, 2001).

Como desdobramento, em 1998, o MST realizou a primeira Marcha Estadual na Paraíba, de Cajazeiras a João Pessoa, com o lema “A ordem é ninguém passar fome”, percorrendo 28 municípios, realizando assembleias no campo e pequenas cidades para debater o projeto popular

¹⁸ Entre 1995-1996, um acampamento com mais de 2 mil famílias formou-se em Curionópolis, Pará, visando a fazenda Macaxeira, de 42.448 hectares. Como o impasse sobre a posse da terra não se resolvia, as famílias Sem Terra decidiram marchar até Belém, a 800 quilômetros, para exigir das autoridades providências. Em 16 de abril pararam próximo a Eldorado dos Carajás e realizaram um bloqueio, para resolver a questão da fome. No dia 17 de abril, chegaram 155 policiais dos batalhões de Parauapebas e Marabá, sem identificação no uniforme e suas armas e munições não foram anotadas nas fichas que comprovam quem estava com qual. Neste dia, 19 trabalhadores rurais foram mortos, 69 feridos e pelo menos 9 desaparecidos. Segundo o laudo, 13 foram executados depois de rendidos (MORISSAWA, 2001, p. 156).

para o Brasil, além de mapear as fazendas para futuras ocupações. Relata-se que durante a passagem da marcha, muitas pessoas aderiram a esta ação e muitas outras ficaram aguardando o retorno dos militantes para a ocupação de terras (MST-PB, 2013).

Na cidade de Mari, a marcha estadual foi recebida por lideranças locais, entre elas a presidente da Associação do Bairro Procono, atualmente assentada no assentamento Tiradentes e coordenadora do setor de saúde da brigada João Pedro Teixeira, do MST, Paraíba. Ela lembra que

Na primeira marcha que houve eu fui acolhedora da marcha, eu era presidente da Associação do Bairro Procono. Nós fizemos reunião e fomos fazer trabalho de base, né, que era pra juntar as pessoas. Quando foi com dois meses nós ocupamos a primeira terra aqui em Mari, a fazenda Soares de Oliveira, com 100 famílias, mas com 8 dias teve o primeiro despejo. Nós passamos dois meses nas barracas de lona na beira da pista, em outro local e depois voltamos para a mesma fazenda. Depois de 15 dias ou 1 mês, teve um outro despejo, veio uns 30 carros de polícia. Fomos para beira da pista de novo e passamos 3 meses lá. Foi quando localizaram a fazenda Panema, no município de Riachão do Poço, onde hoje é o assentamento Chico Mendes, aí nós fomos pra lá. Só que eu tinha um trabalho com as freiras em Mari, sobre as plantas medicinais, a gente fazia multimistura, entregava sopão de 8 em 8 dias. Eu tinha a Associação também, minhas filhas eram pequenas, eu lutava com meu pai que estava com câncer... aí, era muita coisa, eu ia a pé daqui até lá... aí eu voltei pra cá. Edvaldo falou “dona Maria, nós ocupamos uma terra em Mari bem pertinho, o terreno de Dr. Carlos” e eu disse “Rapaz, aquele negócio ali de cana... isso vai dar um moído”, aí ele disse “Eu acho que não vai dar moído não, pois o povo já está saindo das barracas para a beira da pista para o INCRA fazer a vistoria”. Eu deixei o meu menino no meu lugar, ele se assentou lá no Chico Mendes e eu vim pra cá (assentada 2).

Segundo Trindade (2009 *apud* COSTA, 2010, p. 50), assentado de Tiradentes:

Essa marcha que veio de Cajazeiras a João Pessoa, nessa marcha, via necessidade mesmo, porque Mari estava passando por problemas; as usinas falindo, as terras parando e os trabalhadores sentindo necessidade de trabalhar e as coisas não estavam muito boas.

Por isso a marcha estadual de 1998 é lembrada pelos militantes como estopim para a luta que resultou na formação do assentamento Chico Mendes, na cidade de Riachão do Poço, e dos assentamentos Tiradentes e Zumbi dos Palmares, em Mari.

A antiga fazenda Gendiroba (hoje assentamento Tiradentes) era propriedade de Renato Ribeiro de Coutinho, importante latifundiário da região, que possuía terras também na cidade de Sapé. Nela cultivava-se mandioca, abacaxi e cana-de-açúcar, sendo esta última a cultura principal, produzida em larga escala. A família era proprietária de uma Usina de Engenho na

região. Já a mandioca era produzida pelo proprietário e pelos moradores arrendatários da fazenda. Quando estes colhiam a mandioca eram obrigados a fazer a farinha na Usina de beneficiamento do patrão, deixando em troca 20% de toda a produção (COSTA, 2010).

Após a morte de Renato Ribeiro, seus descendentes abandonaram a gerência da fazenda, que entrou num processo de falência, assolada por dívidas trabalhistas e por conflitos. No final da década de 1990, a propriedade já era dominada pelas culturas de abacaxi e mandioca, produzidas pelos arrendatários e posseiros. No momento da vistoria realizada pelo INCRA para desapropriação da fazenda, havia 18 famílias de posseiros, 12 famílias de arrendatários e 3 com membros empregados pelo fazendeiro, porém nenhum possuía carteira de trabalho assinada (COSTA, 2010; SOUTO, 2007).

Em 28 de agosto de 1999, o MST solicitou a vistoria da fazenda Gendiroba ao INCRA, denunciando-a como latifúndio improdutivo. Em 11 de setembro de 1999, o MST ocupou a fazenda com 400 famílias para pressionar pela desapropriação. Muitas das primeiras pessoas que ocuparam a terra não eram oriundas de Mari, pois a família Ribeiro Coutinho tinha fama de perseguir os trabalhadores e havia um medo de mexer com os usineiros. No período de acampamento, houve três despejos: Um deles com mais de 100 policiais; as famílias não ofereceram resistência no momento, voltando para a ocupação dias depois; os outros dois despejos visavam obedecer à Lei nº 8.629, de 25 de fevereiro de 1993, do então presidente Itamar Franco que proibia a vistoria pelo INCRA em terras ocupadas. Em 12 de maio de 2000 saiu a portaria de desapropriação da fazenda e em 27 de dezembro de 2000, o ato de criação do assentamento Tiradentes. Foram assentadas 160 famílias, numa propriedade de 1719,7 hectares. (SILVA, 2012; COSTA, 2010; SOUTO, 2007).

Também no município de Mari foi ocupada a fazenda Cafundó, em 04 de dezembro de 2001. Esta última ocupação sofreu dois despejos no ano de 2002, com intensa força policial. Durante os despejos, as famílias ficaram alojadas temporariamente no assentamento Tiradentes. Somente em 2004 saiu a emissão de posse definitiva, formalizando a criação do assentamento Zumbi dos Palmares com 85 famílias (CUNHA, 2011; MARTINS, 2012).

Hoje, a produção do assentamento é característica da agricultura familiar, bem diversificada e rica em produtos alimentícios. O assentamento se organiza ao redor de uma agrovila, cujo terreno das casas possui 1 hectare. As famílias aproveitam este espaço para plantar milho, feijão, fava, frutas, aipim, hortaliças e plantas medicinais. Também criam aves e

bovinos. O lote individual é de 6 hectares e a principal produção é de mandioca. Atualmente, 72 famílias fornecem para a Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) pelo Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) diversos produtos alimentícios, tais como feijão verde, batata, milho, entre outros. Há um grupo formado por sete mulheres para produção de bolos que forneceu ao Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) por muitos anos, mas suas atividades foram suspensas pela Vigilância Sanitária por não possuírem uma cozinha industrial. Outro grupo composto por seis mulheres formou-se no último ano para produção de salgados derivados da mandioca e vendem sua mercadoria numa lanchonete na comunidade e através de encomenda.

As práticas agrícolas mais utilizadas são a rotação de cultura e a consorciação de culturas. O manejo da terra é feito de forma manual ou com a utilização de maquinário, como o trator. Algumas produções são irrigadas, do tipo por gotejamento, em especial as hortas. São utilizados defensivos agrícolas naturais, como, por exemplo, a folha da cebolinha, detergente neutro e a folha de nim. O uso de agrotóxicos é bastante combatido pela direção do movimento, mas algumas famílias ainda fazem uso (SILVA, 2012).



Figura 7 – Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental do assentamento Tiradentes

Fonte: Pesquisadora, pesquisa de campo em abril de 2016



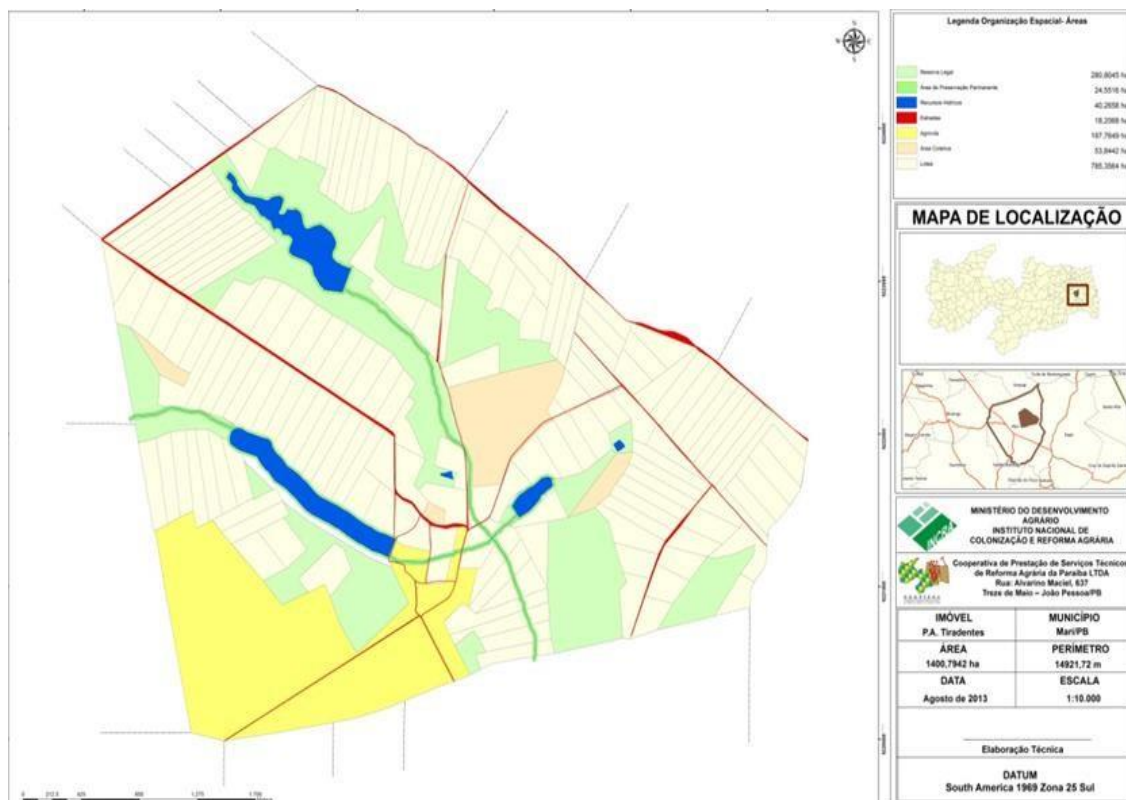
Figura 8 - Ginásio do assentamento Tiradentes

Fonte: Pesquisadora, pesquisa de campo em abril de 2016



Figura 9 - Ponto Ligas da Cultura do assentamento Tiradentes

Fonte: Pesquisadora, pesquisa de campo em abril de 2016



Mapa : Organização Espacial do Assentamento Tiradentes, Mari-PB. **FONTE:** PRA Tiradentes

Figura 10 – Organização espacial do assentamento Tiradentes

Fonte: PRA Tiradentes

4. A SAÚDE NO ASSENTAMENTO TIRADENTES, EM MARI, NA PARAÍBA.

Este capítulo vai abordar a Saúde no assentamento Tiradentes conforme a seguinte organização:

O subitem 4.1 aborda as condições de vida e saúde no assentamento Tiradentes em três momentos distintos: Nos primeiros anos de acampamento; no período de outubro a novembro de 2011 (período inicial do Curso de Agentes Populares de Saúde); e em abril de 2016 quando a pesquisadora realizou a última coleta de dados em campo. No primeiro período as informações foram trazidas pelas assentadas do Coletivo de Saúde através das entrevistas. No segundo, a fonte dos dados foram os questionários aplicados em 27 famílias do assentamento pelo coletivo de saúde e os relatórios das atividades do Curso de Agentes Populares de Saúde. No terceiro, as entrevistas com assentadas e profissionais da Equipe de Saúde da Família, um documento da ESF (SIAB 2014) e observação participante.

O subitem 4.2 traz a história da luta pelo direito à Saúde do Campo pelos assentados de Tiradentes, desde a ocupação da fazenda Gendiroba em setembro de 1999 a abril de 2016, último momento de coleta de dados da pesquisadora. Os instrumentos usados foram entrevistas com assentadas do coletivo de saúde, relatórios do setor de saúde do MST sobre o Curso de Agentes Populares de Saúde e sobre o Estágio em Saúde do Campo e Movimentos Sociais, além de trabalhos publicados sobre estas atividades e sobre a comunidade.

O subitem 3.3. descreve a assistência à saúde oferecida pela Estratégia de Saúde da Família aos trabalhadores rurais Sem Terra do assentamento Tiradentes, em abril de 2016. Os dados foram coletados através de observação participante, consulta a documentos oficiais da ESF (SIAB, dezembro de 2014) e entrevistas com os seguintes sujeitos: assentadas do coletivo de saúde e usuários do serviço, profissionais da ESF, um funcionário da gestão municipal e o presidente do Conselho Municipal de Saúde.

O subitem 4.4. trata rapidamente das práticas populares de cuidado, em especial das plantas medicinais, como forma alternativa e complementar aos serviços públicos de saúde, desde o início da comunidade até os dias de hoje, assim como sua relação com o poder público. Os dados foram coletados através das entrevistas com as assentadas do coletivo de saúde, dos relatórios do Curso de Agentes Populares de Saúde e do Estágio de Saúde do Campo e Movimentos Sociais, assim como de trabalhos publicados sobre estas atividades.

4.1 Condições de vida e saúde no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba.

Nas entrevistas realizadas em abril de 2016, duas condições de saúde foram destacadas pelas assentadas como situações que melhoraram com a conquista da terra: A nutrição das crianças e a exposição dos trabalhadores rurais aos agrotóxicos.

No início do acampamento, o setor de saúde do movimento realizou um diagnóstico de saúde e constatou 22 crianças desnutridas.

Hoje não tem desnutrido. Era um desespero quando a gente identificou! Mas a gente sabia que Mari foi considerada, na década de 80 ou 90, a cidade mais pobre da Paraíba, onde se morria mesmo criança de fome. Eu conheci alguns casos na cidade (assentada 1).

Ela relembra que esta situação serviu de base para a reivindicação das duas vagas de ACS para o assentamento que estava se formando. Mas o que resolveu mesmo esse problema foi a conquista da terra e a parceria com a Pastoral da Criança.

Junto com a vinda da Pastoral, o pessoal começou a produzir e aí foi melhorando a vida desses acampados, então as crianças foram saindo desse nível de desnutrição. Pelo menos a gente tinha a garantia de 3 refeições ao dia! Naquela época, a CONAB também garantia cesta básica para os acampados. E a Pastoral foi um empurrãozinho para as mães se organizarem, elas recebiam a multimistura... (assentada 1).

Sobre a exposição aos agrotóxicos, todas as assentadas relataram conhecer algum morador que já tivera alguma intoxicação, aguda ou crônica, decorrente do uso de agrotóxicos. Muitas vezes, parentes. Apesar de ser um problema de saúde ainda não resolvido, todas foram unânimes em afirmar que melhorou com a conquista da terra.

Olha, se fosse há uns anos atrás, que as pessoas trabalhavam muito com veneno aqui, teve muita gente intoxicada com veneno na época da fazenda. Teve até gente que ficou cega, mas agora... (assentada 3).

Além da conquista da terra, que em si representa para o agricultor as condições básicas para produzir pelo menos a subsistência da sua própria família, a Escola baseada na Educação do Campo foi destacada como um fator fundamental na mudança de concepção, principalmente entre as gerações, do uso de agrotóxico. Há uma ruptura, ainda que não finalizada, com o

método utilizado pelo latifúndio agroexportador modernizado conservadoramente pela incorporação da Revolução Verde, cujo objetivo é incrementar a produção às custas da degradação da saúde do trabalhador e do meio ambiente.

Essa juventude está se envenenando? Não está não, visse? E eles nem concordam. Já pensam diferente dos pais por causa da escola. Já pensam no meio ambiente também (assentada 1).

Apesar do avanço, ainda foi relatado algum uso de agrotóxicos pelos assentados, mais numa proporção reduzida dentro do assentamento. Dos casos recentes de intoxicação citados, um foi uma intoxicação aguda adquirida por um assentado no trabalho em outra propriedade e os outros foram casos de intoxicações crônicas, em especial dos posseiros que viviam no território desde a fazenda Gendiroba.

Eu já vi morador daqui intoxicado por agrotóxico, foi até o meu marido. Mas ele não se intoxicou aqui, foi fora. Ele foi trabalhar e não usou proteção... disse que ficou com a visão embaçada, ficou cego mesmo, não sabe nem dizer como chegou em casa... desmaiou aqui no terreiro e começou a enrijecer, ficou todo duro... aí levaram ele para Guarabira e lá fizeram uma lavagem. O médico disse que ele quase morria, se não tivesse vindo tão rápido... Ele passou ainda uma semana doente, vomitando, com diarreia, ficou tonto, disse que a vista continuava embaçada... (ACS).

Meu pai [posseiro] também teve uma lesão no pulmão por causa de agrotóxico. Talvez ainda tenha caso por aí, porque tem gente que ainda *agoa*¹⁹ um feijão, não como antes que era aquela coisa forte, usava diariamente [na fazenda]. Naquela época só se via gente intoxicado. Hoje *agoa* só uma vez no ano para evitar uma praga forte, mas não é sempre não... ainda não se organizaram pra fazer totalmente orgânico (assentada 3).

Uma questão importante é que as intoxicações crônicas são difíceis de relacionar com a exposição aos agrotóxicos, pois o espaço de tempo entre a causa e efeito é distante. Além disso, outras determinações podem contribuir para o mesmo problema de saúde, o que confunde o nexos causal no diagnóstico médico.

No período em que estava realizando a pesquisa de campo, em abril de 2016, fui chamada por uma família para dar assistência médica a um assentado. Ele tinha o diagnóstico de cirrose grave, cuja única justificativa dos médicos era o alcoolismo. No entanto, uma das assentadas lembrou que ele era um dos posseiros da fazenda Gendiroba e que naquela época trabalhou muito com agrotóxicos.

¹⁹ Agoa é um termo usado na região para designar a aplicação de agrotóxicos na lavoura.

A primeira etapa do Curso de Agentes Populares de Saúde, iniciado em setembro de 2011, consistiu na discussão do conceito ampliado de saúde e construção de um conceito do próprio coletivo de saúde. A intenção era de que o conteúdo programático refletisse as necessidades das comunidades onde as educandas viviam. O curso deveria cumprir a função de instrumentalizar, fomentar e consolidar as educandas como construtoras do setor de saúde a nível local e, portanto, representantes coletivos da saúde de suas comunidades e do movimento social no qual estavam inseridas.

No primeiro tempo-escola, em setembro de 2011, as educandas desenharam livremente o que entendiam por Saúde. A intenção era descobrir quais noções elas traziam a partir de suas vivências pessoais. Elas fizeram figuras de frutas sem agrotóxicos, passeios, jogos, alimentação saudável, educação, água, esporte e lazer, medicamentos e cartão de vacina. De antemão, elas já mostravam conceber a saúde numa dimensão para além da ausência de doença. No debate em grupo, defenderam que as famílias assentadas associavam a saúde estritamente ao acesso a médico e remédio. Falaram também que a saúde não é priorizada pela direção do MST, desde o nível local ao nacional.

No tempo – comunidade seguinte, as educandas ficaram de fotografar representações da saúde no assentamento Tiradentes ou conversar com os vizinhos sobre o que eles entendiam por saúde. Somente uma das educandas realizou as fotografias, que foram de hortaliças orgânicas e galinhas de quintal, evidenciando a associação entre alimentação saudável e saúde. A professora realizou a pesquisa na escola, com seus alunos. As crianças disseram que saúde era “escovar os dentes, tomar banho, estudar, jogar futebol, brincar, comer bem, não ter bulimia” e doença era “tomar injeção e ter que ir para o hospital”. Outra educanda conversou com seis famílias que disseram que saúde era “viver sem preocupação, ter e tratar a água, viver bem, ter direito ao lazer, alimentação saudável, meio ambiente preservado, família estável, não usar agrotóxico, não deixar lixo espalhado, fazer atividade física, ter médico, transporte para a saúde, evitar fritura”. Uma família de vegetarianos, falou que saúde era não comer carne e comer verdura e fruta. Uma terceira educanda visitou três famílias, que reclamaram da falta de acompanhamento do setor de saúde na comunidade, da deficiência na assistência médica do posto e falaram que no acampamento a saúde era mais discutida por todos.

No segundo tempo-escola, em outubro de 2011, a discussão sobre saúde teve como mote as seguintes figuras extraídas do Caderno de Saúde n 5 – Construindo o Conceito de Saúde do MST:

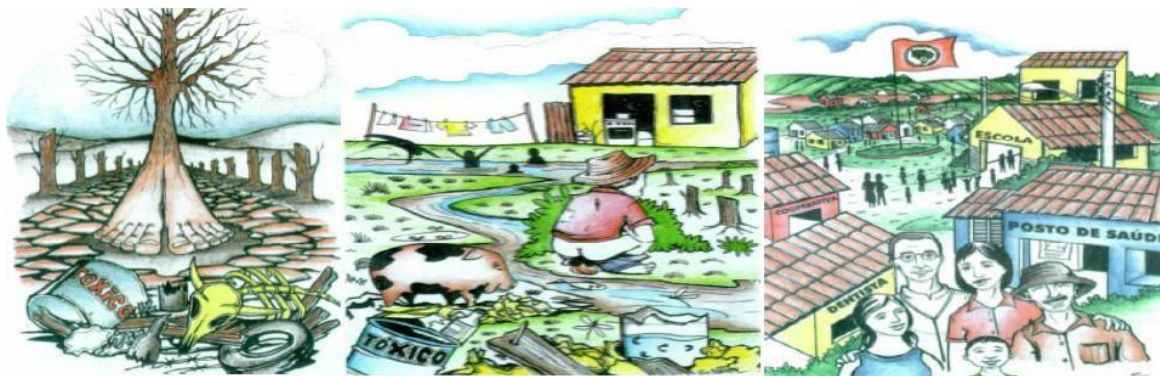


Figura 11 - Figuras conceito ampliado de saúde

Fonte: Caderno de Saúde n 5 – Construindo o Conceito de Saúde do MST

Tendo por base essas figuras, foi solicitado que as educandas indicassem quais eram as semelhanças e as diferenças entre essas gravuras e a realidade no seu assentamento, a partir das condições de saúde e doença. Dessa forma, foram construídas as tabelas abaixo:

Tabela 3 – Diagnóstico de doenças presentes no assentamento Tiradentes.

DOENÇAS

Pouco cuidado com o lixo;

Alguns urinam e defecam na rua e no mato;

Rios poluídos, pois passam em três comunidades rurais e dentro da cidade antes de chegar ao assentamento. Além disso, o mato ao redor está com agrotóxico;

Desmatamento da área de preservação (por gente de fora da comunidade);

Água parada no lixo que é jogado nos quintais e nas cisternas;

Desunião entre as pessoas e entre a Associação e a Cooperativa (“no acampamento era mais unido”), causando depressão, diminuindo a força da comunidade e a ajuda mútua, gerando intrigas, dificultando na aquisição de projetos;

Falta de médico substituto quando médico do posto entra de licença ou férias;

Famílias sem hábitos de higiene;

Grande número de alcoolismo, gerando violência e falta de higiene;

Algumas plantações com agrotóxicos. Os trabalhadores que utilizam agrotóxicos não usam equipamentos de proteção individual. Alguns não esperam o prazo adequado para colocar o produto a venda;

Falta de tratamento da água;

Falta de discussão sobre saúde. Falta do setor de saúde funcionando. Abandono do cuidado das pessoas da comunidade;

Demora nos diagnósticos e condutas pelos serviços de saúde.

Fonte: Construída pela pesquisadora a partir dos relatórios do Curso de Agentes Populares de Saúde, outubro de 2011

Tabela 4 – Diagnóstico de saúde no assentamento Tiradentes.

SAÚDE

Porcos criados presos;

As pessoas não lavam mais roupa no rio, pois têm água encanada em casa;

Saneamento (água encanada, fossa, coleta de lixo pela prefeitura);

Construção de prédio novo para escola que será da educação infantil ao nono ano²⁰;

Prédio do Posto de Saúde da Família pronto, mas sem funcionar;

Projetos coletivos: Em Tiradentes, há dois grupos de mulheres, um para produção de bolo pelo PNAE e outro de artesanato. Em planejamento, indústria de mandioca, galinheiro e chiqueiro.

Campos e quadra de futebol, com estímulo ao esporte. Em Tiradentes, havia um time de futebol feminino;

Disponibilização de um carro pela prefeitura para transportar casos de urgência para a cidade, mas com péssima remuneração ao motorista;

Energia elétrica (desde acampamento);

²⁰ A Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental Tiradentes foi inaugurada em 2012.

Bandeira do MST;

Alimentação saudável e balanceada;

Melhoria dos hábitos de vida quando virou assentamento

Fonte: Construída pela pesquisadora a partir dos relatórios do Curso de Agentes Populares de Saúde, outubro de 2011.

A partir da leitura coletiva do texto “Mas afinal o que é saúde para nós?” do Caderno de Saúde nº 5, iniciou-se o debate coletivo sobre qual seria o conceito de saúde daquele grupo. As educandas acharam que o entendimento do grupo sobre saúde era semelhante ao que estava expresso no texto do Coletivo Nacional de Saúde. Destacou-se a importância das organizações populares para a conquista de direitos. Os gastos para viabilizar a Copa do Mundo no Brasil, em 2015, foram citados para dizer que este é um país da hipocrisia, pois enquanto se gasta recurso público com estádios, a saúde e educação estão em situação precária e muitos brasileiros passam fome.

Passou-se então para objetivação do conceito de saúde. Cada uma deveria eleger e escrever numa tarjeta, um elemento da Saúde Ampliada que considerasse mais relevante para compor o conteúdo programático do curso. Os elementos trazidos foram: Lixo, água, alimentação saudável, esporte e lazer, combate às drogas, plantas medicinais, setor de saúde, atividades de educação em saúde, posto de saúde, família, vizinhança, juventude, união e MST. A partir destes elementos e de forma coletiva, perguntas foram elaboradas para compor um questionário a ser aplicado pelas educandas nas famílias do assentamento. Pretendia-se, dessa forma, envolver a comunidade na discussão sobre saúde.

Foram entrevistados membros de 27 famílias do assentamento Tiradentes, sendo 5 homens e 22 mulheres, entre 19 e 69 anos, no período de outubro a novembro de 2011. As famílias possuíam entre 2 a 18 pessoas morando na mesma casa, sendo que na maioria dos casos havia de 3 a 4 pessoas. O grau de escolaridade dos entrevistados foi: seis eram não alfabetizados, três alfabetizados, onze com fundamental I incompleto, três com fundamental II incompleto, um com fundamental II completo, dois com ensino médio completo e um com ensino superior. De outubro a novembro de 2011.

As educandas disseram que foram bem recebidas e que a entrevista foi um bom pretexto para conhecer melhor as famílias e conversar sobre a saúde na comunidade. Segue abaixo

sistematização desta pesquisa (exceção feita às questões referentes ao Posto de Saúde que serão expostas no subitem 3.2. e às Plantas Medicinais, no subitem 3.4.):

Tabela 5 – Situação do lixo no assentamento Tiradentes, 2011

LIXO: O que você faz com o seu lixo?	
Coleta de lixo municipal	16
Queima	12
Adubo	7
Enterra	1

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

A coleta de lixo pela prefeitura é irregular, por isso muitos citaram que queimavam o lixo. Em abril de 2016, a coleta realizada pelo município era quinzenal. Esse é um serviço público que poucas prefeituras oferecem aos assentamentos no nordeste brasileiro. O lixo orgânico era usado como alimento dos animais ou para compostagem.

Tabela 6 - Tratamento da água no assentamento Tiradentes, 2011

ÁGUA: Você faz algum tratamento da água que usa? Qual?	
Sim	15
Não	10
Às vezes	2

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Todos que faziam algum tratamento referiram usar cloro ou água sanitária. Por volta de 2010, foram construídas cisternas para armazenar água da chuva nas casas dos assentados. Segundo a técnica de enfermagem, estas nunca funcionaram adequadamente, pois não seguravam a água e as calhas quebraram com 1 ano. Estas obras tornaram-se um problema de saúde, pois algumas famílias usam as cisternas para armazenar lixo, atraindo bichos e servindo como reservatório para a proliferação de mosquitos. Em 2012, as casas passaram a receber água encanada a partir de uma caixa d'água central que foi construída pela gestão municipal.

Tabela 7 – Preservação dos rios e nascentes no assentamento Tiradentes

ÁGUA: A sua comunidade preserva os rios e nascentes?	
Sim	15
Não	10
Não soube informar	2

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

As principais formas de preservação informadas foram: Não poluindo, não desmatando, fazendo palestra, limpando e preservando as nascentes. Um dos entrevistados respondeu que “Preserva deixando 7 metros nos lados dos rios sem trabalhar e 50 metros nas nascentes”. Dos entrevistados, seis assumiram que não contribuíam na preservação.

Tabela 8 – Identificação de alimentos saudáveis pelos assentados de Tiradentes, 2011.

ALIMENTAÇÃO: O que você entende por uma boa alimentação?	
Verduras	10
Frutas	9
Alimentação sadia/ saudável/ de qualidade	7
Comer bem	6
Feijão e arroz	4
Não contaminada/ orgânica	4
Cereais	3
Saladas	2
Peixe	1
Variada	1
Sem gordura	1
Que ajuda a prevenir doenças	1

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Tabela 9 – Diagnóstico dos alimentos saudáveis ingeridos pelos assentados de Tiradentes, 2011.

ALIMENTAÇÃO: O que você come que acha que faz bem à saúde?	
Frutas, verduras e legumes	15
Peixe	5
Alimento sem agrotóxico	5
Arroz e feijão	2
Carne	2
Leite	2

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Tabela 10 – Diagnóstico dos alimentos prejudiciais à saúde ingeridos pelos assentados de Tiradentes, 2011.

ALIMENTAÇÃO: O que você come que acha que faz mal à saúde?	
Frituras/ óleo/ gordura	15
Doces e açúcar	9
Alimento com agrotóxico/envenenado	9
Sal	8
Porco/ Carne vermelha	6
Massa	5
Enlatados/ Em conserva	2
Galinha de granja	1

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Um dos entrevistados considerou seu consumo de abacaxi como prejudicial à saúde. Isto deve estar relacionado com o fato do assentamento ser vizinho de uma fazenda de monocultivo de abacaxi com intenso uso de agrotóxico. O ciclo de produção do abacaxi pelo sistema conservador tem duração de 18 a 22 meses e o seu processo é composto por preparo do terreno, plantio, tratos culturais e colheita. Durante o momento do plantio e adubação, as mudas são tratadas com fungicidas e acaricidas a base de organofosforados. Para antecipar a floração do abacaxizeiro, usa-se carbureto de cálcio. Os inseticidas utilizados no controle da broca são

piretróides ou organofosforados e os fungicidas são do grupo dos benzimidazóis. As aplicações de agrotóxicos repetem-se semanalmente durante todo o ciclo das flores, ao longo de cerca de cinco semanas. Por fim, utiliza-se o maturador químico Ethrel, na colheita (ADISSI, 2002). O estado da Paraíba está entre os quatro principais produtores de abacaxi do Brasil. Segundo a pesquisa de produção agrícola municipal de 2013 realizada pelo IBGE, havia 50 hectares plantados de lavoura de abacaxi nesta cidade (IBGE, 2013).

Tabela 11 – Propostas de atividades para à juventude do assentamento Tiradentes, 2011.

JUVENTUDE: O que você propõe para unir os jovens?	
Palestras/ atividades educativas	11
Reuniões	5
Atividades para os jovens	4
Diálogo com os pais	3
Cursos	2
Festa	2
Lazer/ passeio	2
Participação	2
Brincadeiras	1
Encontro de jovens	1
Boa educação	1
Grupo de jovens	1
Esporte	1
Projetos	1

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Ao serem questionados se contribuiriam com esta atividade para os jovens, vinte e dois entrevistados disseram que sim; dois, não e para três, dependia.

Tabela 12 – Atividades esportivas e de lazer de interesse do assentamento Tiradentes, 2011

ESPORTE E LAZER: Que tipo de esporte e lazer você gostaria que tivesse na comunidade?	
Vôlei	10
Parque de diversão	8
Praça	7
Piscina	7
Futebol (inclusive feminino)	6
Natação	5
Teatro	4
Basquete	4
Academia/ ginástica	4
Tênis	2
Dança popular	2
Cinema	2
<i>Handball</i>	2
Sem resposta	2

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Foram citadas por somente uma pessoa cada uma das seguintes atividades: Ciranda, macumba, cultura, telecentro, passeios para o açude, pomar e ciclismo.

O Ponto de Cultura localizado no assentamento Tiradentes e denominado de Ligas da Cultura começou suas atividades concomitantemente ao Curso de Agentes Populares de Saúde, no final de 2011. Mobilizou principalmente três setores do assentamento: as crianças (através das aulas de capoeira, dança, flauta e percussão), a juventude (através das aulas de dança, violão e audiovisual) e as mulheres (através do impulso dado a Quadrilha de Mulheres já existente anteriormente na comunidade). Com o fim do financiamento do Ponto de Cultura pelo Ministério da Cultura, suas atividades foram incorporadas ao Programa Mais Educação, desenvolvido na Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental Tiradentes.

Tabela 13 – Identificação das substâncias psicoativas presentes no assentamento Tiradentes, 2011.

DROGAS: Quais são as drogas mais comuns na sua comunidade?	
Álcool	25
Tabaco	19
Maconha	8
Crack	4
Medicamentos	1
Não respondeu	1

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Sobre a visão do problema das drogas na comunidade, as expressões empregadas foram: está aumentando, altíssimo, se ouve muitos comentários, tem gente nova e velha usando foi citado que: está aumentando, altíssimo, se ouve muitos comentários, tem de novo a velho usando, complicado, problemão, desastre, atinge a comunidade de forma geral, triste, questão de saúde pública, prejudica a saúde, caminho errado. Um falou “Eu acho que se na comunidade tivesse algumas atividades e emprego para os jovens e se os pais contribuíssem, levando seus filhos para trabalhar na roça não haveria esse problema”.

Tabela 14 – Sugestões de temas para atividades de Educação em Saúde, no assentamento Tiradentes, 2011.

ATIVIDADES EDUCATIVAS: Sugestões de temas	
Saúde da mulher	7
Educação e Saúde	7
Drogas	4
Saúde	1
Plantas medicinais	3
Doenças sexualmente transmissíveis	2
Câncer	2
Tabagismo	1

Depressão	1
Diabetes/ Hipertensão arterial	1

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Somente uma pessoa disse que não participaria de atividades de educação em saúde. E uma pessoa citou a importância do médico realizar estas atividades.

Tabela 15 – Relação entre pais e filhos no assentamento Tiradentes, 2011.

Família: Como é a relação entre os pais e os filhos na sua casa?	
Ótima	2
Boa	18
Regular	4
Ruim	1
Não se aplica	2

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

As entrevistadoras acharam que faltou sinceridade em alguns casos. Os entrevistados disseram que uma boa relação entre pais e filhos dependia de aconselhamento, diálogo, união, obediência e respeito. Duas mães queixaram-se do distanciamento do pai com o filho. Duas mães indicaram que o alcoolismo dos filhos atrapalhava na relação dentro de casa.

Tabela 16 – Relação entre a vizinhança no assentamento Tiradentes, 2011.

VIZINHANÇA: Como é o seu relacionamento com a vizinhança?	
Ótimo	6
Bom	17
Regular	3
Ruim	0

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Uma pessoa citou o caso isolado de um vizinho que incomoda. E apenas uma família referiu pouco convívio social “*cada um em sua casa e de oito em oito dias a gente se vê*”. Apesar dos percalços, a vida em comunidade parece constituir uma rede de apoio importante. Para melhorar a união na comunidade, os entrevistados identificaram como principais problemas a comunicação e a disponibilidade de tempo pessoal. Importante destacar que uma mulher sugeriu a construção de uma creche para ajudar na sua participação nas atividades.

Tabela 17 – Motivos que impulsionaram a adesão ao MST pelas famílias do assentamento Tiradentes, 2011

Por que você entrou no MST?	
Conquista da terra	15
Moradia	4
Posseiro/ arrendatário/ empregado na fazenda Gendiroba	3
Paz	2
Veio acompanhando algum membro da família	2
Trabalho	2
Educação	2
Saúde	1
Produzir alimentos saudáveis	1
Desenvolvimento rural	1
Melhores condições para família	1
Direitos para todos	1

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Em seguida, destacam-se algumas respostas: “Pela conquista da terra, através disto ter uma boa terra para produzir e trazer alimentos saudáveis para minha família”; “Porque queria muito possuir um pedacinho de terra, tirar os filhos da rua, senão seriam todos vagabundos, bandidos”; “Porque é um movimento que dá direitos a todos”.

Observa-se que para o ser social Sem Terra a luta pela terra impulsiona o sonho e conquista de outros direitos, que por sua vez proporcionam uma melhoria na qualidade de vida.

Muitos dos pontos relatados coincidem com aqueles apontados pelo conceito ampliado de saúde do MST e do próprio coletivo de saúde formado pelas educandas.

Tabela 18 – Problemas de saúde identificados pelas famílias do assentamento Tiradentes, 2011.

DOENÇAS: Alguém em sua casa tem algum problema de saúde? Qual?

Hipertensão arterial sistêmica	9
Problemas nos ossos (dor de coluna, artrose, etc)	5
Nervosismo ou depressão	4
Cefaleia	3
Gripe, sinusite, dor de garganta	3
Febre	2
Cálculo renal	2
Dislipidemia	2
Gastrite	2
Diabetes mellitus	1
Mioma	1
Labirintite	1
Hepatite A	1
Vômitos e diarreia	1
Nódulo na mama	1
Negou haver doentes na família	4

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Nas entrevistas realizadas em abril de 2016, todos (entre assentadas e profissionais da ESF) destacaram os seguintes problemas de saúde como os mais comuns no assentamento Tiradentes: Resfriado e gripe, viroses, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e complicações cardíacas.

A assentada 2 destacou as doenças osteoarticulares como muito prevalentes, o que coincide com o diagnóstico realizado em 2011, quando estas foram a segunda condição mais citada:

Doença dos ossos muita gente tem aqui... o pessoal de Tiradentes está com os ossos tudo quebrado! Eu mesmo não tinha motivo para ter os ossos tão quebrados assim, pois eu fazia esporte, jogava bola, hoje faço academia todo dia. Como disse um doutor que atendeu aqui uma vez: As mulheres que vão para o hospital doente dos ossos são tudo agricultora, trabalhou muito na lida. Eu mesma trabalhei desde pequena, carreguei muito peso (assentada 3).

A assentada 1 trouxe a questão da depressão como um problema em ascensão na comunidade, principalmente entre as mulheres. Contou mais de 20 assentados que ela sabia que tomava remédio controlado para tratamento de alteração de humor. A técnica de enfermagem confirmou que uma das principais demandas do posto é a renovação de receitas de remédios controlados. Isso condiz com o diagnóstico realizado em 2011, quando a depressão foi a terceira doença mais citada.

O PRA do assentamento Tiradentes cita um caso notificado e enquadrado na Lei Maria da Penha por violência doméstica, mas ninguém falou espontaneamente sobre este problema na comunidade.

Duas assentadas falaram da alta incidência de alcoolismo, principalmente entre os homens.

Nas crianças, os principais problemas foram respiratórios (principalmente gripe e resfriado), diarreia e vômitos. A enfermeira disse que a incidência de parasitose melhorou muito. Não há relato de morte infantil. Alguns entrevistados falaram que a população do assentamento está envelhecendo e que isto tem aumentado a prevalência dos problemas cardiovasculares. Segundo a ESF, há 5 acamados no assentamento.

No início de 2014, durante o Estágio de Saúde do Campo e Movimentos Sociais da UFPB, foi realizada uma reunião entre o coletivo de saúde do assentamento, integrantes da ESF Francisco Faustino (uma técnica de enfermagem e as duas ACS) e a universidade sobre as visitas domiciliares realizadas pela equipe. Neste período, identificou-se 10 pessoas com necessidade de visita domiciliar, entre eles dois com transtorno mental grave, descompensados e dasassistidos; um jovem com uma síndrome congênita (Síndrome de Joubert) e um idoso, deficiente visual, cuja moradia era afastada da agrovila e de difícil acesso.

A principal referência como cuidadora popular na comunidade disse que as pessoas que mais a procuram são as acometidas por cisto no ovário, gastrite e nefrolitíase. Os problemas pela exposição aos agrotóxicos foram trabalhados no início desse subitem.

As principais causas de morte relatadas pela ESF foram: complicações das doenças cardiovasculares (Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio) e as causas externas, principalmente acidentes. Dois casos foram lembrados: Em 2011, um assentado que era treinador do time de futebol feminino do assentamento morreu num acidente de moto. Em 2015, um assentado suicidou-se enforcado.

Tabela 19 – Locais indicados para cuidado de problemas de saúde pelos assentados de Tiradentes, 2011.

Onde você cuida dos seus problemas de saúde?

Posto de Saúde	9
Em casa com remédios caseiros	4
Mari	3
João Pessoa (capital)	3
Sapé	1
Qualquer hospital público ou médico	2
Não respondeu	7

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

A primeira referência para o cuidado em saúde foi a Estratégia de Saúde da Família, reforçando os dados das pesquisas nacionais de que esta é a política pública de maior impacto para a população do campo (CARNEIRO et al.; CALDART et al., 2012, p.691-696).

Das nove pessoas que referiam procurar o posto de saúde, cinco disseram que era para controle da hipertensão arterial sistêmica. Um dos entrevistados disse: “Vou ao PSF quando tem médico, quando não tem fico agonizando”. Refletindo que o acesso é ainda um problema para esta comunidade.

4.2 A luta pelo direito à saúde no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba

O setor de saúde foi um dos primeiros a ser formado no acampamento. Inicialmente, ele atuava na qualidade da água usada pelos acampados, no manejo do lixo produzido e no fortalecimento do uso de plantas medicinais para tratar de problemas comuns.

À medida que foi chegando mais gente para morar e estes foram se estabelecendo, a necessidade de saúde foi crescendo. Nas assembleias gerais, discutia-se desde a distribuição das tarefas diárias às questões políticas locais, inclusive a pauta de reivindicação frente ao poder público municipal. Costa (2010, p. 54) destaca duas reivindicações centrais desde o princípio: A assistência à saúde e a educação para as crianças.

Os primeiros anos são lembrados pelas assentadas pelo intenso processo de organização, formação política e luta.

Tinha muita reunião, teve pressão mesmo, teve muita organização... o povo reunia mesmo para reivindicar (assentada 3).

De início tinha mais organização, aí quando precisava alguma coisa para saúde, tinha umas reuniões mensais e falava da saúde, para comunidade dizer o que estava faltando... quem organizava estas reuniões eram as lideranças, os profissionais de saúde nunca participaram (ACS).

Neste período inicial, apesar da gestão municipal não se mostrar sensível à causa dos trabalhadores, Tiradentes obteve duas conquistas importantes referentes aos serviços de saúde: A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e a garantia de assistência médica no local onde eles viviam.

Em 2000, houve concurso público para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município de Mari. A luta fizera a gestão municipal incluir a fazenda Gendiroba como uma das áreas do concurso, mesmo antes da emissão de posse definitiva para os trabalhadores rurais Sem Terra. Duas moradoras da antiga fazenda foram selecionadas e começaram a trabalhar em setembro deste mesmo ano como ACS, vinculadas ao PACS (não havia Equipe de Saúde da Família de referência para a comunidade). Uma delas ficou responsável por todas as famílias novas acampadas e a outra pelas famílias de posseiros que já moravam anteriormente na fazenda e mais outro sítio.

Quando foi visto para fazer a seleção, para abrir vaga para aqui porque tinha uma senhorinha que estava abrindo mão daqui... Aí quando os Sem Terra chegaram aqui foi um prato cheio para ter a entrada de duas ACS, ia ser só um, mas como o pessoal estava aqui e era para ficar mesmo, porque desde o início a gente viu que a luta aqui era ganha...(ACS).

A assistência médica na própria comunidade iniciou ainda no acampamento. Acontecia em condições precárias e não estava vinculada a nenhuma Equipe de Saúde da Família, sendo uma atuação pontual e médico-centrada. No entanto, o fato do médico atender na zona rural, onde aquelas famílias moravam, era uma expressão dos benefícios trazidos pela organização dos trabalhadores através do MST. Sobre isto, destacamos alguns relatos de assentadas:

Quando o médico começou a vir, foi porque a equipe do assentamento correu atrás, foi ainda no finalzinho do mandato de Vera Fontes. No tempo dela ocuparam a prefeitura atrás dos médicos, aí ela com medo, mandou os médicos para cá... mas foi com luta. Essa prefeita não fez nada para aqui... (assentada 3)

No final de 2000, o médico atendia de baixo de um pé de juá, mas era muito livre, muito aberto, os outros ficavam escutando... aí tinha um quarto de moer ração para o gado, um quarto sujo! Botaram o doutor para atender dentro desse quarto... O doutor gostava de andar todo de branco... quando ele saía ninguém conhecia a cor, a roupa dele voltava suja que nem pano de chão, todo empoeirado... mas ele não se importava, ficou mais de um ano assim. Na verdade, tinha rodízio de médico, cada semana vinha um, não tinha uma equipe, nem um local apropriado para ele atender. Dali o atendimento médico mudou pro quarto da casa de uma pessoa, porque ali tava muito sujo... depois foi para Igreja, pra não ficar sem atendimento pro povo né?! (ACS)

Aí com o tempo, a gente vendo a comunidade crescendo foi a reivindicação de vir o médico atender no acampamento... naquela época, o médico atendia numa sala que servia para cortar cabelo dos assentados, servia para dar aula e servia pro médico atender... era numa estrutura antiga, aquilo ali era um local de criação de cavalos, é como se fosse uma boia, lá tinha um quartinho, tipo um galpãozinho, era ali que ele atendia... mas era tudo bem limpinho, organizado. Do lado tinha um galpão maior, que estava descoberto, era onde a gente fazia brincadeiras, festinha no dia das mães e das crianças... Então, no espaço menor que estava coberto a gente formou a escola, o atendimento médico e era também onde se cortava o cabelo dos acampados, a gente fazia mutirão, chamava os cabelereiros... ai, que tempo, dá saudade! (assentada 1).

O segundo prefeito, Marcos Aurélio Martins de Paiva, cujo mandato foi de 2001 a 2004, passou a participar das reuniões que aconteciam no assentamento. Algumas reivindicações foram aceitas e operacionalizadas. Na saúde, a primeira delas foi a organização de um espaço adequado para atendimento do médico:

No acampamento, no começo vieram os homens. Depois quando as mulheres foram vindo, com as crianças, a gente percebeu a necessidade de criar uma Escola infantil

para manter as famílias. Então, a gente veio para a sede da fazenda e conseguimos formar a escola e também botar um espaço dizendo que era o posto de saúde, num prédio perto da escola (assentada 1).

Foi quando Marcos (prefeito) sugeriu ajeitar o escritório para o posto, colocou os materiais necessários para o médico trabalhar, naquele tempo vinha os remédios, não era como hoje... o médico vinha uma vez por semana (assentada 3).

Até que foi para o antigo escritório da fazenda. Lá dava um posto maravilhoso, todo limpinho, todo forrado, três salas. A gente ainda era PACS, não fazia parte de nenhum PSF (ACS).

Outra conquista importante no final neste mandato foi a inserção do assentamento Tiradentes como área adscrita da ESF Francisco Faustino no ano de 2004. No ano 2000, a gestão implantou 3 ESF no município; em 2001, mais 3; e em 2003, mais duas. Ao final do mandato deste governo, a Estratégia de Saúde da Família tinha expandido no município de zero para oito equipes.

A dirigente estadual do setor de saúde, que se mudara para o acampamento Tiradentes no final do ano 2000, participou da elaboração do *Caderno de Saúde nº 5: Construindo o conceito de saúde do MST*, como integrante do Coletivo Nacional de Saúde e voltou para a Paraíba com a tarefa de multiplicar a formação política pelo direito à saúde, garantido pelo SUS. Em 2001, o Encontro Estadual da Saúde do MST foi realizado em Tiradentes, já como pré-assentamento, e contou com a participação de 70 representantes de todo o estado. O principal objetivo desse encontro foi trabalhar as questões levantadas pelo Caderno nº 5: Organicidade do setor, conceito ampliado de saúde e direito à saúde. Neste período, o MST já estava organizado em quatro regiões na Paraíba: Sertão, Brejo, Cariri e Litoral.

Outro momento importante de luta pela saúde, lembrado pelas assentadas, que contou com o protagonismo dos assentados do MST de Mari, foi na gestão do prefeito Antônio Gomes (mandato de 2009-2012):

Ocupamos a prefeitura quando a gente queria reabrir o hospital. No mandato de Zé Paulo de França (prefeito), a gente tinha médico especialista de muita coisa, de fazer cirurgia e tudo. Mas depois teve algum problema aí que não pagaram os médicos ou não pagaram a casa que era alugada... aí a prefeitura fraquejou isso pra gente e fechou o hospital, foi na época de Antônio Gomes (prefeito). A gente anunciou na cidade, mas não foi ninguém, fomos nós e o povo do Zumbi (assentamento), andamos da prefeitura até onde era o hospital... mas não teve jeito. Aí depois ele fez o posto daqui, o do Pasto Novo e a Policlínica (assentada 2).

O hospital, apesar de estar situado na cidade, costuma ter uma importância fundamental na assistência à saúde da população do campo. Por um lado, porque, nas pequenas cidades, este serviço funciona ininterruptamente como um pronto atendimento às diversas demandas agudas de saúde. Por outro lado, a localização na cidade obedece ao fluxo de disponibilidade de transporte, o que facilita a acessibilidade dos trabalhadores rurais a este serviço.

Esta assentada destaca esta ação contra o fechamento do hospital na cidade como um dos motivos para o prefeito Antônio Gomes ter aceitado construir a Unidade Básica de Saúde no assentamento Tiradentes. Mas houve também outras determinações: esse prefeito foi eleito com o apoio do MST e dos assentamentos e pela primeira vez uma liderança do MST, residente no assentamento Tiradentes, ganhara as eleições para vereador da cidade. Esta mesma assentada lembra: “Quando Edvaldo ganhou para vereador, ele chamou uma reunião e perguntou o que o povo queria: era o posto e a escola” (assentada 3).

Esse posto de saúde na verdade não era para cá, era um posto para outra comunidade e para cá era uma creche. Inclusive eu fui até contra este posto aqui... pra mim a creche traria muito mais saúde do que esse posto... veja só, numa creche as crianças iam passar o dia, iam ter uma boa educação, alimentação... eu sempre disse que esse posto ia ser um elefante branco, porque não dava para montar um PSF... tinha que ter 4 mil famílias ao redor dele e a gente não tinha capacidade para isso... Mas a maioria optou pelo posto. Porque no meu entendimento se era para continuar o atendimento 1 vez na semana, aquele outro local já era suficiente... (assentada 1).

No mandato do prefeito Antônio Gomes, a estrutura física de uma Unidade Básica de Saúde foi construída no assentamento Tiradentes, que serviria como uma unidade âncora da ESF Francisco Faustino, proporcionando uma melhoria da estrutura física nos atendimentos realizados na comunidade.

Inicialmente, não havia a proposta desta UBS abrigar uma equipe própria, com sede no assentamento. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada através da Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, discorre que:

Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (MS, 2011).

A exigência de 3.000 habitantes na área adscrita de uma ESF dificulta a criação de equipes rurais, pois esta população está dispersa no território. No caso do assentamento Tiradentes, este possui 215 famílias, totalizando cerca de 800 moradores. Somava-se a isso o fato do município de Mari possuir 9 ESF para 21.254 habitantes, o que representava 100% de cobertura da população através da estratégia de saúde da família, numa média de 2.361 habitantes por equipe. Isto despriorizava a escolha do município de Mari frente ao Ministério da Saúde para ser contemplado com uma nova ESF.

Em meados de 2011, um professor do curso de medicina da UFPB procurou o MST interessado em desenvolver uma atividade de extensão, com o tema da saúde, numa área de reforma agrária. A direção estadual do setor de saúde indicou a Brigada João Pedro Teixeira, localizada na Várzea Paraibana. Construiu-se a proposta de um curso de capacitação de Agentes Populares de Saúde, a ser oferecido aos assentados e às assentadas que se interessassem pela temática da saúde, tendo por objetivo impulsionar a reorganização dos setores de saúde locais da Brigada (GOES; MEDRADO, 2014).

A participação de assentadas de Tiradentes foi expressiva desde o início do curso, em setembro de 2011 até a sua finalização em outubro de 2012. Os encontros se deram majoritariamente nesse assentamento, apesar de contar com a participação menos expressiva de dois outros. A assentada 1 destacou na entrevista “Acho que aqui foi onde o povo teve mais formação, mais encontros de saúde”. A formação parece ter contribuído para a organização para a luta da saúde.

Reunindo-se mensalmente para discutir sobre a saúde, formou-se um coletivo, somente de mulheres, que sonhava cada vez mais alto na conquista de uma atenção primária que gerasse impacto nas condições de vida e saúde da população do campo, residente nos assentamentos Tiradentes e Zumbi. Este curso constituiu-se, portanto, num espaço oportuno de instrumentalização da luta pela saúde no assentamento Tiradentes.

Aliás, um dos pontos priorizados pelo próprio coletivo tinha sido o Posto de Saúde. No segundo semestre de 2011, período que iniciou o curso, a UBS do assentamento foi concluída, mas alguns meses se passaram até sua inauguração.



Figura 12 – Unidade âncora do assentamento Tiradentes no período da inauguração

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora, 2012.

Não havia motivo aparente para a demora e o povo estava ansioso para ver funcionar tal conquista, como pode se constatar na questão sobre o Posto de Saúde extraída do questionário do Curso de Agentes Populares de Saúde:

Tabela 20 – Sugestões de mobilizações para pressionar a inauguração do Posto de Saúde do assentamento Tiradentes, 2011

POSTO DE SAÚDE: Sugestões de mobilizações	
Ocupação da prefeitura/ Ação em frente a prefeitura	12
Organizar a comunidade	5
Sem sugestão, mas participaria de qualquer mobilização pela saúde	5
Reunião com secretário de saúde ou prefeito ou governador do estado	3
Abaixo-assinado	2
Escolher um grupo que represente a comunidade para negociar	1

Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos questionários do Curso de Agentes Populares de Saúde do arquivo do setor de saúde do MST-PB

Ao serem perguntados se participariam de alguma ação para pressionar pela abertura do posto de saúde, somente uma pessoa disse que não “por não haver mais saúde para ir a

mobilizações”. Em dezembro de 2011, ocorreu o Encontro Estadual do MST no assentamento Tiradentes, com representantes de todo o estado da Paraíba, num total de cerca de 500 pessoas. O posto de saúde, apesar de pronto, continuava sem ser inaugurado. Por conta disso, a prefeitura não quis emprestar a chave para que a estrutura da UBS pudesse ser usada durante o Encontro. O Coletivo de Saúde da Brigada ocupou o posto e nele ofereceu cuidados de saúde aos participantes do encontro, através das plantas medicinais, massoterapia e assistência médica com médicos do movimento. (SILVA; MEDRADO, 2014).



Figura 13 – Foto reunião do coletivo de saúde no Encontro Estadual do MST Paraíba, em 2011.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora



Figura 14 – Plantas medicinais na ocupação do posto de saúde, no assentamento Tiradentes

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

O posto de saúde só foi finalmente inaugurado em 02 de março de 2012, ano das eleições municipais. Mesmo após a inauguração, a assistência à saúde prestada no assentamento pouco mudou. O posto do assentamento Tiradentes, nomeado de Antônio Silva do Nascimento, em homenagem a um dos assentados já falecido, continuou como unidade âncora da Equipe de Saúde Francisco Faustino. Foi pouco equipado, mantendo a concentração de recursos na unidade sede localizada na cidade. Além disso, não houve alteração no processo de trabalho da equipe, mantendo uma ida semanal do médico e da enfermeira para atendimento no assentamento. Os serviços ou programas de saúde oferecidos na unidade âncora, no campo, também eram mais limitados do que aqueles oferecidos na unidade sede, na cidade. A principal mudança foi a contratação de uma técnica de enfermagem 40h que passou a ficar alocada exclusivamente no assentamento. Maiores detalhes sobre o funcionamento atual do posto serão oferecidos no subitem 3.6 deste capítulo.

O coletivo de saúde continuava se reunindo mensalmente através do Curso de Agentes Populares de Saúde, estudando e debatendo, formulando propostas que pudessem melhorar a assistência à saúde aos assentados de Mari. “Desde o ano de 2011, estas comunidades [Zumbi e Tiradentes] reivindicam uma equipe de saúde da família exclusivamente do campo, com o

intuito que assim se contemple integralmente as peculiaridades de saúde desta população” (SILVA et al, 2014).

Entre os anos de 2011 e 2012, o MST de Mari deixou de apoiar a gestão municipal e realizou algumas ações na prefeitura, tendo a educação e a saúde como pauta. Aliás, a luta por políticas públicas de saúde para o assentamento Tiradentes, frente ao poder público municipal, sempre se deu associada à luta pela educação.

Aqui é engraçado porque a educação puxa a saúde, devido a discussão que a gente tem de educação do campo (...) porque quem estava lá na escola tinha a preocupação de trazer a questão da educação, da saúde, da produção. Qual entendimento que a gente tem? Quem tem produção, tem barriga cheia, quem tem barriga cheia, tem saúde, né? (assentada 1).

No ano de 2012 a secretaria de saúde foi pouco receptiva às demandas do movimento, evitando até mesmo reuniões de negociação. Nas eleições ocorridas neste ano, o então prefeito Antônio Gomes perdeu para um ex-prefeito, Marcos Aurélio Martins de Paiva (mandato 2013-2016), que voltava ao poder com o apoio do movimento e do vereador do MST na cidade, que novamente se reelegeu.

Esse prefeito tinha fama de sentar com o povo para negociar, por conta do primeiro mandato, quando ele participava das reuniões do assentamento. Mas as coisas agora estavam mudadas, como disse uma assentada “Agora ele não vem mais para dentro do assentamento, a reunião é lá na prefeitura”. Esta era uma gestão aparentemente mais permeável às demandas do movimento. As reuniões entre o coletivo de saúde e a secretaria de saúde voltaram a acontecer, na própria secretaria, a partir da demanda do movimento, sem seguir uma regularidade. O coletivo tentava pautar um novo modelo assistencial para a atenção primária, condizente com as necessidades da população rural, mas esbarrava nos limites da Política Nacional de Atenção Básica. Foi um período em que as ações de conflito do movimento frente a gestão municipal recrudesceram, o curso de Agentes Populares de Saúde acabou e a organicidade do setor de saúde enfraqueceu. O andamento da pauta da saúde ficou mais lento.

De outubro de 2013 a julho de 2014, uma nova parceria foi firmada com a UFPB. Os assentamentos de Mari tornaram-se campo de prática, de um estágio opcional intitulado Estágio de Saúde do Campo e Movimentos Sociais, do Programa de Residência de MFC da UFPB. Novamente a atenção básica tornava-se foco de debate do coletivo de saúde do assentamento Tiradentes. As reuniões com a gestão municipal tornaram-se mais frequentes, numa tentativa

de pensar formas de melhorar a assistência à saúde para o campo. Somava-se a isso, o anseio pela formação de profissionais de saúde capacitados para as necessidades da população do campo (SILVA et al, 2014).

Esta população [do campo] necessita de um serviço de qualidade, que lhe atenda de forma integral, de acordo com suas necessidades e que dialogue com sua cultura e modo de vida. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é até hoje a política pública que mais democratizou o acesso aos serviços de saúde para a zona rural. No entanto, ainda há uma série de limitações que necessitam ser superadas. Uma delas é a formação dos profissionais da atenção básica para atuação neste território. A maioria dos programas brasileiros de residência multiprofissional ou médica em Saúde da Família e Comunidade é centrada, quando não exclusiva, na zona urbana. Isto fortalece a visão hegemônica de que se pode repetir no campo as práticas realizadas na cidade, sem prejuízo da qualidade do serviço prestado (SILVA et al, 2014).

Numa das atividades do Estágio de Saúde do Campo e Movimentos Sociais com o Coletivo de Saúde foi questionado como elas gostariam que o posto funcionasse:

Bom médico pelo menos 3 vezes por semana, assim como enfermeira e dentista; Dispensa de medicamento no posto; Equipamentos odontológicos; Glicosímetro e outros insumos; Farmácia Viva; Recepcionista e Auxiliar de limpeza (atualmente a técnica de enfermagem acumula também estas funções); Acompanhamento dos acamados, idosos, crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos; Participação Popular com reunião comunitária; Intervenção sobre a saúde do trabalhador do campo; Atividades educativas; Massoterapia e outras práticas integrativas; Vacinação; Visita domiciliar regular (SILVA et al, 2014).



Figura 15 - Médica residente de MFC conduzindo oficina com coletivo de saúde do assentamento Tiradentes, em 2013

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora



Figura 16 - Médica residente de MFC e coletivo de saúde do assentamento Tiradentes

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

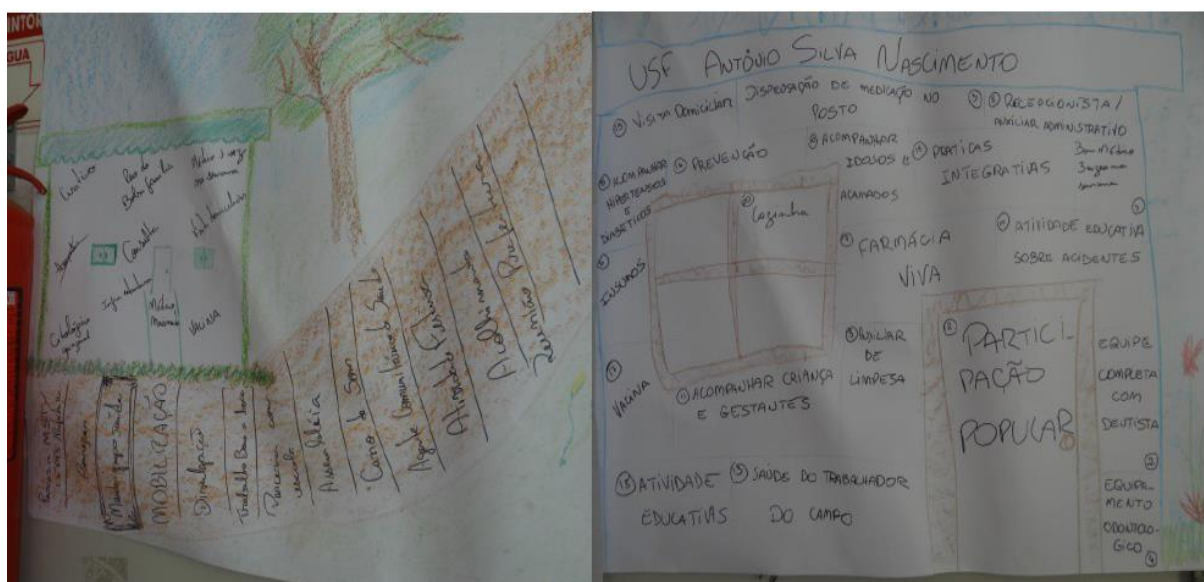


Figura 17 - Sistematização do funcionamento atual da ESF, dos desejos para o futuro e da proposta de caminho a ser percorrido pelo coletivo de saúde do assentamento Tiradentes, 2013.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

A formação política impulsionava a organização do coletivo e contribuía na formulação da pauta de reivindicação, que era negociada com a secretaria municipal nas reuniões. Por outro lado, o governo federal tomava algumas iniciativas de incentivo à atenção primária no país. Neste sentido, foi aprovada a Portaria Nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, que alterava a fórmula de cálculo do teto máximo das ESF:

Considerando que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2.000 pessoas por equipe;

Considerando que um grande número de Municípios, por questões territoriais, baixa densidade demográfica, áreas de populações rarefeitas ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por Equipe de Saúde da Família para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica, demandam um número maior de equipes de teto de financiamento, resolve:

Art. 1º Fica alterado o cálculo do teto máximo de Equipes de Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, o qual passará a ser obtido mediante a seguinte fórmula: $\text{População}/2.000$ (MS, 2013).

A partir desta nova portaria, o município de Mari poderia pleitear duas novas equipes de saúde da família. Decidiu-se que uma delas seria alocada na UBS situada no assentamento Tiradentes, que se tornaria a sede da equipe. Também se decidiu que esta seria uma equipe exclusivamente rural, cuja área de abrangência consistiria nos assentamentos Tiradentes e Zumbi, apesar de não consistirem num território contínuo, e na zona rural ao redor de Tiradentes até um total de cerca de 1800 pessoas.

Os motivos para esta decisão foram múltiplos, mas com certeza perpassaram pela história de luta pelo direito à saúde destas comunidades. Outra questão era a aliança entre o MST e a gestão municipal, inclusive com o fortalecimento na cidade do vereador assentado em Tiradentes. A essa conjuntura, somou-se uma questão objetiva fundamental: Havia uma estrutura de posto de saúde pronta, nova e ampla, o que dispensava demais gastos da prefeitura.

A gestão municipal realizou o processo de remapeamento da cidade, com a redistribuição dos ACS e enviou a solicitação das duas novas equipes para o Ministério da Saúde no segundo semestre de 2013, mas até abril de 2016 não havia resposta por parte do governo federal. Por isso, segundo a prefeitura, todo este processo está parado.

A comunidade tem uma versão um pouco diferente: alguns entrevistados disseram que houve uma visita de algum órgão público estadual ou federal à UBS de Tiradentes, em 2015.

Denunciam que falta o cumprimento de algumas exigências por parte do município:

Até o ano passado [2015] a gente sabia que até março [2016] ia ser um PSF aí, ia ser aquela proposta: O médico ia atender dois dias aqui e dois dias em Zumbi, que no dia que o médico não tivesse, o dentista ou enfermeira ficaria e vice-versa...bem bonitinho, aquela proposta nossa mesmo [do coletivo de saúde]. O pessoal da ANVISA teve aí, mais o pessoal da secretaria do estado e exigiram um banheiro para os médicos separado, um muro e o quartinho do lixo²¹... até hoje, está fazendo um ano... o que eu não consigo entender é se esses postos são padrão, como esqueceram o banheiro do médico e esse quartinho de lixo? Eu acho que usaram de má-fé porque era no sítio, pros Sem Terra... só pode ter sido, porque o mesmo posto que está construído aqui, construíram outro lá na cidade... eu acredito que o de lá da cidade não está com esse problema, pois é um PSF, está funcionando... (assentada 1).

Quando fizeram esse posto grande, o que o pessoal queria era que o médico viesse pelo menos duas vezes por semana... agora continua a mesma coisa de quando era um posto pequenininho... a diferença é que agora tem uma técnica que não pode trabalhar... (assentada 3).

4.3 A assistência à saúde no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba.

A sede da ESF Francisco Faustino fica situada no município de Mari. Em dezembro de 2014, segundo dados do SIAB, esta equipe possuía um total de 841 famílias cadastradas, distribuídas em 7 microáreas, sendo 4 urbanas e 3 rurais (equipe mista).

Equipes mistas são aquelas compostas por microáreas rurais e urbanas. Este tipo de organização é bem comum na estratégia de saúde da família das pequenas cidades, pois a territorialização realizada pelos municípios costuma priorizar a contiguidade entre as microáreas em detrimento da identificação entre os modos de vida e a cultura local. A sede das equipes mistas localiza-se na cidade e a zona rural compõe a periferia deste mapeamento. A assistência à saúde oferecida para todos acaba sendo majoritariamente urbana, tanto pela concentração dos recursos e serviços na sede, como pela organização do processo de trabalho da ESF que desconsidera as dificuldades de acesso da população do campo e os problemas de saúde peculiares ao trabalhador rural.

A ESF Francisco Faustino é composta pelos seguintes profissionais: 1 médico, 1 enfermeira, 1 odontóloga, 2 técnicas de enfermagem, 1 auxiliar de consultório dentário e 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Uma dessas técnicas de enfermagem fica alocada

²¹ Existem várias versões para esta visita. Segundo o funcionário da prefeitura, no início de 2015, houve uma auditoria do Ministério Público para todo o município, quando a gestão municipal teve que assinar um termo de ajuste e compromisso. Não foi uma ação específica no assentamento Tiradentes.

permanentemente em Tiradentes. Destes, somente os ACS são funcionários públicos municipais, admitidos através de concurso público. Todos os outros são contratados através de contratos, com vínculo precário.



Figura 18 - Mapa da ESF Francisco Faustino

Fonte: Pesquisa de campo, abril de 2016 (foto tirada do mapa da ESF)



Figura 19 – Sede da ESF Francisco Faustino na cidade de Mari-PB

Fonte: Pesquisa de campo, abril de 2016

Uma das consequências é a rotatividade dos profissionais, sendo que apenas a enfermeira trabalha há muitos anos nessa mesma equipe (desde 2008). Além disso, esses cargos ficam à mercê dos acordos políticos: a primeira técnica de enfermagem do assentamento Tiradentes contratada em 2012 foi substituída por outra, aliada ao grupo político do novo prefeito, em 2013, após as eleições municipais, apesar de aquela possuir uma boa avaliação da comunidade sobre o seu trabalho. As famílias nunca aprovaram o trabalho da segunda técnica e denunciavam que ela não tinha o registro do conselho de enfermagem. Nos dois momentos, a técnica de enfermagem era contratada como auxiliar de serviços gerais. Somente em 2015, a técnica de enfermagem foi contratada com a função correspondente, voltando ao cargo a primeira pessoa que o havia ocupado.

Como se pode ver por esse exemplo, há uma importante precarização dos vínculos dos trabalhadores da saúde da atenção básica no município de Mari. Eles não têm garantia dos direitos trabalhistas. No caso da técnica de enfermagem, ela disse não ter direito às férias anuais e a sua remuneração é de 1 salário mínimo para uma carga horária de 40 horas semanais.

Todos os profissionais da equipe são contratados para exercer sua função por 40 horas semanais, distribuídos de segunda a sexta, nos turnos da manhã e da tarde, conforme PNAB. No entanto, a médica só atende 3 dias, de terça a quinta-feira. Outro problema constatado em abril de 2016 é que a técnica de enfermagem do assentamento também só tem exercido sua função um dia por semana, quando há assistência médica na comunidade. As assentadas denunciaram que a técnica de enfermagem foi proibida de aferir pressão arterial e realizar curativo sem a supervisão da enfermeira. Desde então a técnica, que antes realizava visitas domiciliares e ficava disponível no posto, principalmente para desenvolver estas funções, passou a só trabalhar na quarta (dia em que a equipe está presente, inclusive a enfermeira).

A equipe reúne-se uma vez por mês na sede, na cidade. Estas reuniões de equipe servem majoritariamente para fechamento da produção e planejamento de alguma atividade do próximo mês, como palestras e busca ativa de pacientes. A enfermeira admitiu que uma vez ao mês é pouco. As ACS de Tiradentes participam desta reunião, mas a técnica de enfermagem disse que nunca foi convidada “a equipe não fica aqui, então eu fico muito só”. Sobre isso a ACS disse “A técnica é desmembrada. Jogaram ela aqui, ela não acompanha a equipe”.

A única unidade âncora da ESF Francisco Faustino é a situada no assentamento Tiradentes. As famílias da outra zona rural que é área adscrita dessa equipe precisam se deslocar até a sede na cidade para serem atendidas. Isto evidencia que a inserção num movimento social favorece na prática a conquista de alguns direitos em comparação com as famílias que não estão organizadas.

A unidade âncora Antônio Silva do Nascimento foi inaugurada em 02 de março de 2012. Possui uma estrutura física ampla: uma recepção, uma sala de espera, uma sala de curativo, uma sala de esterilização, uma sala de vacina, um consultório de enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala extra, uma farmácia, uma copa, dois banheiros e uma dispensa.



Figura 20 – Fachada da unidade âncora Antônio Silva do Nascimento no assentamento Tiradentes

Fonte: Pesquisa de campo, abril de 2016

Apesar disso, foi pouco equipada. Na recepção possui um armário onde são guardados os prontuários familiares, uma balança para adulto, uma mesa, algumas cadeiras e um bebedouro. Apenas os consultórios médico e de enfermagem foram equipados com maca, mesa e cadeira; sem outros equipamentos necessários para o atendimento.



Figura 21 – Recepção e sala de espera da unidade âncora Antônio Silva do Nascimento no assentamento Tiradentes
 Fonte: Pesquisa de campo, abril de 2016

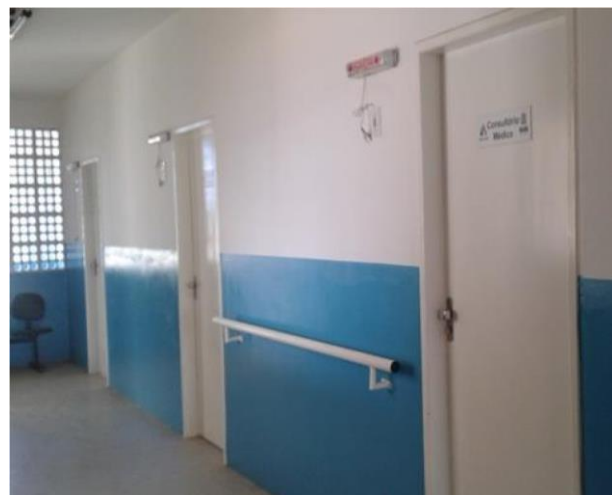


Figura 22 -Visão interna da unidade âncora Antônio Silva do Nascimento no assentamento Tiradentes
 Fonte: Pesquisa de campo, abril de 2016



Figura 23 – consultório médico
 Fonte: Pesquisa de campo, abril de 2016



Figura 24 – consultório de enfermagem
 Fonte: Pesquisa de campo, abril de 2016

Outra questão é a falta de manutenção. Houve apenas uma pintura do prédio no início do mandato em 2013. Alguns problemas estruturais começaram a surgir após 4 anos de inauguração, como é possível observar o vazamento num dos consultórios na foto abaixo:



Figura 25 – Pia do consultório da enfermagem

Fonte: Fonte: Pesquisa de campo, abril de 2016

Nessa unidade âncora, é ofertada assistência à saúde uma vez por semana, quarta-feira. Pela manhã, a técnica de enfermagem distribui 16 fichas, em ordem de chegada, para o atendimento médico que é feito à tarde.

Para a médica são 16 fichas, faz comigo pela manhã. Mas acaba atendendo vinte, vinte e pouco. Fazer as fichas eu só faço até 16, aí na hora que a médica está atendendo e as pessoas vão chegando, a gente fala com ela e ela vai mandando colocar. Faço na ordem de chegada até 16, o que passa eu mando voltar a tarde para falar com ela. Se chega alguém com febre de manhã, eu aconselho ir logo para Policlínica. Sempre ultrapassa das 16 fichas. Algumas vezes já aconteceu, quando a médica passa muito tempo sem faltar, sem acontecer um imprevista, que ela vem certinho, aí na hora de fazer a ficha fica sobrando umas 2 ou 3, mas até chegar meio dia vai completando e quando a médica chega está completo (TecEnf).

O atendimento está horrível, porque tem um limite para ser atendido, aí eles passam 15-20 dias sem vir, quando vem tem aquele monte de gente para ser atendido, aí o pessoal vem para fila 3-4 horas da manhã para pegar a ficha, uma loucura. A gente percebe que também não tem um bom atendimento, porque se passa 15 dias para vir, mas quando vem, atende com amor, a gente até esquece a doença quando chega no pé do médico (assentada 1).

Quando a gente vai lá quarta-feira é um furdução de gente querendo ser atendida e você sabe que eles só querem receita, receita, receita... (Enf).

A equipe não realiza acolhimento, nem estratificação de risco para a marcação de consulta. Não diferencia casos agudos, que precisam ser atendidos no mesmo dia, de casos para acompanhamento, que poderiam ser marcados livremente em qualquer momento. Na verdade, o paciente fica preso o dia inteiro para conseguir uma consulta médica, tendo que ir no turno da manhã (e às vezes de madrugada) para disputar uma ficha e voltar a tarde para esperar pelo atendimento, também por ordem de chegada (as consultas não têm hora marcada). A ACS relatou que uma vez um usuário de 80 anos, deficiente visual, chegou depois que as fichas tinham sido distribuídas e a técnica não garantiu seu atendimento. Ele acabou sendo atendido, mas por último.

Além da médica, a enfermeira também vai para o assentamento nas quartas à tarde. No entanto, sua ação é limitada: não atua no acolhimento à demanda espontânea, nem aos casos agudos e as ações programáticas só são realizadas no posto da cidade. Eventualmente, quando as ACS fazem busca ativa, realiza coleta de exame citopatológico do colo do útero nas assentadas.

A própria enfermeira faz uma avaliação negativa do trabalho da equipe no assentamento:

A gente vai, mas a gente fica muito dividido. O tempo não ajuda... Fica a desejar mesmo, não adianta dizer que a gente faz um negócio bem feito, completo, porque não faz, não tem como, a população é muito grande! (ENF).

Na quarta a tarde também é possível fazer a vacinação no próprio assentamento, pois as vacinas são levadas num isopor. Não há geladeira na unidade para conservação. As consultas odontológicas são realizadas exclusivamente na cidade, pois a sala no assentamento está vazia. Há um turno reservado por semana para os assentados de Tiradentes, sendo destinadas 8 vagas. O agendamento é realizado no assentamento pela técnica de enfermagem.

O pessoal não gosta muito de ir para essa dentista, aí às vezes sobra vaga. Os adultos não vão mesmo, quem vai mais são as crianças. Antes dela tinha uma que era excelente, aí era guerra pelas vagas! (TecEnf).

As ACS são assentadas em Tiradentes e estão nessa função há 16 anos. Realizam visita domiciliar, acompanham através da curva de crescimento o peso das crianças até os 2 anos, realizam o controle do peso das crianças que recebem o benefício do Bolsa Família, entregam a marcação de exames e especialistas aos pacientes. São integradas às reuniões e atividades realizadas pela equipe na cidade. Em abril de 2016, uma delas estava de licença médica por depressão/ *burn out*. O trabalho das ACS também não foi bem avaliado:

O povo fica doente e as ACS nem vem ver a gente... Esse tempo todinho que ele nasceu [neto de 7 meses] e tem só dois pesos no cartão (assentada 2).

A ACS só vem para assinar ficha... aqui tem duas, mas é como se não tivesse (usuária acam).

Foi citada apenas uma atividade de promoção da saúde que foi desenvolvida durante 3 meses pela educadora física do NASF, no ginásio do assentamento. Ela pegava carona no transporte que trazia a médica e a enfermeira nas quartas a tarde para o atendimento. Promovia atividades físicas com as assentadas. Essa ação foi muito elogiada, mas tinha deixado de acontecer no final de 2015, sem motivo aparente.

As ações programáticas são desenvolvidas majoritariamente na cidade. Quatro linhas de cuidado prioritárias foram investigadas: Pré-natal, saúde da criança, Hipertensão e visita domiciliar.

Quando uma mulher do assentamento desconfia que está grávida, ela precisa ir até o posto localizado na cidade. É lá que são realizadas todas as consultas de pré-natal. A recomendação atual do Ministério da Saúde é que as consultas sejam intercaladas entre enfermeira e médico, mas a ESF Francisco Faustino segue a recomendação antiga, cujas consultas mensais são com a enfermeira, havendo apenas duas consultas médicas durante a gestação. As sorologias são realizadas em João Pessoa e o resultado demora para chegar. A gestante entrevistada estava no final do terceiro trimestre e das 6 consultas no posto, apenas uma tinha sido com a médica. A vacinação estava correta. Dos exames, não tinha realizado os testes rápidos e nem a sorologia para toxoplasmose. Negou ter recebido orientações sobre o parto e a amamentação. Negou o acompanhamento pelo ACS.

Após o parto, a enfermeira realiza a visita puerperal para avaliação da puérpera. O peso e estatura da criança são acompanhados mensalmente pelo ACS até os dois anos, assim como a vacinação. A criança só é acompanhada pelos profissionais de nível superior se a mãe for em busca de atendimento, no assentamento ou na cidade, normalmente quando a criança está acometida por algum problema de saúde. A mãe de um bebê de 7 meses negou ter recebido orientação sobre amamentação e introdução alimentar. Também se queixou da falta de acompanhamento pela ACS.

Os pacientes hipertensos e diabéticos são atendidos majoritariamente no assentamento, pela médica. A enfermeira não faz consulta de hiperdia, nem realiza orientações de mudança do estilo de vida. Não foram relatadas ações de busca ativa de casos novos, nem de vigilância do acompanhamento aos pacientes diagnosticados. Os pacientes conseguem realizar os exames de rotina e pegar os remédios de uso contínuo.

Antes todo mundo tinha que vir verificar a pressão. Agora a secretaria mandou dar uma receita que vale 3 meses. Aí o que acontece: os hipertensos não querem verificar a pressão mais mensalmente, vão só de 3 em 3 meses e é mais para pegar a receita... os hipertensos ficaram sem procurar, só procuram a médica que dá a receita, mas a enfermeira que é para ver a pressão, ficou quase zero o acompanhamento (ACS).

A equipe só realiza Visita Domiciliar aos restritos ao leito e às puérperas. As visitas são realizadas também nos dias de quarta-feira, à tarde, então quando tem visita, não há atendimento no posto. Segundo a enfermeira, o assentamento possui 5 acamados. Segundo o ACS, a visita domiciliar só é realizada quando o paciente solicita. Mas segundo a cuidadora de uma usuária acamada, “A médica só vem quando ela está passando mal. Quando a gente pede assim para acompanhar, dizem que a médica tem outra coisa para fazer” e própria acamada falou “quando eu sinto alguma coisa, fico embolando na cama esperando passar”. O município disponibiliza transporte para levá-la à fisioterapia uma vez por semana em Mari.

Nenhum remédio é entregue na unidade do assentamento. Aliás, não há dispensação de medicação em nenhuma unidade básica de saúde do município. No início da atual gestão, eles centralizaram a entrega de medicamentos na secretaria de saúde. Em especial para a população do campo, essa decisão é um contrassenso: Melhora-se o acesso ao médico com a consulta no assentamento, mas o paciente precisa deslocar-se até a cidade para fazer o tratamento. Além disso, a falta de medicamentos tem sido constante, fazendo com que muitos optem por comprá-los. A regularidade na dispensação de medicamento do programa Hiperdia é garantido pelo

programa “Aqui tem farmácia popular”²², numa clara demonstração da prioridade dos governos, em especial na esfera federal, em financiar a rede privada em detrimento dos serviços públicos.

Os exames são marcados na secretaria de saúde pelo paciente. Exames séricos de rotina, sumário de urina, parasitológico de fezes, eletrocardiograma e ultrassonografia são realizados no próprio município e não foram relatadas dificuldades para sua execução. Já exames que precisam ser marcados em outras cidades, demoram muito. Após serem marcados, os ACS avisam ao paciente o dia e o local do procedimento.

Tem exame que é mais rápido, como de sangue, fezes e urina. Mas eu mesmo estou com um raio x há 3 anos esperando. Tudo que é para fora demora (assentada 3).

A marcação para especialistas e outros profissionais segue a mesma lógica: Os disponíveis no município são mais rápidos, mas quando precisa encaminhar para fora demora muito. A cidade de Mari tem um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por 2 fisioterapeutas, 2 psicólogos, 1 psiquiatra e 1 educador físico. Além disso, oferece consulta com cardiologista, pediatra, neurologista e ginecologista. Outros profissionais são referenciados para os municípios de Guarabira, Sapé, Santa Rita e João Pessoa. A marcação é feita pelo sistema de regulação na secretaria de saúde. Foi informado que o tempo de espera para uma cirurgia de catarata é de 2 anos.

Quando não tem aqui na cidade, marca pelo sistema para João Pessoa. Aí demora um ano... Meu filho precisou de ortopedista, tem 2 anos que está lá a requisição, eu fui ver onde estava esses dias e ainda tinha 127 pessoas na frente dele...(ACS).

[os especialistas] vem solicitado do PSF para a secretaria de saúde onde é marcado, após uma triagem. Tem demanda reprimida, porque são poucas vagas para o nosso município. Os especialistas mais difíceis são reumatologista e nefrologista (gestão).

Nos casos de urgência, todos disseram que a porta de entrada é a Policlínica localizada na cidade. O PSF não costuma acolher esses casos, nem mesmo inicialmente. A Policlínica não possui internamento e quando necessário, é preciso encaminhar para um hospital em outro

²² Em 2004, o governo federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil que inicialmente ofertava medicamentos sem custo ou a preços muito baixos através de uma rede pública de farmácias. Em 2006, foi lançado o programa “Aqui tem farmácia popular”, através de uma parceria com as redes privadas de farmácia.

município. Médicos clínicos trabalham em regime de plantão, mas em abril de 2016, havia vários dias sem atendimento médico.

Urgência tem que procurar a policlínica. Agora está sem médico, mas tinha médico a semana todinha de noite e de dia. Eu acho que está fazendo um mês que está faltando médico durante o dia, mas acho que ainda tem quinta, sexta, sábado, domingo e segunda. Urgência o PSF não atende, encaminha logo pra lá (ACS).

Quando é um caso grave que precisa pegar o paciente em casa, a policlínica manda a ambulância do município. Há também uma parceria com o SAMU de Sapé, que presta assistência em Mari quando há necessidade.

O SAMU de Sapé também vem! E eu digo que vem porque veio mais de 50 vezes para um paciente só... já conheciam ele, faziam massagem para não precisar levar ele toda vez... (assentada 3).

Há muita dificuldade para o internamento de pacientes. Este pode ser regulado na secretaria, mas devido a demora, os usuários preferem levar direto para o hospital de uma cidade maior.

Quando esse tipo de paciente chega na atenção básica é encaminhado direto para a policlínica. Lá tem um clínico geral que avalia melhor e dali ele encaminha ou regula de lá mesmo para algum hospital, em Santa Rita, João Pessoa, Sapé ou Guarabira. O pessoal faz muita demanda espontânea (gestão).

Se quiser passar por aqui, o ACS traz e agente faz o encaminhamento e manda direto para Sapé. Ou então o pessoal vai direto para policlínica, está tendo médico todo dia à noite e às vezes pelo dia (ENF).
A assistência aqui é bem complicada... aí fica nesse vai-e-vem e acaba morrendo dentro de casa mesmo. Minha mãe quando ficou doente, a gente ia na secretaria e não arrumava uma vaga para internar. Eles diziam “vai ter uma vaga daqui a uma semana...”, quem está precisando agora não dá para esperar para semana que vem. Fica assim, morre praticamente a mingua. A ESF faz um encaminhamento e fica pra lá, não se envolve... (ACS).

Durante a coleta de dados em abril de 2016, pude acompanhar o caso de um paciente com cirrose grave, que precisava de internamento para administração de uma medicação venosa prescrita pela hepatologista (acompanhamento particular). Dias se passaram sem que a família conseguisse resolver esta questão.

Observa-se que o princípio da integralidade não é garantido no município de Mari, para os usuários do SUS do campo e da cidade. Apesar da cobertura da atenção primária ser de 100%, há uma grande deficiência na rede de atenção secundária e uma inexistência de serviços terciários no município. Os pacientes têm uma grande dificuldade de acesso a esses níveis assistenciais. Além disso, no caso estudado, a equipe de atenção básica se desresponsabiliza desses pacientes, furtando-se da sua função de coordenação do cuidado.

Apesar da organização da comunidade, não há participação na única instância oficial de controle social na saúde do município: o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Este é composto por 10 titulares e 10 suplentes, sendo que o presidente não soube especificar a origem dos seus representantes (se obedece a paridade por um lado de usuários e por outro de prestadores de serviço, profissionais da saúde e gestão, conforme previsto pelo SUS). Segundo o presidente do conselho, “eu estou aqui para fazer o elo entre o governo e a sociedade civil”, evidenciando seu papel como mediador e não como um sujeito na luta pelo direito à saúde pública na cidade.

Sobre a Saúde do Campo, o presidente do CMS disse:

Fazemos o possível porque na cidade as casas são juntas, já na zona rural é um pouco distante, o que dificulta mais a locomoção das pessoas, por isso que tem as visitas domiciliares somente para os acamados ou mulheres quando ganharam recentemente criança ou alguém que tenha outro tipo de dificuldade... Mas dificuldade eu acho que todo município passa na zona rural e a gente vem tentando fazer na medida do possível para amenizar essa situação... (CMS).

Uma fala em defesa da gestão municipal, justificando a precariedade das políticas públicas de saúde para a população do campo. Longe, portanto, de se configurar como um munícipe que age e fala em nome da população (mesmo que de maneira vaga, sem especificar a saúde popular), suas intervenções indicam uma obediência aos escalões superiores no município e às prioridades que traçam, sem tencionar as carências e reivindicações sociais.

4.4 Práticas populares de cuidado e o poder público, no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba.

As práticas populares de cuidado são um componente fundamental da Saúde do Campo no Brasil. Constituem-se num conhecimento sobre a cura e a assistência à saúde construído ao longo de milhares de anos, a partir da relação dialética entre empirismo e observação, na

interação da humanidade com a natureza. Utiliza-se dos recursos naturais e muitas vezes se associa a expressões de espiritualidade. É um conhecimento transmitido oralmente ao longo das gerações, em especial dentro da própria família e majoritariamente desenvolvido por mulheres.

No campo, a principal prática popular de cuidado é o uso de plantas medicinais. Numa pesquisa realizada em 1999 nas áreas de reforma agrária do MST de todas as regiões do país, 70% dos assentados e acampados referiram que os remédios caseiros são uma alternativa a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde (UnB; MST, 2001). Além disso, a relação indissociável do camponês com a natureza no seu trabalho propicia que estes sujeitos sejam guardiões deste conhecimento.

As práticas populares de cuidado estiveram presentes desde o início da ocupação da fazenda Gendiroba e foram reforçadas pela ação do setor de saúde do MST.

Quando a gente chegou aqui e estávamos nas barracas, formamos um coletivo de plantas medicinais e fizemos uma horta lá perto da fazenda pra baixo, éramos 3 pessoas... mas era aquele aperreio ²³ e aí depois de um tempo, desprezaram a horta. Mas aqui eu sempre plantava, sempre levei esse trabalho a sério... Então eu comecei a ficar mais na rua com as irmãs [freiras], fazia comprimido para verme, eu levava as plantas que não tinha lá e fiquei muito tempo trabalhando com elas. Depois eu parei, fiquei somente vendo as pessoas que vinham e pediam para eu fazer um xarope, eu fazia; uma garrafada, a argila eu também fazia, fiquei assim por conta de mim mesmo, sem dono... (assentada 2).

Dentro da própria escola, tinha os primeiros socorros com tinturas que a gente fazia [o setor de saúde]. No assentamento Chico Mendes sempre foi muito forte a questão das plantas medicinais, então a gente trocava muito com eles (assentada 1).

Ao longo da história da comunidade, muitas parcerias sobre esse tema foram construídas com grupos externos, em especial oriundos da igreja católica e da universidade, que ajudaram na ampliação destas práticas populares.

Logo no início surgiram a Pastoral da Criança, os ACS e as freiras de Mari que sempre fizeram esse trabalho das plantas com dona Maria Magra. Nessa época tinha também um pessoal da Universidade de Fortaleza, a gente aprendeu muito com eles sobre as Farmácias Vivas (assentada 1).

Francisca sempre convidava a gente quando vinham as pessoas, fazia reunião lá na casa dela. Ela dizia: Ah, dona Maria essa pessoa aqui trabalha na Universidade e quer

²³ *Aperreio* é um termo usado na Paraíba que significa dificuldade, agonia.

saber do seu trabalho. Eu sempre sentava com eles, quem sabe desenvolver um trabalho... (assentada 2).

Em muitas situações, essas práticas contribuíram de forma eficaz para a melhoria da saúde individual e coletiva, a revelia das políticas públicas de saúde, precárias e incompletas. O caso da resolução da desnutrição infantil através da contribuição da Comissão Pastoral da Criança, no início do acampamento, é um exemplo emblemático.

[A ação da Pastoral da Criança] começou no tempo do acampamento. O padre viu a necessidade das crianças, que eram muito *buchudas*²⁴ e desnutridas, ele viu a necessidade de fazer um sopão aqui. A gente cozinhava um caldeirão de 50 litros na escola e subia uma ladeira enorme... e não era só criança não, todo mundo queria...no acampamento era muita necessidade, não dava para todo mundo... a gente chorava de desgosto. Uma vez eu fui pesar uma criança, tão desnutrida, aí começamos a dar multimistura, a menina ficou boinha, os cabelos afinaram que eram grossos, a pele antes estava cheia de mancha. O acompanhamento da Pastoral era a coisa mais linda, a gente fazia visita, pesava e perguntava do desenvolvimento da criança de pequenininho até 6 anos... a pastoral salva vidas! (assentada 3).

No diagnóstico de saúde realizado com as famílias do assentamento Tiradentes em 2011, dentro do Curso de Agentes Populares de Saúde, foi unanimidade a importância e uso das plantas medicinais. Muitos relataram que era bom para a saúde de toda a família e combatia muitas doenças. A seguir destacam-se algumas respostas: “É importante porque alivia as dores e pode ser feito em casa”; “É melhor do que remédio de farmácia”; “O chá que tomo me serve, de repente fico boa”.

As plantas medicinais citadas pelo uso nas famílias entrevistadas foram: hortelã grosso e miúdo, colônia, erva-cidreira, cana do brejo, cajueiro roxo, capim santo, mastruz, saião, alecrim, boldo, coentro maranhão, canela, arruda, flor de sabugueiro, babosa, romã, malva rosa, feijão gandu, camomila²⁵. Os principais problemas de saúde aos quais se recorria às plantas medicinais foram: tosse, gripe, anemia, pedra dos rins (nefrolitíase), dor de barriga, dor de cabeça, dor de coluna, dor de ouvido, má digestão, pressão alta (HAS), “barriga empachada”, febre, diarreia, vômito, inflamação, constipação, para evitar AVC, para problemas no sangue e no coração e como antibiótico e calmante.

²⁴ *Buchuda* é um termo usado no Nordeste para designar quem tem “barriga grande”, neste caso, causado pela infestação por parasitoses. As grávidas também são carinhosamente chamadas de buchudas.

²⁵ O nome popular das plantas medicinais varia muito nas diversas regiões do país.

No Curso de Agentes Populares de Saúde, as Plantas Medicinais foi o tema mais votado pelas educandas para compor o seu conteúdo programático. Entre as educandas, duas eram profundas conhecedoras das plantas medicinais e desempenhavam a função de cuidadoras populares nos seus assentamentos, sendo que uma delas morava em Tiradentes. Ambas estavam ansiosas para repassar o conhecimento acumulado ao longo dos anos e sentiam a ameaça de vê-lo extinto, por falta de aprendizes (SILVA; MEDRADO, 2014).

Este eixo temático [das Plantas Medicinais] esteve presente desde o terceiro tempo-escola e acompanhou o curso longitudinalmente. Com base nos principais problemas de saúde referidos pelas famílias, escolhemos algumas doenças para serem debatidas na roda, onde educandos e educadores conversaram sobre os seus entendimentos do que consistia aquela doença e os cuidados necessários. Geralmente, os cuidados envolviam o uso de plantas medicinais que, após serem citadas na roda de diálogo, eram apresentadas ao grupo para se conhecer suas características (sua cor, cheiro, textura e formato). Quando era necessário transformar a planta *in natura* em medicamento fabricado, fazíamos oficinas coletivas para socializar este conhecimento. Assim, partindo da discussão de pediculose e escabiose, aprendemos a fazer tintura (cujo correspondente popular mais semelhante é a garrafada) e sabonete líquido; da saúde da mulher, sabonete de aroeira; da febre e tosse em criança, o lambedor; da dor nos ossos, a pomada, o alongamento e as massagens. A inserção da massagem no curso foi resultado do desejo do coletivo no sentido de ampliar sua capacitação para outros possíveis recursos de cuidado comunitário (SILVA; MEDRADO, 2014, p.4)



Figura 26 - Atividade de produção de xarope do Curso de Agentes Populares de Saúde, 2012

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora



Figura 27 - Medicamentos naturais produzidos pelo Grupo de Mulheres da Medicina Alternativa para o Encontro Estadual do MST 2013.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Quando da finalização do curso em 2012 havia um coletivo de mulheres em Tiradentes, que se autodenominou “Grupo de Mulheres da Medicina Alternativa” e era composto inicialmente por 8 mulheres. O objetivo do grupo era continuar fabricando os medicamentos fitoterápicos. Para isso, elas passaram a se reunir semanalmente e ocuparam uma das salas ociosas da Unidade Básica de Saúde existente no assentamento. Os principais produtos eram o sabonete de aroeira e caju-roxo, os xaropes e as garrafadas; que passaram a ser amplamente utilizados na comunidade, entre os familiares e conhecidos e até mesmo na cidade. Em 2012, foram encomendados 300 sabonetes para um Seminário da Mulher realizado na cidade vizinha, Sapé (SILVA; MEDRADO, 2014). A técnica de enfermagem contratada no período e uma ACS faziam parte do grupo e a pomada de barbatimão era usada nos curativos realizados no posto, com excelente resultado.



Figura 28 - Grupo de Mulheres da Medicina Alternativa numa sala da unidade âncora Antônio Silva do Nascimento, no assentamento Tiradentes Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Com a mudança de gestão municipal em 2013, a coordenadora da atenção básica em visita às unidades básicas de saúde no início do novo mandato, solicitou que o grupo de mulheres se retirasse da sala ocupada por elas no posto de saúde (SILVA et al, 2015). Esta ação pautou-se numa perspectiva de gestão higienista e de falta de diálogo com o povo na construção das políticas públicas.

Da outra vez que eu trabalhava no posto, foram lá em casa pegar a chave, eu estava viajando e aí encontraram algumas coisas de material da fabricação desses medicamentos e foi um peso danado, principalmente para cima de mim. Aí fizeram um auê, bagunçaram tudo lá, tiraram foto, danou-se (TecEnf).

Como evidenciado por Poulantzas (1981), os escalões intermediários do Estado têm uma origem na pequena burguesia. Acreditam que o Estado deve estar acima dos interesses particulares. No caso brasileiro, a isso se acrescenta o profundo desprezo pelos setores populares, ao lado de forte subserviência desses escalões intermediários aos setores dominantes. Por isso, costumam não ver com bons olhos as ações dos movimentos sociais nos aparelhos estatais, mesmo nos seus territórios.

Infelizmente, a maioria dos governos ainda considera que as instituições públicas não pertencem ao povo. Nós defendemos que uma Saúde do Campo só será possível se construída numa parceria horizontal entre gestores, trabalhadores da saúde e população. Para isto, as práticas populares de cuidado, tão presentes entre o campesinato, devem ser fortalecidas e integradas aos serviços de saúde oficiais, em especial, no nível da atenção primária (SILVA et al, 2014, p.8).

Sentindo-se desrespeitadas, as mulheres se retiraram do posto de saúde e seguiram fazendo seus produtos irregularmente, na casa de uma e de outra. Foi somente a partir de nova parceria com a Universidade, através do Estágio em Saúde do Campo e Movimentos Sociais, no segundo semestre de 2013, que o diálogo sobre esta questão foi retomado. Nas reuniões entre a universidade, gestão municipal e coletivo de saúde, a secretária de saúde disse não ter conhecimento do acontecido e mostrou-se interessada em apoiar o grupo.

Algumas reuniões com a Vigilância Sanitária e a Coordenação da Atenção Básica do município de Mari foram realizadas a fim de definir os parâmetros adequados para que o grupo de mulheres da medicina alternativa pudesse desenvolver suas atividades numa das salas ociosas do posto do assentamento Tiradentes.

A Vigilância Sanitária mostrou-se simpática a experiência, em especial ao notar o empenho da Universidade nesta atividade. No entanto, ficou evidente que a Vigilância Sanitária municipal não conhecia as regras para a produção de fitoterápicos. Eles se colocaram a disposição para pesquisar quais as prerrogativas legais para este funcionamento, vendo com as instâncias regionais e estaduais da vigilância sanitária. Também se dispuseram a fazer uma visita durante um dia de produção para orientar quais os erros que estavam sendo cometidos. As mulheres ficaram de listar os produtos fabricados, a matéria-prima e os insumos utilizados. A Vigilância Sanitária colocou-se como parceira para viabilizar o crescimento do grupo e a efetivação da Farmácia Viva²⁶ no município. Segundo Silva et al (2014, p.8) “A intermediação da Universidade neste conflito foi fundamental para sua resolução em abril de 2014”.

As mulheres voltaram a produzir no posto de saúde, numa das salas que continuavam ociosas. Neste período, o grupo já tinha diminuído para 5 mulheres. Mas infelizmente, a

²⁶ O projeto Farmácia Viva foi criado pelo professor da Universidade Federal do Ceará, Francisco José de Abreu Matos, em 1983. Tem como “objetivo a produção e a utilização de produtos com fins terapêuticos oriundos da flora medicinal da região, para que seja possível a substituição do uso empírico tradicional pelo emprego correto, científico e racional de plantas validadas como medicinais” (FARMÁCIA VIVA CEARÁ, 2016). Inicialmente o MST utilizou-se do termo Farmácias Vivas para designar as atividades do setor de saúde em relação às plantas e hortas medicinais e a produção de medicamentos naturais nas áreas de reforma agrária. Com o tempo, o Coletivo Nacional de Saúde do MST optou por chamar sua proposta de Farmácias Verdes.

resolução desse impasse foi temporária. Em abril de 2016, a pesquisadora soube que o grupo novamente tinha saído do posto. Uma técnica de enfermagem imprimia tantas restrições e condições ao trabalho delas, que as mulheres optaram por se retirar.

Aliás, durante todo o período em que as mulheres ocuparam uma das salas do posto, os profissionais graduados da Equipe de Saúde da Família nunca tentaram uma integração entre o cuidado oficial e as práticas populares.

[As Plantas Medicinais, o trabalho do grupo de mulheres e a ESF] é visto com bons olhos. Tem pessoas da equipe que até já procuraram a pomada, era bem procurada a pomada de barbatimão. Mas de indicar para paciente, nunca indicou não (ACS).

A equipe do PSF não se envolvia, sabia que tinha, mas nunca se envolveu. Também nunca pediram para colocar para fora (TecEnf).

O grupo de mulheres de medicina alternativa do assentamento Tiradentes continua produzindo, mas sem uma sede própria e sem qualquer apoio da gestão municipal. A ESF ignora o trabalho desenvolvido por elas dentro da comunidade. Apesar disso, a demanda por seus produtos é contínua. Construíram rótulo e logotipo próprios para os seus medicamentos naturais.



Figura 29 – Xarope do Grupo de Mulheres da Medicina Alternativa

Fonte: Pesquisa de campo, abril de 2016

Sobre este processo, uma das lideranças desabafou:

As meninas tinham aquele trabalhozinho lá no posto né... era tão bom... às vezes aparecia um menino doente, tinha xarope, tinha isso, tinha aquilo. E era uma divulgação do trabalho delas... Depois proibiram. Tudo bem, se ali não dá certo, se pode ter um problema com a justiça... a gente sabe que ali não era um canto adequado, que podia ter algum problema para o município...Então, por que não deu condição das meninas fazerem em outro lugar? (assentada 1).

Enquanto as mulheres resistem, os principais desafios dessa experiência seguem sendo:

A sua articulação com as equipes de saúde de família locais, contribuindo para a construção de um SUS popular e integral. Apesar de, em Tiradentes, a farmácia viva estar funcionando dentro da USF [na época em que o artigo foi escrito, hoje não mais], os profissionais de nível superior continuam afastados desta experiência, mantendo sua prática assistencial focada nos medicamentos alopáticos e industrializados. Além disso, o maior sonho (e o que parece mais difícil) é a institucionalização destas farmácias vivas, com aquisição de financiamento público através da Política de Práticas Integrativas e Complementares. Dessa forma, os medicamentos naturais poderiam ser oferecidos, sem serem cobrados, a quem tivesse indicação de usá-los. A proposta de Farmácia Viva, tendo por base a organização comunitária, contrapõe-se a ocupação do mercado de fitoterápicos pelas grandes indústrias farmacêuticas. No entanto, este ainda é um caminho bastante longo, técnico e burocrático, o que acaba por dificultar o acesso das organizações comunitárias a esta política pública (SILVA; MEDRADO, 2014, p. 6).

Neste sentido, a aprovação da RDC n 49, em outubro de 2013, na ANVISA, é uma esperança para experiências como esta, pois prevê uma mudança de paradigma na atuação das vigilâncias sanitárias, no que diz respeito a “regularização sanitária do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário”. Esta normativa pretende facilitar e incentivar a regularização sanitária, através da simplificação e padronização de procedimentos para os empreendimentos desta parcela da população. A RDC equivale a uma lei que deve ser seguida por estados e municípios. Desta forma, a ANVISA, para além da atuação de fiscalização, passa a desenvolver um papel importante de orientação e incentivo de empreendimentos populares (SCHOTTZ, 2014).

A Saúde do Campo só será possível se construída numa parceria horizontal entre gestores, trabalhadores da saúde e do campo. Para isto, as práticas populares de cuidado, tão presentes entre o campesinato, devem ser fortalecidas e integradas aos serviços de saúde oficiais, em especial, no nível da atenção primária.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O MST almeja a construção de uma nova sociedade, que se inicia quando o ser social sem-terra toma a direção de sua vida e ocupa uma propriedade privada (CALDART, 2000). A terra é o meio de produção básico do trabalhador rural, mas o modelo agrícola brasileiro pauta-se na expropriação dos camponeses e no fortalecimento de grandes extensões de terra monocultoras para exportação. O Brasil segue sem fazer a tão sonhada Reforma Agrária. Como observado nesta pesquisa, o acesso a terra contribui para que a família camponesa consiga produzir o suficiente pelo menos para a sua própria subsistência, resolvendo a questão da fome entre os assentados e conseqüentemente da desnutrição infantil.

Progressivamente, os sujeitos que compunham o MST perceberam que só conquistar a terra era pouco para promover qualidade de vida. Era preciso construir novas relações dentro das famílias e entre as pessoas (relações sociais), de produção (relações econômicas) e de poder (relações políticas).

Nesse sentido, a organização interna do MST reflete uma tentativa de produção da vida de forma mais igualitária. Ainda no acampamento, devem ser formados núcleos a cada 10 famílias, sendo este o espaço onde os debates e tomadas de decisão são levados até a base. A intencionalidade é que todas as famílias Sem Terra façam parte da organização, de forma a estimular nos indivíduos a participação nas decisões sobre sua vida, na sua comunidade, no seu país e a até mesmo nos rumos de toda a humanidade.

De cada Núcleo de Família deve sair uma mulher e um homem para compor cada setor do MST na comunidade. Os setores são responsáveis por organizar e prover, para a comunidade e/ou o movimento social, determinadas condições consideradas como fundamentais para uma boa qualidade de vida. Há os setores de saúde, de educação, de produção, de comunicação, de cultura, de gênero, de juventude, de formação e de frente de massas. A organização dos setores pressupõe que aquele coletivo tome para a si a responsabilidade sobre aquele tema, em nível local, estadual ou nacional.

Na prática, o movimento enfrenta muitas dificuldades na concretização completa da sua organicidade. A Saúde, apesar de ser uma demanda frequente nas comunidades, não está entre os setores priorizados pelo conjunto da organização. Muitos fatores parecem contribuir para isto: O primeiro deles é o caráter de luta pela terra que guia as ações do MST, um movimento

social corporativo e restrito aos trabalhadores rurais sem-terra. Outra questão é que as barreiras de acesso às políticas públicas de saúde para a população do campo tornam este tema pouco compreensível e tangível no horizonte de embates e reivindicações frente ao poder público. A hegemonia da proposta biomédica para o cuidado das pessoas em geral torna difícil a apropriação deste conhecimento elitista pela classe trabalhadora. Por fim, o SUS, apesar de prever constitucionalmente a participação popular, tem efetivado as instâncias de controle social mais como espaços institucionais do que para gestão democrática das políticas públicas.

Carneiro; Búrigo; Dias (2012, p. 695) defendem que há uma proposta de Saúde do Campo em construção. Segundo estes autores

Esse projeto está representado não só pelo aumento do número de pesquisas sobre a saúde das populações do campo, tanto de denúncia de impactos do modelo de produção agrícola dominante quanto das alternativas em construção, mas também em cursos protagonizados de forma autônoma pelos trabalhadores rurais organizados, conjuntamente com trabalhadores e instituições públicas de saúde.

Para a pesquisadora, a Saúde do Campo significa mais do que isso. Compreende as condições de vida e saúde da classe trabalhadora que resiste no campo e que, portanto, mantém seu modo de produção e reprodução da vida vinculados a este lugar. O estado de saúde dos camponeses reflete a forma como eles vivem, trabalham, relacionam-se com os outros homens e mulheres e com a natureza. É determinado historicamente, refletindo sua condição de periferia do sistema capitalista. A Revolução Verde trouxe novos desafios para este contexto, com a intensificação da expropriação e exploração do campesinato e da degradação do meio ambiente em escala global. A mudança na forma de produzir no campo, com especial destaque para a introdução dos agrotóxicos, inaugurou uma época de ataque letal e silencioso à saúde do trabalhador rural, como jamais visto antes. Neste sentido, a questão socio-ambiental tem papel fundamental na determinação da saúde dos trabalhadores rurais, mas também da cidade.

Ao conquistar a terra através de um movimento social, como o MST, os novos Sem Terra herdam um acúmulo de experiências e conhecimentos construídos pela classe trabalhadora rural em luta. Atualmente, o MST tem se debruçado na mudança do modelo agrícola adotado nas suas áreas, a fim de evitar o uso dos insumos introduzidos pela Revolução Verde no processo de trabalho do campo. Tem investido na construção de novas matrizes tecnológicas de produção, pautadas na agroecologia, que representam condições de trabalho mais saudáveis para os camponeses, assim como a produção de alimentos mais saudáveis para a cidade.

Também pudemos observar esta realidade no assentamento Tiradentes, onde a escola teve um papel fundamental na mudança de consciência entre as gerações: A juventude formada pela educação do campo conhece os malefícios do pacote tecnológico da Revolução Verde e defende a agroecologia.

A Saúde do Campo também significa a forma como este povo se organizou historicamente para lidar com suas questões de saúde. As práticas populares de cuidado, em especial o uso das plantas medicinais, são uma constante no cotidiano da população rural brasileira. Consistem num conhecimento milenar construído a partir da relação da humanidade com a natureza, em busca da cura de doenças. Esse saber tradicional deveria ser resgatado, sistematizado, validado e reproduzido amplamente. Além disso, é importante incorporar a noção de cuidado das práticas populares, que se pauta no respeito e no amor ao próximo e na plena socialização do conhecimento tecido pela humanidade.

Dessa forma, é necessário enfrentar a racionalidade biomédica de assistência à saúde, baseada na medicalização do corpo e na transformação da saúde em mercadoria. É preciso realizar uma revisão crítica do conhecimento científico produzido na área da saúde, a fim de se identificar os pontos que servem ao projeto da classe trabalhadora.

A Saúde do Campo também é composta pelas políticas públicas de saúde para a população do campo. Para tornar-se uma saúde *do* campo e não só *no* ou *para* o campo, é preciso que estas políticas sejam fruto de um verdadeiro protagonismo do campesinato organizado e em luta. Somente dessa forma, será possível imprimir nelas as necessidades e sabedorias particulares desse povo. À semelhança do percurso traçado pela Educação do Campo, é preciso sistematizar as experiências de saúde elaboradas e/ou implementadas pelas comunidades rurais. É de baixo para cima que este processo deve se dar, sob o risco de se construir mais uma política pública que não sairá do papel. Portanto, a Saúde do Campo só se desenvolve quando há uma intensa participação popular que a sustente e reivindique.

Por outro lado, parece que políticas públicas segmentadas não têm contribuído para superar a crise da saúde pública brasileira. Portanto faz-se necessário um reasenso da luta pela saúde pelo conjunto da classe trabalhadora no país, para efetivamente construirmos um SUS universal, integral e democrático.

Outra questão fundamental é que a saúde dos trabalhadores urbanos está estreitamente entrelaçada pela saúde do campo, pois o modelo agrícola dominante e seus impactos

socioambientais compõem as determinações de saúde da classe trabalhadora do campo e da cidade. Por isso, a semelhança da Educação do Campo, a luta pela saúde precisa ser organizada pelo conjunto da classe trabalhadora.

Ao conquistar a terra, o movimento se responsabiliza, junto com os novos lutadores do povo, pela construção de territórios livres, com base em novas sociabilidades. Além do acesso à terra, políticas públicas de educação, saúde, cultura, moradia e outras são fundamentais nesse caminho. Por isso, realizar a luta dentro e fora do aparelho estatal é condição determinante para que a classe trabalhadora siga na busca por transformar radicalmente a sociedade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE COOPERAÇÃO AGRÍCOLA (ANCA); CETEC/UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB). **Pesquisa popular participativa: Condições de vida e saúde populações de assentamentos de reforma agrária.** São Paulo: ANCA, 2005.

ANDERSON, M.I.P.; RODRIGUES, R.D. **Integralidade e complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: Aspectos teóricos.** In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C (orgs). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.60-70.

BANDEIRA, M.L.; MIELE, N.; GODOY SILVEIRA, R.M (orgs). **Eu marcharei na tua luta! A vida de Elizabeth Teixeira.** Campina Grande: eduepb, 2012.

BARRADAS, R.. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** RJ: Fiocruz, 2009.

BASTOS. E.R. **As Ligas Camponesas.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1984.

BATISTELLA, C. **Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica.** In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (orgs). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a, p.25-50.

BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde.** In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (orgs). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b, p. 51-86.

BEHRING, E.R. **Fundamentos de Política Social.** In: MOTA, A.E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al (orgs.) Serviço Social e Saúde. SP: Ed. Cortez, 2006

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde do Brasil. In: MOTA, A.E.; BRAVO, M.I.S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (orgs). **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez Editora, 2006, 88-110.

BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. **A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões**. In: BRAVO, M.I.S.; D'ACRI, V.; MARTINS, J.B (orgs). **Movimentos sociais e trabalho**. RJ: ENSP Sergio Arouca/ FIOCRUZ, 2010.

BREILH, J. **Uma Perspectiva Emancipadora da Pesquisa e da Ação Baseadas na Determinação Social da Saúde. Cidade do México: Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 2008**. Disponível em: <<http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>>. Acesso em: fev. de 2016.

BREILH, J. **Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud**. In: NOGUEIRA, R.P (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

BURIGO, A.C. **Politecnia e Pedagogia do MST – a construção coletiva de um currículo de Saúde ambiental para a população do campo**. 2010, 156f. Dissertação (Mestrado de Educação Profissional em Saúde) –Programa de Pós-graduação de Educação Profissional em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

CALDART, R. **Educação do Campo**. In: CALDART, R. S.; PEREIRA, I.B.; ALENTEJANO, P. & FRIGOTTO, G. (orgs). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro: Expressão Popular, 2012, p. 257-264.

CAPONI, S. **Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud**. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 287-307, jul-out, 1997.

CARNEIRO, F.F. **A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias-frias” em Unai, Minas Gerais.** 2005, 143f. Tese (Doutorado em Ciência Animal) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CARNEIRO, F.F.; BÚRIGO, A.C.; DIAS, A.P. **Saúde do Campo.** In: CALDART, R.S.; PEREIRA, I.B.; ALENTEJANO, P. & FRIGOTTO, G. (orgs). Dicionário da Educação do Campo. Rio de Janeiro: Expressão Popular, 2012, p.691-696.

COELHO, N. **A tragédia de Mari.** João Pessoa: Idéia, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, n.8, 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

COSTA, L.M. **A construção do Projeto Político-Pedagógico da escola municipal Tiradentes/ Mari-PB: Desafios e possibilidades para a educação do campo.** 2010, 109f. Dissertação (Mestrado de Educação) – Programa de Pós-graduação de Educação da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

CUNHA, J.G. **Análise do processo de formação e produção do assentamento Zumbi dos Palmares, Mari-PB.** Trabalho de conclusão de curso (graduação em geografia). Guarabira: UEPB, 2011.

DA ROS, M.A. **A ideologia nos cursos de medicina.** In: MARINS, J.J.N., REGO, S., LAMPERT, J.B., ARAÚJO, J.G.C. (Orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 224-244.

DA ROS, M.A. **Saúde e desenvolvimento.** In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE COOPERAÇÃO AGRÍCOLA (ANCA); CETEC/ UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Pesquisa Popular Participativa: Condições de vida e saúde populações de assentamentos de reforma agrária. São Paulo: ANCA, 2005, p. 21-38.

DELGADO, G.C. **expansão e modernização do setor agropecuário no pós-guerra: um estudo da reflexão agrária.** Estudos Avançados, São Paulo, v. 15, n 43, p. 157-172, set-dez, 2001.

Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, 1º, 2015, Brasília. **Manifesto de Saúde das populações do campo, floresta e águas: Cuidar, promover, preservar: a saúde se conquista com luta popular!** Disponível em <http://issuu.com/comunicacaompa/docs/manifesto_de_sa_de_das_popula___e>. Acesso em dez. de 2015.

ENGELS, F. **A situação da trabalhadora em Inglaterra.** Tradução Analia C. Torres. Porto: Afrontamento, 1975.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do império ao desenvolvimento populista.** In: GIOVANELLA, L.; et al (orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FARMÁCIA VIVA CEARÁ. **Farmácia Viva – Centro Fitoterápico de Viçosa do Ceará.** Disponível em <<http://farmaciavivaceara.blogspot.com.br/2010/08/entrevista-professorabreumatos.html>>. Acesso em agosto de 2016.

FOSTER DULLES, J.W. **Anarquistas e Comunistas no Brasil.** Tradução César Parreiras Horta. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1977.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital.** In: Microfísica do poder. 4ed. RJ: Graal, 1972a, p.99-112.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Medicina Social.** In: Microfísica do poder. 4ed.RJ: Graal, 1972b, p. 79-98.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GOULART, F.A.A. **Experiências em Saúde da Família: Cada caso é um caso?** 2002. 387 fls. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, – Rio de Janeiro.

HAM, A.M.V.; CALADO, A.J.;SEZYSHTA,A.S.; GIACOMELLI,G.; IENO,G.M.L. (orgs.). **Memórias do povo: João Pedro Teixeira e as Ligas Camponesas na Paraíba – Deixemos o povo falar.** João Pessoa: Ideia, 2006

KOLLING, E.J.; CERIOLI,P.R; CALDART, R.S (org). **Educação do campo: identidade e políticas públicas.** Brasília: Articulação Nacional por uma Educação do Campo, 2002.

LAURELL, A.C. **La salud-enfermedad como proceso social.** Tradução de E. D. Nunes. México: Revista Latinoamericana de Salud, 1982, p. 7-25.

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw- Hill, 1976.

MARTINS, L. et al. **Contos de um palmares renascido.** Filme. 2012. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=nrlo2lAQizM> acesso em 20 de janeiro de 2015.

MEDEIROS, L.S. **A questão fundiária no Brasil contemporâneo e as dificuldades da luta por reforma agrária.** Paris: Seminário Franco Brasileiro, 2013.

MENDONÇA, S.R.; FONTES, V.M. **História do Brasil recente 1964-1992.** 3ª ed. São Paulo: Ática, 1994.

MORISSAWA, M. **A história da luta pela terra e o MST.** São Paulo: Expressão Popular, 2001.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST). **Manifesto das Educadoras e Educadores da Reforma Agrária.** Disponível em <http://www.mst.org.br/2015/10/01/educadores-da-reforma-agraria-lancam-manifesto->

_____ pela <http://www.mst.org.br/2015/10/01/educadores-da-reforma-agraria-lancam-manifesto-pela-educacao-durante-o-2-enera.html>. Acesso em 25 de fev. 2016

_____. **Encontro em Luziânia debate os desafios da saúde do campo.** Disponível em <http://www.mst.org.br/2015/06/26/encontro-em-luiziania-debate-os-desafiosda-saude-do-campo.html>. Acesso em 01 de setembro de 2015a.

_____. **Em evento paralelo à 15ª CNS, movimentos sociais debatem saúde das populações do campo, floresta e águas.** Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=996> >. Acesso em 12 de dezembro de 2015b.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST). **Setor de Educação. II Encontro Nacional de Educadores e Educadoras da Reforma Agrária – II ENERA.** São Paulo: Boletim da Educação n.12, 2014.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST). **Setor de Formação. Programa de Reforma Agrária.** São Paulo: Caderno de Formação n. 23,1995.

_____. **O funcionamento das Brigadas.** São Paulo: Caderno de formação, 2005a.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST). **Coletivo Nacional de Saúde. Lutar por saúde é lutar por vida.** São Paulo: Caderno de Saúde n. 1, 1999a.

_____. **Programa Terra e Saúde: Das plantas construindo uma nova vida.** São Paulo: Caderno de Saúde n. 2, 1999b.

_____. **Cultivo de plantas medicinais.** São Paulo: Caderno de Saúde n. 4, 2000a.

_____. **Construindo o conceito de saúde do MST.** Caderno de Saúde n. 5, 2000b.

_____. **Relato das experiências em saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST.** Brasília: MST, 2005b.

_____. **Jornal Saúde em Movimento.** Brasília: MST, 2009.

_____. Boletim informativo. [S.l]: MST, 2007.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST). **A Reforma Agrária que precisamos – Vamos debater nos núcleos de base.** São Paulo, Secretaria Nacional, 2003.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST-PB). **A retomada do trabalho de base permanente.** Paraíba: Seminário nas brigadas, 2013.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA – MST. **Saúde em Movimento.** Coletivo Nacional de saúde. Brasília, janeiro de 2009.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil.** 2ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

PAIM, J.S. **Modelos de atenção e vigilância da saúde Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: Medsi. 2003, p.587-600.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira – Contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA/ FIOCRUZ, 2013.

PEREIRA, A.A. **Além das cercas... Um olhar educativo sobre a reforma agrária.** João Pessoa: Ideia, 2005.

PORTO GONÇALVES, C.W. **A fome e o meio ambiente**. In: PORTO GONÇALVES, C.W. *A globalização da natureza e a natureza da globalização*. RJ: Civilização Brasileira, 2006.

POULANTZAS, N. **O Estado, o Poder, o Socialismo**. RJ: Graal, 1981.

PUTTINI, R.F.; PEREIRA JR., A.; OLIVEIRA, L.R. **Modelos explicativos em Saúde Coletiva: Abordagem biopsicossocial e auto-organização**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20 , n.3 , p. 753-767, 2010.

ROLO, M. **A natureza como uma categoria histórica, uma relação humana**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/212933322/A-natureza-como-uma-relacao-humana-sem-barra>>. Acesso em Agosto de 2014.

RÜCKERT, B. **As práticas de saúde no MST do Vale do Rio Doce, MG: Normas e valores na atividade**. 2012, 165f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

SABROZA, P.C. **Processo saúde e doença**. In: BARBOSA, P.R. (coord) *Curso de Especialização – Autogestão em saúde* (cap. 1). RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

SANTOS, R. **Entrevista com Rosângela Santos do Coletivo Nacional de Saúde**. *Saúde em Movimento/ Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST/ Coletivo Nacional de saúde*. Brasília, janeiro de 2009.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

SILVA, C.G; MEDRADO, P.P. **Fomento à Farmácia Viva através da Educação Popular, numa Zona Rural-PB**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 18, n. 4, p. 339-344, 2014.

SILVA, C.G.; MIRANDA,C.Z.; DANTAS,D.D.; VILLARINO,G.; DIAS,T.M. **Saúde do campo e formação do Médico de Família e Comunidade, na Paraíba.** In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE E AMBIENTE, n II, 2014, Belo Horizonte. Anais eletrônicos, disponível em <http://www.sibsa.com.br/resources/anais/4/1404183964_ARQUIVO_ResumoexpandidoABRASCOestagio.pdf>. Acesso em maio de 2016.

SILVA, I.S. **Territórios rurais: Análise do processo de formação do assentamento Tiradentes-Mari/PB.** Trabalho de conclusão de curso (graduação em geografia). Guarabira: UEPB, 2012.

SILVA, L.H. **O MST na Paraíba: a história contada por seus participantes.** Monografia de conclusão de curso (bacharelado em ciências sociais). João Pessoa: UFPB, 2000.

SOUTO, J.V. **Entre a contestação e a superação: A produção camponesa no assentamento rural Tiradentes em Mari.** 198 f. Dissertação (Mestrado em administração) – Programa de pós-graduação de administração da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

STEDILE, J.P. (org). **A questão agrária do Brasil 1 – O debate tradicional: 1500-1960.** São Paulo: Expressão Popular, 2005.

_____, J.P. (org). **A questão agrária do Brasil 4 – História e natureza das Ligas Camponesas – 1954 – 1964.** São Paulo: Expressão Popular, 2006.

TESSER, C.D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS.** São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA; MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. **Saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos da Reforma Agrária.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular em Saúde em atenção à saúde da família.** São Paulo: HUCITEC, 2008.