

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
FACULDADE DE EDUCAÇÃO - FaE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

BIANCA RÜCKERT

**AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO MST DO VALE DO RIO DOCE, MG:
NORMAS E VALORES NA ATIVIDADE**

BELO HORIZONTE

2012

BIANCA RÜCKERT

**AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO MST DO VALE DO RIO DOCE, MG:
NORMAS E VALORES NA ATIVIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Linha de Pesquisa: Política, Trabalho e Formação Humana

Orientadora: Profa. Dra. Antônia Vitória Soares Aranha

BELO HORIZONTE

2012

BIANCA RÜCKERT

**AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO MST DO VALE DO RIO DOCE, MG:
NORMAS E VALORES NA ATIVIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Aprovada em 31 de agosto de 2012

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Antônia Vitória Soares Aranha
Universidade Federal de Minas Gerais
Orientadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Daisy Moreira Cunha
Universidade Federal de Minas Gerais

*Malditas sejam todas as cercas!
Malditas todas as propriedades privadas
que nos privam de viver e de amar!
Malditas sejam todas as leis,
amanhadas por umas poucas mãos
para ampararem cercas e bois
e fazer a Terra, escrava
e escravos os humanos!
(Dom Pedro Casaldáliga)*

AGRADECIMENTOS

Ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra do Brasil, por nos mostrar o valor da luta social e me propiciar a experiência e a identidade de ser militante Sem Terra, educadora, feminista e profissional da saúde.

A todas as mulheres que integram o Setor de Saúde na Regional do Vale do Rio Doce, por me ensinarem a riqueza que compõe a saúde na reforma agrária, pelo cuidado, amizade e confiança ao longo desses anos. Por me mostrarem que a luta por saúde não fica apenas no papel!

Às companheiras e companheiros do MST-MG e da Brigada Iara Iavelberg, por me aceitarem como militante desta Organização, pelas trajetórias de militância compartilhadas, por compreenderem a importância desta pesquisa e os momentos de ausência nos últimos dois anos. Às companheiras e companheiros do Setor Estadual e do Coletivo Nacional de Saúde, pelos exemplos de luta e cuidado.

A todas as pessoas do MST e seus familiares que me acolheram em suas casas com tanto carinho para que eu pudesse desenvolver esta pesquisa.

À Profa. Antônia Aranha, pela confiança depositada desde 2008 e pela orientação desta dissertação.

A todos os trabalhadores e trabalhadoras da FaE/UFMG que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação. Especialmente, aos professores/as da Linha Política, Trabalho e Formação Humana e aos funcionários/as da Biblioteca e do Colegiado de Pós-Graduação.

Às professoras que aceitaram compor a banca examinadora desta dissertação: Profa. Daisy Moreira Cunha, Profa. Eliana Villa, Profa. Maria de Fátima de Almeida Martins e Profa. Simone Dutra Lucas. À Profa. Daisy, em especial, pelo cuidado atento com os alunos/as da Linha e por me propiciar o estudo de Canguilhem.

A toda a equipe do Giz/PROGRAD, pela oportunidade de ser bolsista CAPES/REUNI, pelos aprendizados compartilhados e amizades construídas, especialmente à Profa. Juliane Corrêa, Maria, Bréscia, Zulmira, Lourdinha, Inajara, Helen, Symaira, Rafa e Francis.

A todas as pessoas amigas que me ajudaram, de um jeito ou de outro, no desenvolvimento deste trabalho, desde o projeto à escrita da dissertação: Marília, Débora, Alessandra, Daniel, Déco, e Adilene. À Marília, em especial, por compreender a minha ausência em um dos momentos mais importantes da sua vida.

Aos amigos do Mestrado, que partilharam comigo esta caminhada e mostraram que solidariedade e companheirismo são essenciais para transpor esta barreira: Érica, Amanda, China, Igor e Paulo. Aos estudantes da Linha, que também se mostraram companheiros/as. À Profa. Maria Inês Senna pela atitude sempre solidária e preocupação com minha escrita.

Aos meus pais, por me apoiarem sempre em minhas escolhas! Por acreditarem e mostrarem-se sempre dispostos a serem companheiros de minha vida! À minha mãe, em especial, pela correção ortográfica e gramatical desta dissertação.

A toda minha família, pelo cuidado e compreensão, especialmente à Carol, Ninha e Raquel. À Belinha, pelo cuidado despendido nos últimos anos. À Pati e ao Lincoln, por partilharem momentos de descanso e lazer, tão necessários à produção teórica! À Luna, minha companheira sempre fiel, pelas inúmeras horas ao meu lado.

Ao meu Companheiro Márcio, cujo amor, cuidado, compreensão e companheirismo dispensam comentários. Por compartilhar comigo os valores da militância e de uma vida mais humana. Por me ajudar e me amar sempre. Te amo muito, pra sempre!

A todas as pessoas que passaram por mim, nesses últimos anos, e que não tiveram seus nomes citados, mas, de uma forma ou de outra, contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação, através de uma atitude solidária, um cuidado, ou compreendendo a minha ausência.

RESUMO

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra do Brasil constitui um dos movimentos sociais mais expressivos de luta pela terra e por reforma agrária em todo o mundo. Compreendendo a luta pela reforma agrária numa perspectiva mais ampla do que o acesso à terra, o MST busca desenvolver práticas de saúde condizentes com seus ideais de vida no campo. Esta pesquisa objetivou investigar as práticas de saúde desenvolvidas em assentamentos e acampamentos do MST na região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, um estudo de caso, cujas técnicas de investigação utilizadas foram entrevista de grupo focal, observação participante e entrevista semi-estruturada. Adotou-se como referencial teórico a Ergologia, que analisa o trabalho como um processo no qual se inscrevem debates de normas e valores que, por sua vez, conferem ao mesmo a constante capacidade de instituição de novas normas ao meio. Para o desenvolvimento desta pesquisa, partiu-se de um ideal de saúde do MST (normas antecedentes) e buscou-se identificar práticas condizentes com esse ideal. Nesse sentido, as atividades investigadas foram: atividade agrícola agroecológica, atividade docente, envolvendo ações de saúde e ambiente, e atividade do cuidado, desenvolvida por um coletivo de mulheres. Tais práticas foram investigadas com o objetivo de identificar o debate de normas e valores e possíveis renormalizações que se inscrevem no âmbito da atividade, para o qual se contou com o aporte teórico da Saúde Coletiva. Os resultados da análise evidenciaram a circulação de valores relacionados: à saúde, como resultado de melhores condições de vida e trabalho para o campo; ao direito à saúde; à luta pela reforma agrária e pela transformação da sociedade; à valorização das técnicas e dos saberes populares no âmbito da agroecologia e da saúde; à promoção da autonomia dos sujeitos diante do modelo capitalista de desenvolvimento para o campo, da indústria alimentícia e do complexo médico-industrial; ao cuidado com a vida e com a natureza; e à solidariedade. Percebeu-se, assim, certa renormalização das normas biomédicas nas atividades pesquisadas e, em alguma medida, a incorporação do projeto/herança da saúde do MST. Essa capacidade de renormalização da atividade mostra-se mais potente à medida que atinge os coletivos, evidenciando que a instauração de novas normas de saúde no MST passa pela organização política dos assentamentos e acampamentos de reforma agrária e por sua própria via organizativa. Como movimento social, o MST propõe para si normas próprias; mostra que a saúde não pode ser ofertada por valores de mercado; e evidencia uma estreita relação entre a saúde e a reforma agrária, e vice-versa. Ressalta-se a importância de o MST continuar sistematizando experiências e elaborando referências que sirvam como orientadores das práticas de saúde, no sentido normativo da atividade.

Palavras-chave: práticas de saúde, normas e valores na atividade, renormalização das normas biomédicas, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra.

ABSTRACT

The Landless Rural Workers' Movement (MST) of Brazil is one of the most significant social movements that struggle for land and worldwide agrarian reform. Understanding the struggle for agrarian reform in a broader perspective than land distribution, the MST demands to develop health practices consistent with its ideals of country life. In this way, this research aimed to investigate health practices developed in MST settlements and camps, situated in the region of the Rio Doce Valley, in Minas Gerais. This is a qualitative research, a case study, and the investigative techniques used were focus group, participant observation and semi-structured interview. It was adopted as a theoretical reference the Ergology, which analyzes the work as a process that enrolls dialogues about norms and values which, in turn, confer the same capacity to institute norms and values to the environment. For the development of this study we started from an ideal health conception of MST (antecedent norms), looking for identify the practices that were consistent with this ideal. About this, were investigated the activities: agroecological farming, teaching, actions involving health and environment, care, all of them developed by a women's collective. Such practices were investigated in order to identify the debate of values and norms and possible renormalizations that we found in activity theory esfera, for this we also used the theoretical support of Public Health. The results showed the movement of related values: health, as a result of better conditions of life and work in the field, the right to the health, the struggle for agrarian reform and the transformation of society, the appreciation of popular techniques and popular knowledge about the agroecology and the health; the promoting of individuals autonomy before the capitalist model of development for the field, of food industry and of the medical-industrial complex; the care about life and nature, and the solidarity. It was noted certain renormalization of biomedical norms in the activities that we studied and, in some extent, the incorporation of the project/inheritance of MST health. This ability of renormalization activity seems more powerful as they reach the collectives, showing that the introduction of new norms of health in MST goes through political organization of the camps and the settlements and on its own organizative way. As a social movement, the MST proposes norms for your own; shows that health can not be offered by market values, and shows the close relationship between health and land reform, mutually. We stress the importance that the MST continues to systematizing experiences and elaborating references that can serve as guiding health practices, in the normative sense of the activity.

Keywords: health practices, norms and values in the activity, renormalization of biomedical standards, Landless Rural Workers Movement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Lote produtivo no Assentamento 1° de Junho	64
Figura 2 - Experimento agroecológico desenvolvido por Francisco	66
Figura 3 - Escola do Acampamento Juscelino dos Santos	70
Figura 4 - Coletivo de Cuidadoras em caminhada de reconhecimento de plantas medicinais, Assentamento Barro Azul.....	74
Figura 5 - Etapa do Curso de Plantas Medicinais e Terapias Naturais, organizado pelo Setor Regional de Saúde do VRD.....	74
Figura 6 - Vista do Vale do Rio Doce do Assentamento 1° de Junho, Tumiritinga	159
Figura 7 - Horta Agroecológica de Haydée no Assentamento 1° de Junho	159
Figura 8 - Nascente recuperada no lote de Francisco, Assentamento 1° de Junho	160
Figura 9 - Feira de Ciência na Escola do Assentamento 1° de Junho	160
Figura 10 - Feira de Ciência na Escola do Assentamento 1° de Junho	161
Figura 11 - Trabalho de horticultura desenvolvido com alunos do 7° ano da Escola do Acampamento Juscelino dos Santos.....	161
Figura 12 - Caderno de Sistematização de Receitas construído pelos alunos da Escola do Acampamento Juscelino dos Santos.....	162
Figura 13 - Uso da Radiestesia como técnica de diagnóstico pelo Coletivo de Cuidadoras..	162
Figura 14 - Aparelho utilizado pelo Coletivo de Cuidadoras para destilar os remédios à base de plantas medicinais.....	163
Figura 15 - Quarto construído na casa de Rosa para acolher as pessoas durante o tratamento	163
Figura 16 - Farmácia caseira de uma integrante do Coletivo de Cuidadoras	164
Figura 17 - 'Lava-pés' organizado pelo Coletivo de Cuidadoras.....	164
Figura 18 - 'Lava-pés' organizado pelo Coletivo de Cuidadoras.....	165
Figura 19 - Sessão de abraços em etapa do Curso de Plantas Medicinais e Terapias Naturais	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Áreas de acampamentos e assentamentos do MST no Vale do Rio Doce	46
Tabela 2 - Forma de participação dos sujeitos na pesquisa.....	54
Tabela 3 - Síntese do ‘Panorama das Práticas de Saúde’ do MST no Vale do Rio Doce	59

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANA	Articulação Nacional de Agroecologia
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATENAB	Associação dos Terapeutas Naturalistas Alternativos na Saúde e Cultura do Brasil
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
CPT	Comissão Pastoral da Terra
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ECRP	Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
ESF	Estratégia Saúde da Família
FaE	Faculdade de Educação
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MG	Minas Gerais
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra do Brasil
PAIS	Produção Agroecológica Integrada Sustentável
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e da Floresta
PNPMMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFV	Universidade Federal de Viçosa
VRD	Vale do Rio Doce

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 NORMAS E VALORES NO TRABALHO EM SAÚDE.....	22
1.1. TRABALHO, ATIVIDADE INDUSTRIOSA, E DIMENSÃO NORMATIVA DA VIDA	22
1.2. O DEBATE DE NORMAS E VALORES EM SAÚDE.....	28
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS	34
2.1 A NATUREZA DA PESQUISA.....	34
2.2 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA: O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA DO BRASIL, SUA ORGANIZAÇÃO E SUA PRESENÇA.....	36
2.2.1 O Setor de Saúde no MST	41
2.2.2 O MST na Região do Vale do Rio Doce - MG	44
2.3 O TRABALHO DE CAMPO NA PESQUISA SOBRE O CAMPO	46
2.4 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA: OS AGENTES DA SAUDE NO CAMPO.....	51
2.5 CONCEITOS UTILIZADOS PARA A PRODUÇÃO TEÓRICA.....	54
2.6 CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	57
2.6.1 A Agroecologia.....	60
2.6.2 A educação em saúde e ambiente nas escolas dos assentamentos e acampamentos	66
2.6.3 O Coletivo de Mulheres Cuidadoras do MST	70
3 NORMAS E VALORES DA ATIVIDADE INSCRITOS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE NO MST DO VALE DO RIO DOCE	75
3.1 A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E REFORMA AGRÁRIA INSCRITA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	77
3.1.1 As relações de produção, as condições de vida e a saúde na reforma agrária..	77

3.1.2 A dimensão normativa nas práticas de promoção da saúde	91
3.2 A DIMENSÃO DO CUIDADO INSCRITA NO COLETIVO DE MULHERES CUIDADORAS	108
3.2.1 O cuidado como possibilidade de superação do ‘tecnicismo’ das ações assistenciais	108
3.2.2 A terapêutica inscrita na atividade do cuidado	117
3.2.3 A socialização do trabalho de cuidado e a solidariedade entre as mulheres ..	129
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
REFERÊNCIAS	145
APÊNDICES	153
ANEXOS	158

INTRODUÇÃO

Entre tantos problemas políticos, sociais e econômicos, a questão agrária brasileira merece (e sempre mereceu) um considerável destaque. O Brasil é um país que apresenta um dos maiores índices de concentração de terras do mundo. Contexto que justificou o surgimento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra do Brasil - o MST - em 1984.

O MST é um movimento social de massas, de caráter autônomo e sindical que visa “articular e organizar os trabalhadores rurais e a sociedade para conquistar a Reforma Agrária e um Projeto Popular para o Brasil” (MST, 2002, p. 1). Organiza-se em 23 estados e no Distrito Federal. Sua base é formada por trabalhadores rurais sem-terra: parceiros, arrendatários, meeiros, assalariados rurais, posseiros e pequenos proprietários.

É considerado um dos movimentos sociais mais importantes da América Latina, expressividade que deve ser compreendida à luz do processo de evolução do capitalismo no campo e do papel que o Brasil ocupa no cenário econômico mundial de exportador de recursos naturais. Na contramão da reforma agrária e da agricultura familiar, o agronegócio desenvolveu-se, aceleradamente, enquanto projeto de desenvolvimento para o campo:

...o agronegócio tem como lógica a exploração da terra, dos recursos naturais e do trabalho por meio do financiamento público. Não produz alimentos para a população brasileira, deteriora o ambiente, gera poucos empregos e utiliza grandes extensões de terra para a monocultura de exportação, baseada em baixos salários, no uso intensivo de agrotóxicos e de sementes transgênicas. Num contexto de crise econômica mundial, não tem condições de produzir alimentos para a população ou criar postos de trabalho para os agricultores (MST, 2010, p. 10).

Assim, ao mesmo tempo em que se batem recordes de exportação, 40% da população brasileira não tem acesso à alimentação adequada. Além disso, esse mesmo modelo agrícola colocou o Brasil no ranking de maior consumidor de agrotóxicos do planeta (CARNEIRO; ALMEIDA, 2010, p. 25).

Dessa forma, o desafio da reforma agrária não consiste apenas em conquistar a terra, mas construir condições de vida no campo. Pois, se não bastasse a inoperância do Estado diante da desapropriação de terras para a reforma agrária, nos assentamentos, o passivo social é enorme. Uma pesquisa sobre a qualidade de vida em assentamentos que foram criados entre 1995 e 2001 mostrou que: 32% das famílias não possuíam casas definitivas, 49% não possuíam água potável, 55% não possuíam eletricidade, 29% das famílias com filhos em idade escolar não tinham acesso ao ensino fundamental e 77% ao ensino médio, 62% dos

assentamentos não tinham acesso à assistência em saúde em casos emergenciais (MST, 2010, p. 20-1).

Esses dados não refletem apenas o descaso do poder público com a Reforma Agrária, ma também as precárias condições de vida dos povos do campo. Indicadores como analfabetismo, baixa escolaridade, doenças relacionadas ao trabalho (em especial intoxicação por agrotóxicos), prevalência de doenças infecto-parasitárias¹ e dificuldade de acesso aos serviços de saúde evidenciam uma iniquidade existente entre os povos do campo em relação ao meio urbano (PINHEIRO et al, 2009, p. 28).

Com isso, a saúde traz à tona os problemas relacionados à carência de políticas públicas que atendam a essa população específica, bem como os problemas enfrentados pelo atual modelo agrícola de produção e desenvolvimento.

Ao longo dos seus 28 anos de existência, o MST, através do seu processo organizativo e das suas experiências de lutas e trabalho, busca dar respostas às necessidades mais concretas da vida das famílias Sem Terra², acampadas e assentadas. Essa mesma pesquisa sobre as condições de vida das famílias de assentamentos criados entre 1995 e 2001 evidenciou que, apesar da ausência de políticas para essa população, as condições de vida melhoraram em relação às anteriormente vividas (MST, 2010, p. 21). Esses dados não nos mostram, contudo, quais são as estratégias postas em prática pelo próprio Movimento para enfrentar os problemas de saúde em suas áreas de acampamento e assentamento. E é buscando investigar essas estratégias e experiências no âmbito da saúde que propusemos esta pesquisa de mestrado.

A idealização desta proposta foi motivada pela minha inserção em experiências de educação em saúde no MST - em 2005, a partir de um projeto de extensão desenvolvido por profissionais e estudantes da UFMG, e desde 2006, como militante do Setor de Saúde. Nessa experiência, além da vivência do próprio processo organizativo do Movimento no que tange à saúde e às lutas mais gerais, é importante citar a execução do Projeto Atenção à Saúde do Campo: contribuições da educação popular³, e a Coordenação Político-Pedagógica do Curso

¹ Doenças geralmente associadas às más condições hidrossanitárias e à ausência de um sistema de saneamento adequado.

² O termo Sem Terra é utilizado para expressar uma identidade construída no MST “... que transforma os sujeitos de uma condição de falta (sem-terra) para uma condição de lutadores do povo, por justiça social e dignidade para todos (Sem Terra)” (CERIOLI, CALDART, 2005, p. 7). Dessa forma, nesta dissertação, o termo sem-terra (minúsculo e com hífen) foi utilizado para se referir a todos os trabalhadores rurais expropriados do acesso à terra e o termo Sem Terra (maiúsculo e sem hífen) é utilizado, nesta dissertação, para se referir aos militantes do MST.

³ Projeto de extensão desenvolvido pelo Setor de Saúde do MST-MG em parceria com a Faculdade de Educação da UFMG (FaE/UFMG), com apoio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e financiamento do Fundo Nacional de Saúde.

de Especialização Técnica em Saúde Ambiental para as Populações do Campo⁴. Tais experiências me lançaram o desafio de desenvolver processos de formação em saúde que perpassem desde o trabalho de base à organização e articulação do setor estadual, à formação técnica e profissionalizante.

Essas vivências ensinaram-me, de forma muito significativa, que as experiências mais expressivas de lutas e conquistas são gestadas no interior do próprio Movimento, pelas pessoas que vivem e compartilham o cotidiano de exploração, lutas e resistência. Reconhecer esse processo não significa dizer que o MST é autossuficiente em suas experiências - de forma alguma poderia cometer tal equívoco – mas significa compreender que é a dinâmica própria de exploração e exclusão vivida pelos trabalhadores e trabalhadoras que os colocam em *movimento*. E assim, como profissional de saúde que se coloca à disposição do Movimento e se insere na luta por reforma agrária, eu tinha muito mais a aprender do que a ensinar.

O MST reconhece que são muitos os desafios para se promover a melhoria da saúde das famílias assentadas e acampadas. O Setor Nacional de Saúde acredita que, “além de defender um sistema público de saúde que seja integral, equânime e universal, aperfeiçoando cada vez mais o Sistema Único de Saúde, a luta precisa ser ampla, por outra forma de organização da sociedade e reprodução da vida” (ROCHA, 2010).

É importante considerar que o MST busca formular estratégias para as mais diversas frentes de atuação que sejam condizentes com seus objetivos mais amplos. E assim, o Setor de Saúde reconhece o desafio do desenvolvimento de ações concretas de luta por saúde, assim como afirmado por Dirlete Dellazeri (2006):

Acho importante dizer que queremos construir processos de mobilização, fazer da saúde uma bandeira de luta no Brasil, que unifique a população. Todo mundo tem problemas de saúde. Cabe a nós, como pessoas excluídas do processo de atendimento, trazer essa pauta para discussão na sociedade.

Na fala da integrante do Setor Nacional de Saúde, evidencia-se a necessidade de construção de experiências concretas de luta por saúde por parte do MST e de toda a Sociedade. Esse é um desafio que serve de horizonte político ao desenvolvimento das ações do Setor de Saúde em Minas Gerais e tem nos permitido aprender sobre os caminhos e descaminhos da luta por saúde na reforma agrária. Nesse sentido, como Setor de Saúde, nossa

⁴ Projeto desenvolvido pelo Coletivo Nacional de Saúde em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), com apoio da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

atuação preocupa-se com a formação e a mobilização de militantes e coletivos que concretizem em suas práticas os ideais de saúde propostos pelo MST.

O ideal de saúde do MST apresenta, na sua base, a crítica à biomedicina, abordagem hegemônica de saúde que tem como um dos principais fundamentos a saúde como ausência de doença, o desenvolvimento das instituições médicas, da clínica moderna e da patologia como estudo privilegiado da saúde. Nessa abordagem, ter saúde representa um padrão de normalidade definido estatística e funcionalmente, e a função de recuperar a saúde é atribuição das instituições médico-hospitalares. A crítica dessa abordagem consiste, principalmente, na exclusão das dimensões econômica, social, cultural e psicológica da base teórica da saúde-doença (BATISTELLA, 2007a, p. 54).

Em 2008, desenvolvi uma pesquisa com as famílias assentadas em uma área do MST da região metropolitana de Belo Horizonte, a qual deu origem a uma monografia de especialização intitulada “Uma análise das concepções e práticas de saúde em um assentamento do MST”. Nessa pesquisa, pude conhecer como a concepção hegemônica de saúde está presente nas concepções e práticas de saúde dos sujeitos investigados. Estes, embora reconheçam o papel que as questões sociais exercem sobre a saúde, relacionaram ‘ter saúde’ com acesso ao serviço de saúde e, não a uma série de medidas sociais a serem desenvolvidas. Seguindo o mesmo raciocínio, as práticas individuais de saúde tinham como foco a assistência em saúde e a ‘culpabilização’ dos sujeitos na promoção da própria saúde, e consequentemente, a desreponsabilização do estado (RÜCKERT, 2008).

Um estudo realizado por Scopinho sobre os sentidos e as práticas de saúde desenvolvidas por famílias de um assentamento do MST no estado de São Paulo também aponta para uma dissonância entre os significados atribuídos às concepções de saúde-doença e suas práticas coletivas. De acordo com a autora, para essas famílias “a saúde, como direito social, era ainda um ideal e não havia práticas coletivas que avançassem nesta direção”. Essas dificuldades se expressavam através das precárias condições de desenvolvimento da produção e viabilização da vida social, além da “dificuldade para superar a cultura da submissão e da dependência que individualiza e naturaliza os agravos à saúde” (SCOPINHO, 2010, p. 1583-4).

Entretanto, é importante reconhecer que o MST é um movimento social que protagoniza inúmeras experiências nos seus assentamentos e acampamentos. Essas experiências nos levam a enxergar uma dimensão formadora que se desenvolve no interior do MST, na dinâmica das lutas sociais, reconhecendo que os seres humanos gestam uma

pedagogia ao assumirem coletivamente a condição de sujeitos de seu próprio destino, social e humano (CALDART, 2004, p. 79).

De acordo com Arroyo (1998), os movimentos sociais trazem reflexões significativas no campo das teorias pedagógicas a partir de suas experiências que integram educação aos processos de vida, situando-a nos seus projetos mais amplos e trazendo visões influenciadas pela totalidade dos processos nos quais se envolvem. Nesse sentido, esse autor propõe os movimentos sociais como espaço privilegiado de estudos que envolvem o olhar sobre o trabalho, a educação e a cultura.

Por outro lado, embora a biomedicina se proponha universal, sabemos que as populações encontram suas formas de se organizar para solucionar seus problemas de saúde. Para Gomes e Merhy (2011, p. 12), torna-se importante conhecer e valorizar as formas de fazer saúde das camadas populares, uma vez que estas constroem práticas que permitam compreender os usuários e impactar na melhoria da saúde de forma integral.

É sobre essas reflexões que se assenta a proposta desta pesquisa, que visou estudar como esse potencial de construção de novas experiências no Movimento Sem Terra se concretiza no âmbito das 'práticas de saúde'. A escolha pelo MST justifica-se por se tratar de um movimento que possui grande acúmulo de experiência e organização na luta por reforma agrária; práticas e estratégias que merecem ser estudadas, na perspectiva de construir reflexões sobre os processos pedagógicos e a saúde do campo.

Grande parte das pesquisas sobre práticas de saúde desenvolvidas por setores populares salienta a construção de novos conceitos e valores em saúde em contraposição ao modelo hegemônico de saúde. A maioria desses estudos refere-se às práticas de saúde no âmbito dos serviços, envolvendo usuários, profissionais e universidade. Um número menor de estudos, entretanto, trata das práticas de saúde realizadas por movimentos sociais e organizações populares. Destacam-se, entre eles, os estudos com usuários dos serviços de saúde mental que participam da luta Antimanicomial, cujas pesquisas apontam para os processos de conquistas de autonomia, mediante a ressignificação das práticas de saúde; estudos envolvendo organização e participação de movimento de usuários dos serviços de saúde; além dos estudos envolvendo movimento de mulheres na luta por saúde, ressaltando-se ações de combate à violência contra a mulher, bem como a construção de normas e valores feministas.

Um número menor de pesquisas trata das práticas e experiências de saúde desenvolvidas por setores populares do campo, mas a maioria destas refere-se aos

acampamentos e assentamentos do MST. Entre essas, destacamos⁵: a pesquisa de Carneiro (2007), Scopinho (2010), Santos (2011), que trazem importantes reflexões sobre a temática da saúde do campo, a partir das condições de vida, trabalho, ambiente e segurança alimentar, e da luta do MST por saúde; Gaia (2005), Cimbleris (2007), Ricardo (2011) que falam do uso de práticas populares de cuidado, estratégias de educação popular, plantas medicinais e medicina popular por integrantes do MST. Destaca-se, também, o trabalho de Soares (2006) sobre a extensão rural e os saberes de saúde na reforma agrária.

Em nossa pesquisa, buscamos compreender como esse ideal de saúde do MST se apresenta na sua dimensão concreta da vida das pessoas. Para isso, nos propusemos a aprofundar o olhar sobre as práticas de saúde do MST que, ‘aparentemente’, se orientam pelo ideal de saúde do MST, quais suas particularidades e quais os valores inscritos nas mesmas.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, nos apoiamos nos estudos teóricos sobre trabalho e educação, em especial a Ergologia. Partindo dos pressupostos sobre a vida como debate de normas, tal como proposto por Georges Canguilhem, a Ergologia afirma que toda atividade é, em alguma medida, adesão a uma norma antecedente e, em outra medida, construção de novas normas no trabalho. Entre as normas antecedentes e o trabalho que se desenvolve de fato, há escolhas, decisões que são da natureza dos valores. E assim, o conjunto de normas, saberes e valores não determina por si só o que vai se passar na atividade de trabalho (SCHWARTZ, 2003, p. 23).

A Ergologia pressupõe que, para se colocar na história, há um trabalho permanente dos valores a viver:

Tendo a atividade como conceito central da reflexão, a Ergologia nos convida então a acompanhá-la com uma lupa no seu processo de tratamento e retratamento do saber e do valor, convoca-nos a observar o debate de normas e as “renormalizações” efetuadas nas normas antecedentes pela atividade humana em ação de trabalho. Em todas as formas de vida social, existiria a dimensão dessas normas antecedentes, que permitem compreender e antecipar as atividades a serem desenvolvidas, mas sempre estaria presente também a dimensão da atividade que recoloca permanentemente em questão tais normas, seja renormalizando, seja recentrando, em torno de outros tipos de valor e de saber a construir e a reconhecer. O trabalho é o trabalho do valor e do saber, coletivo e individual (CUNHA, 2007b, p. 202).

Nesse sentido, a Ergologia propõe o olhar para as particularidades que se desenvolvem na atividade do trabalho e a compreendê-las como um jogo, um debate, no qual se inserem normas e valores que são de ordem coletiva e individual, simultaneamente. Para Schwartz,

⁵ Ao longo do texto, essas pesquisas serão contextualizadas e seus resultados destacados.

tais debates, por serem escolhas regidas por valores, consistem em opções políticas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 32).

Dessa forma, partindo do ideal de saúde do MST (normas prescritas), nos propusemos a identificar práticas de saúde no MST do Vale do Rio Doce que são coerentes com esse ideal. As práticas identificadas foram investigadas, tendo em vista analisar os valores presentes nessas atividades e os confrontos de normas existentes no desenvolvimento das mesmas.

Utilizamos, também, o aporte da Saúde Coletiva, referencial teórico que busca construir um pensamento crítico em saúde, a partir das contribuições das ciências sociais e da epidemiologia, não se restringindo, portanto, ao conjunto de instituições e práticas curativas. Esse referencial teórico justifica a escolha do termo ‘práticas de saúde’ para se referir ao conjunto das atividades investigadas. Este é um termo amplamente utilizado na Saúde Coletiva e expressa uma noção mais ampla do que o termo ‘trabalho em saúde’, que se refere geralmente ao trabalho específico dos profissionais de saúde.

Assim, utilizamos o termo ‘práticas de saúde’ para nos referirmos a um conjunto de atividades. Como o Movimento propõe para si práticas de saúde que apresentam uma amplitude mais abrangente que a assistência, ao buscarmos nos referenciar na proposta de saúde do MST, temos a saúde como resultante de diversos atos de trabalho. Essa abrangência justifica o recorte de quais atividades foram pesquisadas – atividade do cuidado, atividade produtiva agrícola e atividade docente. Ao fazermos essa escolha, reconhecemos o desafio da nossa proposta, mas consideramos ser o mais coerente com o que o MST propõe enquanto normas e valores em saúde para o conjunto das suas famílias.

A articulação entre os conceitos de atividade e práticas de saúde também foi encontrada no estudo de Louzada, Bonaldi e Barros (2007), que propõe o entrecruzamento desses conceitos, ou seja, a construção de reflexões a partir da interferência produzida entre os diferentes campos do saber – a Saúde Coletiva e a Ergologia.

Nesse entrecruzamento conceitual, partimos do pressuposto da Ergologia de que as escolhas no âmbito da atividade são de natureza política. Por outro lado, utilizamos a Saúde Coletiva para analisar as escolhas políticas que existem no âmbito das atividades estudadas. Dessa forma, na investigação sobre os valores e as normas inscritos nas práticas de saúde, não nos concentramos prioritariamente na análise ergológica sobre a natureza dos valores inscritos nas práticas de saúde – que serão expostos mais adiante - mas buscamos tais reflexões teóricas principalmente na Saúde Coletiva. Consideramos, dessa forma, que a análise sobre a atividade, os valores e a construção de novas normas em saúde perpassa por uma discussão conceitual sobre o processo saúde-doença-cuidado.

E assim, buscamos por meio desta pesquisa fazer emergir o debate de normas que se instaura no âmbito das atividades que compõem o que denominamos como práticas de saúde do MST. As perguntas que nortearam esta dissertação foram: Quais as práticas de saúde desenvolvidas no MST do Vale do Rio Doce que ‘atendem’ a um ideal de saúde tal como proposto pelo MST? O que movem tais práticas? Quais perspectivas e horizontes estão presentes? De que forma dialogam com o ideal de saúde proposto pelo Movimento? Que confrontos de valores e normas se inscrevem nessas atividades? De que forma dialogam com as normas instituídas pelos valores biomédicos em saúde? Que implicações esses valores trazem do ponto de vista da organização da saúde no MST? Quais os principais desafios que se apresentam do ponto de vista das renormalizações?

Nesta pesquisa, nos baseamos na metodologia de investigação qualitativa, em especial no estudo de caso. As técnicas de investigação utilizadas foram a metodologia de grupo focal, a observação participante e a entrevista semi-estruturada, que foram utilizadas na perspectiva do trabalho de campo. Este foi facilitado pela minha inserção como integrante do Setor de Saúde do MST em Minas Gerais. O ponto de partida para o trabalho de campo foi o desenvolvimento da entrevista de grupo focal com o Setor de Saúde Regional Vale do Rio Doce, que teve como objetivo compreender como seus integrantes compreendem a saúde tal como proposta pelo MST e apontar práticas desenvolvidas na região que são condizentes com esse ideal de saúde. Em um segundo momento de trabalho de campo, algumas dessas experiências foram investigadas na perspectiva de responder as perguntas expostas anteriormente.

Inicialmente, buscou-se investigar práticas de saúde desenvolvidas de forma coletiva no MST. Com o passar do tempo, percebemos que algumas práticas, mesmo não desenvolvidas de forma tão compartilhada, mereciam ser estudadas. E assim, as experiências investigadas referem-se: à atividade agrícola na perspectiva agroecológica desenvolvida por alguns integrantes do Assentamento 1º de Junho e Oziel Alves Pereira; à atividade docente que envolve o cuidado com a saúde e ambiente na Escola do Assentamento 1º de Junho e na Escola do Acampamento Juscelino dos Santos; à atividade do cuidado desenvolvida pelas próprias integrantes do Setor Regional de Saúde, ou Coletivo de Mulheres Cuidadoras (como se denominam constantemente).

Procuramos abordar as atividades desenvolvidas, reconhecendo que há uma série de especificidades inerentes a cada atividade - cuidado, agrícola e docente, mas buscando identificar os aspectos em comum que trazem significativas reflexões sobre o debate de normas e valores na saúde.

Para o desenvolvimento desta dissertação, construímos quatro capítulos. No primeiro capítulo, sem a pretensão de se esgotar o referencial teórico utilizado nesta dissertação, buscou-se apresentar de forma sucinta o aporte teórico que nos serviu de subsídio para a produção desta reflexão. Na primeira seção desse capítulo, apresentamos o conceito de trabalho, de atividade e o debate de normas e valores na atividade. Na segunda seção, buscamos situar o leitor diante de um debate de normas que se instaura no âmbito das práticas de saúde – o debate entre a Saúde Coletiva e o modelo biomédico. Não tivemos a pretensão de apresentar este debate como o único que se instaura em torno das práticas de saúde. Foi, apenas, o debate de normas que se mostrou mais evidente em nossa pesquisa.

No segundo capítulo, descrevemos os aspectos metodológicos da pesquisa. Trata-se de um capítulo mais extenso, dada a necessidade de contextualizar o MST, as áreas de assentamentos e acampamentos que compuseram o trabalho de campo, as práticas e sujeitos investigados. Pode-se afirmar que esse caráter extenso resulta da natureza da pesquisa – o estudo de caso – em que contexto e objeto se inter-relacionam e, com muita dificuldade, separa-se o objeto do seu contexto. Optamos, entretanto, por deixar essa caracterização no segundo capítulo, por descrever os passos do trabalho de campo e o contexto das práticas, importante aspecto da metodologia.

No terceiro capítulo, apresentamos os principais resultados de nossa pesquisa, que dizem respeito, principalmente, aos valores de saúde que trazem em si os aspectos das condições de vida e da luta por reforma agrária e os valores de saúde relacionados à atividade do cuidado propriamente dita. Dessa forma, na primeira seção desse capítulo, intitulada “A relação entre saúde e reforma agrária inscrita nas práticas de saúde”, centramos a nossa reflexão nos valores e debate de normas que se instauram diante das práticas de ‘promoção da saúde’; e na segunda seção, intitulada “A dimensão do cuidado inscrita no coletivo de mulheres cuidadoras”, centramos a nossa reflexão em torno das práticas de cuidado em saúde.

No quarto e último capítulo, nas considerações finais, finalizamos a nossa reflexão, buscando desenvolver uma síntese das principais questões que emergiram do terceiro capítulo e tecendo algumas considerações sobre as possibilidades de investigações futuras.

1 NORMAS E VALORES NO TRABALHO EM SAÚDE

1.1. TRABALHO, ATIVIDADE INDUSTRIOSA, E DIMENSÃO NORMATIVA DA VIDA

Através do trabalho, o homem atua sobre a natureza externa modificando-a e, ao mesmo tempo, modifica a sua própria natureza (MARX, 1975, p. 202). Em seu sentido ontológico, o trabalho é o meio pelo qual o homem produz a si mesmo, se forma e se transforma com o passar do tempo, configurando a formação humana como um processo histórico e formativo.

No trabalho, o ser humano muda a realidade para produzir sua existência. Emprega suas forças a fim de se apropriar dos recursos da natureza, construir sua vivência, modificando a realidade natural e social. “Diferentemente dos animais que se adaptam à natureza, os homens têm de adaptar a natureza a si. Agindo sobre ela e transformando-a, os homens ajustam a natureza às suas necessidades” (SAVIANI, 2007, p. 154).

Um processo que ocorre mediado por escolhas éticas, intencionais, aspecto que diferencia o homem dos demais animais. “O que distingue o pior arquiteto da melhor abelha, é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho, aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador” (MARX, 1975, p. 202).

Portanto, ele não nasce homem, ele se forma homem. Ele precisa aprender a produzir a sua existência, durante a vida. E ele aprende na experiência, em sociedade (SAVIANI, 2007, p. 154). O homem é, assim, um ser produzido pela própria humanidade e seu trabalho. E por se tratar de uma “atividade que permite essa construção, reconstrução, autoconstrução permanente, o trabalho é tido como princípio educativo, formativo do sujeito, do ser social” (ARANHA, 2011, p.2).

Dessa forma, o trabalho é um processo que assume centralidade na análise da materialidade histórica dos homens, porque é a forma que desenvolveram para se organizarem em sociedade, como nos afirma Pires (1997, p. 89): “a base das relações sociais são as relações sociais de produção, as formas organizativas do trabalho”.

E assim, “os sentidos e significados do trabalho resultam e constituem-se como parte das relações sociais em diferentes épocas históricas”. No capitalismo, com o desenvolvimento das relações sociais produtivas, ao mesmo tempo em que o trabalho assume o sentido de emprego remunerado, ele é reafirmado em seu sentido humanizador, como construtor de valores e sentidos emancipadores (FRIGOTTO, 2009, p. 169).

Dessa forma, um olhar para o trabalho nas tramas das relações sociais permite-nos perceber que o trabalho contém duas dimensões: uma construtora, emancipadora, outra alienante, opressora, conforme afirma Aranha e Dias (2009, p. 116):

[...] o trabalho pode conter duas dimensões, dependendo das condições de sua realização. Uma primeira dimensão construtora, emancipadora. É o trabalho concreto de Marx, voltado para a satisfação das necessidades humanas, contribuindo para a realização do indivíduo enquanto criador e transformador do seu meio. [...] outra dimensão alienante, opressora. Nas condições de existência da propriedade privada, o trabalhador não tem condições de interferir sobre os objetivos e produtos do seu trabalho, e até mesmo de dominar o próprio processo de produção.

No trabalho abstrato, o trabalhador vende a sua força de trabalho para a produção de mercadorias. Um processo que “traz como consequência a não diferenciação dos diversos tipos de trabalhos individuais, a eliminação da individualidade e o aplastamento da subjetividade dos sujeitos que trabalham, dissolvendo-os todos na categoria do trabalho humano abstrato” (ARANHA, 1997, p. 17).

Nessa dialética, “ainda que subsumido ao trabalho abstrato, nas condições de produção capitalista, o trabalho concreto não desaparece e suas manifestações são várias” (ARANHA, 2011, p. 2). Nessa dimensão, o trabalho se mostra como fonte de energia criativa e criadora, apreende e mobiliza saberes para a satisfação de necessidades humanas. Assim, ainda que abstrato, o trabalho comporta saberes, iniciativas, decisões, atos, manifestações e capacidades (SANTOS 1993 apud ARANHA, 1997, p. 17).

Aranha e Dias (2009) chamam atenção para a necessidade de olharmos para o trabalho a partir de suas dimensões abstrata e concreta. Quando nos atemos ao trabalho em seu sentido abstrato, corremos o risco de ficar na denúncia, e de enxergar o trabalho somente como produtor de mercadoria, o que nos impede de olharmos para os sujeitos concretos em seus processos de trabalho. Por outro lado, olhando para o trabalho apenas no seu sentido concreto, corremos o risco de idealizá-lo e não enxergarmos a necessidade da superação de sua dimensão alienada.

E é buscando olhar para o trabalho na sua dimensão concreta, sem desconsiderar que ele se insere nesse processo contraditório, que nos aproximamos do conceito de atividade, assim como formulado pela Ergologia.

A Ergologia surgiu como uma abordagem sobre o trabalho a partir da contribuição de três pesquisadores: Yvez Schwartz, filósofo; Daniel Malta, linguista; Bernard Vuillon, sociólogo; que se reuniram nos anos 80 em torno de questões sobre mudanças no mundo do trabalho e seus impactos na formação das ‘jovens gerações’. Tais autores “... buscavam

compreender as relações entre o mundo da cultura, da educação e aquele do trabalho. E as questões que orientavam suas pesquisas exigiam uma aproximação com a realidade do trabalho” (HENNINGTON, 2011, p. 5-9).

O contexto, marcado pela incapacidade da perspectiva taylorista em responder as questões colocadas pelas transformações emergentes no trabalho, é um dos fatores que levou a emergência da Ergologia.

O Taylorismo é um modelo de organização do trabalho que teve como precursor Frederick Winslow Taylor (1856-1915), e se desenvolveu em diversos estabelecimentos industriais do mundo, especialmente com o advento das grandes guerras mundiais. O modelo sugerido por Taylor propôs a divisão técnica do trabalho dentro da produção industrial, a subdivisão das funções, tanto na esfera da produção quanto na da administração, que possibilitasse o seu cumprimento sem a necessidade de muitos conhecimentos e habilidades (PINTO, 2007, p. 30-2).

Denominado como administração científica, tal modelo propunha:

...uma divisão de responsabilidades e de tarefas, na qual, aos executores de um determinado trabalho, fossem delegadas apenas as atividades estritamente necessárias à execução deste trabalho, dentro dos moldes extremamente rígidos – ao nível dos gestos físicos, das operações intelectuais e da conduta pessoal – cujo estabelecimento prévio, através de um estudo, de um planejamento e de uma definição formais, ficariam a cargo de outros trabalhadores, dedicadas a tarefas também previamente analisadas, planejadas e definidas por outros mais, assim por diante, nesse sentido, desde as atividades operacionais até as gerenciais da empresa (PINTO, 2007, p. 33-4).

Taylor buscava aperfeiçoar o tempo de produção fabril, partindo do pressuposto de que é possível separar concepção de execução no ato de trabalho, e que essa fragmentação poderia tornar as ‘tarefas mais simples’. Nessa perspectiva, os conhecimentos dos trabalhadores são reunidos de forma a produzir uma “ciência que substitua os métodos empíricos”. A ciência antecede a prática na perspectiva de padronizar e especializar as funções e as tarefas. Destaca-se a padronização do tempo, dos instrumentos, materiais, procedimentos e movimentos. Para o Taylorismo, as escolhas se encerram na implementação do sistema; tudo é passado na forma de ordens e normas (PINTO, 2007, p. 34-7).

Na crítica ao Taylorismo, a abordagem do trabalho como *atividade*, como vem sendo desenvolvida pela Ergologia, trata de:

[...] compreender como o trabalho se realiza efetivamente, de captá-lo em movimento, e tirar as consequências necessárias, tanto para a concepção dos sistemas técnico-organizacionais, quanto para a vida em comum e para a

compreensão do trabalho enquanto realidade humana complexa (CUNHA, 2007b, p. 41).

A Ergologia busca se construir como uma abordagem dialética, que considera o trabalho em sua perspectiva concreta, a experiência real do trabalho, que, por sua vez, é desenvolvido por um sujeito situado histórica e antropologicamente.

Entre as contribuições para o desenvolvimento da abordagem ergológica, podemos citar a Ergonomia. Esta afirma que existe sempre uma lacuna entre o trabalho pensado teoricamente, antecipadamente (trabalho prescrito) e o trabalho que de fato é realizado por uma determinada pessoa em um lugar particular (trabalho real). Para Schwartz e Durrive (2010, p. 42-3) essa distância é universal, uma característica sempre presente entre a antecipação e a execução de um trabalho. Contudo, o conteúdo dessa distância não é previsível, é sempre parcialmente singular, e depende de permanente arbitragem entre as normas existentes na sociedade e as normas próprias dos sujeitos que trabalham.

Essa distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real é percebida pela Ergologia, não como uma ausência de racionalidade, mas como diferentes racionalidades em jogo no processo de trabalho. Há critérios diferenciados que orientam as diversas escolhas que são feitas a todo o momento, valores em jogo na atividade, ainda que as escolhas nem sempre sejam realizadas de forma consciente. O trabalho é, portanto, encontro de valores, um “debate de normas”, que ocorrem mesmo na menor das atividades do trabalho. E é preciso compreender esse debate de valores para se compreender o trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 43-6).

Nesse debate inscrevem-se as “ressingularizações e renormalizações, efetuadas pelos trabalhadores através dos conhecimentos, saberes, competências e valores que possuem”. Trata-se de um ponto de vista epistemológico fundamentado em princípios antropológicos, e reconhece que toda elaboração de conhecimento sobre o trabalho deve levar em consideração as experiências dos trabalhadores (CUNHA, 2007b, p. 41).

E assim, o prescrito do trabalho - a norma - é o que o humano converte em memória e convenções (objetos, técnicas, tradições, leis, procedimentos técnicos e científicos) que tentam governar, antecipar a atividade. O trabalho se torna real, contudo, na atividade, que é o que dá vida às técnicas e ao codificado em um dado momento. O real do trabalho não acontece na forma como se prescreve; há sempre algo de singular em cada atividade de trabalho. Reconhece-se, portanto, que toda atividade de trabalho é atravessada pela história, e carrega em si produtos que são herança da humanidade e dos povos anteriores (SCHWARTZ, 2003, p. 23).

Com isso, a Ergologia reafirma essa diferença (tão negada pelo Taylorismo) e busca compreender o significado dessa lacuna, mostrando que a atividade humana de trabalho não se “[...] restringe ao uso hetero-determinado de homens e mulheres pelos gestores do sistema de produção, mas é também uma experiência de si mesmo, uma relação com a própria história” (ETCHTERNACHT, 2008, p. 51).

Assim, no debate de normas e valores que ocorrem no âmbito da atividade, o sujeito vive uma dramática do uso de si, uma negociação entre o uso de si por si e o uso de si pelos outros, conforme destacado por Cunha (2007a, p. 2-3, grifos da autora):

[...] a atividade industriosa é uma “*dramática do uso de si*”: de um lado execução de um protocolo experimental cujas condições e exigências operatórias foram definidas eliminando ou tentando eliminar as singularidades de espaço, de tempo e de pessoas (normas antecedentes), por outro lado, experiência singular, recolocando em jogo as próprias normas numa situação de “encontro” com um destino a ser vivido (renormalizações).

Todo ato de trabalho é, portanto, uso de si por si mesmo e uso de si pelos outros. Um uso absolutamente singular, no âmbito da história em construção por parte do sujeito que trabalha; mas, também, um uso que a sociedade faz dos trabalhadores, sob formas variadas e que variam de acordo com os modos de produção, inclusive (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 69).

[...] uma das bases do que nós podemos chamar de perspectiva ergológica, [...] é a constatação de que *somos sempre apanhados pela retaguarda, no que tange à atividade humana*. Ela está sempre, em um dado meio, em negociação de normas. Trata-se de normas anteriores à própria atividade: a atividade negocia essas normas em função daquilo que são suas próprias. Qualquer que seja a situação, há sempre uma negociação que se instaura. E cada ser humano – e principalmente cada ser humano no trabalho – tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem sucedida) recompor, em parte, o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda. [...] Esta recomposição pode ser mínima ou mais significativa (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 31).

Trata-se de um debate de normas que são, ao mesmo tempo, debates consigo mesmo, ligados à economia ou racionalidade do corpo, e debates e valores de ordem social, que atuam como um acordo entre as dimensões macro e micro. E assim, através da atividade, temos acesso aos valores pelos quais os trabalhadores se engajam e que expressam as suas referências concretas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 45, 71).

A noção de debate de normas da Ergologia tem como fundamento a “Filosofia da Vida”, de Georges Canguilhem. Nesta perspectiva, a vida é constante debate de normas, um encontro que ocorre entre o meio do homem e o meio social; um diálogo de valores entre a

normatividade vital, fundada nos valores próprios do ser, e a normatividade social, fundada nos valores do meio⁶.

Para Canguilhem, a vida não é indiferente ao meio. Este estimula o ser, que reage ao estímulo mediado por normas próprias. Nesse processo, o ser busca criar, instaurar novas normas no meio. Na Filosofia da Vida, homens e mulheres não aceitam passivamente as normas propostas, renormalizam permanentemente. Com isso, esse autor compreende o ser humano como um ser normativo, capaz de criar novos padrões para si, sempre que necessário.

Essa normatividade só pode ser pensada, contudo, na relação do ser vivo com o meio, e não no indivíduo isoladamente, uma vez que é a dinâmica da vida que traz o sentido normativo do homem. Vida é debate com o meio, como afirma Canguilhem, e o próprio do homem é criar o seu próprio meio. Com isso, “o meio do ser vivo é também obra do ser vivo” (CANGUILHEM, 2009, p. 133).

Assim, no ser humano, o primado dos valores sobre a vida ocorre mediado pela atividade do trabalho:

A vida não é, a bem da verdade, segundo nós, senão a mediação entre o mecânico e o valor, é dela que se tiram por abstração, como termos de um conflito sempre aberto, e por isto mesmo gerador de toda experiência e de toda história, o mecanismo e o valor. O trabalho é a forma que toma para o homem o esforço universal de solução do conflito. As normas do trabalho têm, portanto, inevitavelmente um aspecto mecânico, mas só são normas pela sua relação com a polaridade axiológica da vida, da qual a humanidade é a tomada de consciência (CANGUILHEM, 2001, p. 120-1).

O ponto de vista da atividade mostra que, em momento algum, nos encontraremos em situação estrita de invariabilidade. Seja no meio taylorista, seja em qualquer meio, jamais nos encontraremos em estado total de padronização. A variabilidade é algo inerente à vida. Para Schwartz e Durrive, “[...] a atividade é vida. E a vida não pode se desenrolar sob o registro do estrito enquadramento, ou da estrita heterodeterminação, ou seja, do assujeitamento estrito ao meio; isso seria *invivível*” (SCHARTZ; DURRIVE, 2010, p. 95, grifo dos autores). Assim, esses dois efeitos se retroalimentam em uma lógica dialética, formando a história humana.

Desta forma, a Filosofia da Vida propõe um ser humano inacabado, em permanente construção, uma vez que “a vida estabelece valores não apenas no meio, mas também no próprio organismo” (CANGUILHEM, 2009, p. 175). A teoria da atividade parte desse pressuposto e atribui ao trabalho essa capacidade de reconstrução permanente do ser.

⁶ Ao se referir ao meio, Canguilhem considera as dimensões do meio físico e as socialmente construídas – o que ele denomina de mundo da natureza e o mundo da cultura.

Considera-se que o trabalho não está dado, mas é sempre, em alguma medida, reinventado. E, nesse processo, o ser humano constrói-se também a si mesmo.

As normas humanas mostram, portanto, a *possibilidade* de agir de um organismo em dada situação social. Os seres vivos são tidos como “seres viáveis, isto é, aptos a viver, mas sem garantia de consegui-lo por completo. [...] Para falar com propriedade, nada do que é vivo é acabado” (CANGUILHEM, 2005, p. 32). Dessa forma, Canguilhem traz contribuições relevantes à teoria da Formação Humana, que considera o ser humano como sujeito histórico em constante construção, a partir da dimensão biológica do sujeito.

Trata-se, portanto, de uma noção de vida que é, ao mesmo tempo, conceito de saúde. Na dimensão normativa da vida, “a saúde representa uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valores, de instaurador de normas vitais” (CANGUILHEM, 2009, p. 152). O homem é, assim, um ser insaciável, que ultrapassa sempre suas necessidades.

1.2. DEBATE DE NORMAS E VALORES EM SAÚDE

Como toda atividade do trabalho visa dar resposta a determinadas necessidades humanas, o trabalho em saúde iniciou a partir do momento em que o homem procurou responder às suas necessidades de saúde. Essa capacidade de resposta relaciona-se diretamente ao desenvolvimento da sociedade e depende da mobilização de um complexo do trabalho e da própria atividade (FRANÇA LIMA, 2007, p. 57).

Tais necessidades, contudo, variam entre sociedades e diferentes períodos históricos, definindo para cada período ou sociedade uma “[...] estrutura normativa em que os homens vão definindo o que é normal e o que é patológico para a vida social e individual” (FRANÇA LIMA, 2007, p. 58). Ao longo da história, saúde e doença sempre foram objeto de preocupação da humanidade e seus modelos explicativos relacionam-se respectivamente aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades (BATISTELLA, 2007b, p. 28). Assim, noções como necessidades de saúde e trabalho em saúde devem ser compreendidos em sua historicidade e na articulação com a totalidade social da qual fazem parte.

Donnangelo (1979, p. 15-6) critica a abordagem histórica da medicina que a considera apenas em suas sucessivas transformações conseqüentes ao avanço das ciências biológicas. De acordo com a autora, tais perspectivas abordam o processo como uma sucessão linear de descobertas e desenvolvimentos tecnológicos, sem, contudo, explicitar os diferentes pressupostos que se relacionam na construção do campo científico. São cada vez mais raras as

abordagens que consideram a saúde articulada ao conjunto das práticas sociais sem, contudo, desconsiderar o lugar privilegiado que ocupa a aplicação científica e tecnológica na história da medicina.

Na abordagem histórica hegemônica, a medicina é encarada como prática ‘neutra’. Como disciplina que manipula um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para desenvolver uma ação sobre um objeto, que, na maioria das vezes, se refere ao meio ou ao corpo. O que não se considera nessa abordagem é que tal ação responde “a exigências que se definem a margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas, entre as quais se inclui” (DONNANGELO, 1979, p. 15). É dessa articulação da medicina com as demais práticas sociais que se apreende seu caráter histórico.

Nunes (1998, p. 108) afirma que as preocupações em torno de um pensamento social em saúde não são tão recentes na história da sociedade ocidental. Embora seu aparecimento como disciplina científica date do final do século XIX, Foucault o identificou em práticas discursivas europeias já no século XVII⁷. Em 1848 registram-se os primeiros estudos que defendiam o caráter social da medicina - a *medicina social* - como consequência do forte impacto da Revolução Industrial na vida da classe trabalhadora europeia. Embora vistos sob diferentes perspectivas históricas e ideológicas, tinham como base teorias que relacionavam os aspectos sociais e ambientais do processo saúde-doença.

Nesse período, a luta política girava em torno do conflito miasmas versus contágio. A teoria dos miasmas era defendida pelos liberais e radicais, que atribuíam às doenças as causas sociais. Já a teoria do contágio era defendida pelos conservadores e reacionários. Esse conflito foi em grande medida superado com a inauguração da Era do Germe, na segunda metade do século XIX, em que se registram os experimentos de Pasteur e Koch sobre a bacteriologia. Marca-se aqui uma revolução teórica, que dá início a uma medicina orientada para a doença e a medicalização de uma sociedade, da legislação sobre a saúde pública que desconsidera as relações entre as doenças e condições sociais; e da instituição da formação profissional em saúde sob as bases biológicas. “O reencontro com o social seria para quase cem anos depois” (NUNES, 1998, p. 109-113).

Com o advento da Era dos Micróbios, os elementos para o desenvolvimento da terapêutica foram obtidos a partir da fisiologia e da patologia, da bacteriologia e do aparato

⁷ Foucault historicizou o nascimento da medicina social ocidental, identificando as formas de organização do trabalho em saúde como medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho, que foram influenciadas pelo processo de constituição do capitalismo na França, Alemanha e Inglaterra, respectivamente.

tecnológico na saúde. Constrói-se um novo significado para os hospitais, que passam a ser designados como locais de terapêutica e cura, e não mais como espaço de adoecimento e morte (FRANÇA LIMA, 2007, p. 66).

Nesse contexto insere-se o desenvolvimento do que se denomina por medicina científica, biomedicina ou modelo flexneriano⁸ - que apresenta suas raízes históricas e epistemológicas no contexto do Renascimento e sua revolução artístico-cultural. Tem como um dos seus aportes principais o pensamento de Descartes (1596-1650) que possibilitou as bases para a construção da medicina mecanicista. Tais bases possibilitaram o desenvolvimento de instrumentos requeridos para a medicina se desenvolver e propor procedimentos de diagnóstico e cura a uma série de enfermidades corriqueiras.

De acordo com Stotz (2007, p. 47), na base filosófica da biomedicina encontramos os seguintes princípios componentes:

a) o homem como manipulador da natureza, com direito a manipulá-la a seu próprio proveito; b) o homem separado do seu meio ambiente, elevado a objeto exclusivo de manipulação médica; c) uma visão mecanicista de homem que exige enfoque manipulador de uma engenharia para restaurar a saúde e que enfatiza o papel das ciências naturais no estudo do homem e suas doenças; d) o conceito ontológico da doença que fundamenta o estudo das doenças sem ter em conta os fatores relacionados com o hospedeiro.

O modelo médico hegemônico rapidamente deslocou a análise da doença para fora da relação com o trabalho, ao propor “[...] a doença como resultado da ação de agentes específicos e a sua solução na ação curativa” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 22). Por outro lado, do ponto de vista social, instaura-se a ampliação das intervenções em saúde no campo das relações sociais, propondo a adaptação dos corpos a determinados padrões de comportamento: “é sobre os corpos dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva” (AYRES, 2004, p. 81).

Nessa perspectiva inserem-se as disciplinas da higiene, que apresentam forte caráter normativo sobre os padrões de vida das populações e abordam o processo saúde-doença na sua dimensão coletiva, sem, contudo, romper com a reprodução da ordem social. Nesse

⁸ Este em homenagem a Abraham Flexner, que em 1910 publicou um relatório sobre as escolas médicas dos EUA e Canadá, o qual trouxe profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial, por propor ao legitimar o modelo científico na medicina. Tal modelo, rapidamente recebeu apoio do grande capital (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 493-5).

sentido, inspiram-se igualmente no positivismo e tratam o fenômeno do adoecimento deslocado de sua historicidade e diversidade (FRANÇA LIMA, 2007, p. 90).

Dessa forma, França Lima (2007, p. 58) afirma que, na sociedade capitalista, o trabalho em saúde deve ser compreendido na sua importância estratégica tanto para o capital quanto para os trabalhadores:

Com o advento desse novo modo de produzir a vida, o corpo humano adquire um novo significado social, como sede da força de trabalho, o que torna o trabalho em saúde como elemento estratégico tanto para o capital, pelo controle das tensões sociais a partir do aumento do consumo das classes subalternas, quanto para os trabalhadores, pelas perspectivas abertas de ampliação efetiva dos direitos sociais, constituindo, assim, novas e contraditórias necessidades de saúde (FRANÇA LIMA, 2007, p. 58).

No Brasil também podemos considerar essa estrutura marcada pela Era Social, Era da Teoria do Germe e Era Pós-Teoria do Germe. Podemos destacar: os primeiros projetos de medicina social relacionados à higiene pública e à medicalização do espaço urbano, por ocasião da transferência da corte portuguesa para o Brasil, no início do século XIX; projetos de medicina social vinculados ao controle social, no final do século XIX; os embates entre a universalização da atenção médica de caráter clínico e o projeto de Estado referenciado em Oswaldo Cruz, que visava combater as epidemias e endemias, no início do século XX; o surgimento dos primeiros empreendimentos de higiene pública que visavam a manutenção da força de trabalho, também no início do século XX; a partir dos anos 30, a constituição das políticas sociais, especialmente as trabalhistas, e a construção de uma política de saúde de caráter nacional (NUNES, 1998, p. 111-2).

Nas últimas décadas, vivenciamos o que diversos autores denominam de “Crise da Medicina”, que advém da incapacidade desta em dar respostas a uma série de problemas de saúde das populações. Ayres (2004, p. 82) afirma que as recentes transformações tecnológicas no campo da medicina trazem consequências positivas e negativas. Como consequências positivas, levanta-se o maior poder de diagnóstico, a capacidade de intervenção precoce, o aumento da eficácia, eficiência e precisão de grande parte das intervenções, a melhoria da qualidade de vida das pessoas diante de uma série de agravos. Já como consequências negativas, levanta-se a excessiva fragmentação do paciente, o uso de exames em demasia, o intervencionismo exagerado, a falta de reconhecimento dos aspectos psicossociais do processo saúde-doença e a iatrogenia⁹ médica.

⁹ Iatrogenia deriva de iatrogênico, que corresponde à condição de dano ou enfermidade gerada por um procedimento aplicado pelo profissional médico.

Esse autor destaca que, entre outros fatores, a Crise resulta de “uma progressiva incapacidade das ações de assistência em saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e se tornarem cientes dos seus próprios limites” (AYRES, 2004, p. 83). Para diversos autores no campo da saúde coletiva, a crise da medicina refere-se fundamentalmente a uma crise de confiança das instituições médicas.

Como perspectiva crítica no campo da saúde, destacam-se, a partir dos anos 70, a aglutinação de diversos segmentos no Brasil em torno da questão da saúde pública e a luta pela constituição de um sistema de saúde universal. Um período marcado pela crise econômica, pelo avanço do debate internacional sobre a Atenção Primária em Saúde¹⁰, entre outros fatores, o que contribuiu para a promulgação na Constituição Federal da saúde como direito de todos e dever do Estado (NUNES, 1994, p. 14; 1998, p. 111-2). Na América Latina esse período é caracterizado pela emergência de um pensamento em saúde com forte caráter social. São marcantes os estudos de Sérgio Arouca e Maria Cecília Donnangelo, no Brasil, de Jaime Breilh, no Equador, e Asa Cristina Laurell no México, entre outros (NUNES, 1994, p. 17).

Nesse contexto situa-se o surgimento da Saúde Coletiva como “corrente de pensamento, movimento social e prática teórica”. Em sua constituição está a retomada dos fundamentos de abordagem marxista para construir um novo objeto de análise – a saúde das coletividades – um contraponto à medicina do “indivíduo” do modelo médico hegemônico (NUNES, 1994, p. 16-7).

Campos (2000, p. 62) argumenta sobre a especificidade e contribuição da Saúde Coletiva para as práticas de saúde. O autor acredita que o campo da saúde coletiva corresponda à elaboração de políticas e modelos assistenciais, à elaboração conceitual sobre o processo saúde-doença-cuidado, à preocupação com problemas de saúde de repercussão coletiva, e quem sabe, a certo modo de operar, centrado na prevenção e na promoção. Para o autor, todas as práticas de saúde deveriam incorporar elementos da saúde coletiva e, com isso, influenciar as mudanças de modelo de atenção e lógica de funcionamento dos serviços de saúde.

No âmbito da Saúde Coletiva, destacamos para o desenvolvimento desta pesquisa: além dos estudos de Georges Canguilhem sobre o normal e o patológico e a dimensão normativa da vida (2001, 2005, 2009), e os estudos que caracterizam o modelo biomédico

¹⁰ Atenção Primária em Saúde consiste em um modelo de atenção à saúde adotado por diversos países a partir dos anos 60, com o objetivo de ampliar e efetivar o acesso ao sistema de saúde, bem como propiciar transformações no modelo de saúde – de curativo, individual e hospitalar para preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 43).

(MINAYO, 1997; BARROS, 2002), os estudos sobre determinantes sociais da saúde (LAURELL; NORIEGA, 1989; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007); promoção da saúde (BUSS, 2009); educação popular em saúde (STOTZ, DAVID, WONG UN, 2005; STOTZ, 2007); e cuidado em saúde (AYRES, 2004; VAGHETTI et al, 2007).

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 A NATUREZA DA PESQUISA

Esta investigação se desenvolveu a partir dos pressupostos da pesquisa qualitativa. De modo geral, esta consiste na tentativa de acessar dimensões do objeto que são inacessíveis à pesquisa quantitativa. Alguns diferenciam a pesquisa qualitativa da quantitativa apenas em seu aspecto instrumental, outros consideram que tal diferença acarreta implicações teóricas e epistemológicas. É, contudo, na segunda perspectiva apresentada que buscamos nos incluir (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 1).

De acordo com Paton (apud ALVEZ-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1999, p. 131), a pesquisa qualitativa parte do “[...] pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado”, o que justifica o seu caráter interpretativo.

Por esse caráter interpretativo, González Rey afirma que uma das principais divergências epistemológicas que se fundam entre a pesquisa quantitativa e a qualitativa, consiste no reconhecimento do papel das ideias e da produção teórica no processo de produção do conhecimento. Pressupõe-se “outorgar um lugar diferenciado ao empírico na compreensão da ciência” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 7).

Por outro lado, implica em reconhecer que as questões epistemológicas implicadas nas ciências particulares relacionam-se estreitamente com questões epistemológicas tratadas pela filosofia. E assim, a epistemologia qualitativa assume, em todas as suas consequências, “o caráter histórico e cultural de seu objeto e do conhecimento como construção humana” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 25-7).

Nesse processo, considera-se o caráter interativo e subjetivo presente no objeto. Pesquisador e pesquisado não só se implicam subjetivamente no processo da pesquisa, como a relação pesquisador-pesquisado é uma condição para o seu desenvolvimento. O principal cenário da pesquisa consiste justamente nessa relação e nas relações dos sujeitos pesquisados entre si (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 28).

Ressalta-se, também, que a pesquisa qualitativa considera a singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento. Não se exige que os sujeitos pesquisados possuam o mesmo comportamento, assim como na pesquisa quantitativa. Pelo contrário, “a singularidade se constitui como realidade diferenciada na história da constituição subjetiva do indivíduo”. A

informação expressa em um sujeito pode ser tão significativa que não necessariamente precise se repetir em outros sujeitos (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 35).

Contudo, é importante considerar que os processos de produção dessas singularidades são interdependentes da realidade social vivida pelo indivíduo. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa adota uma perspectiva dialética, assim como desenvolvida pela Ergologia.

De acordo com Duraffourg, na Ergologia pressupõe-se o trabalho da dialética do singular e do geral no âmbito da própria atividade. O singular se expressa ao olharmos para a vivência dos trabalhadores e reconhecermos que existem variabilidades no âmbito da atividade. Já o geral se expressa ao considerarmos que toda subjetividade se exprime no quadro de escolhas sociopolíticas. Os processos globais não deixam de ser considerados, pelo contrário, eles podem ser interpretados nos postos de trabalho. Na atividade concreta do trabalho, esses processos podem ser apreciados: é o que Schwartz chama de *o ponto de vista da atividade* (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 56-8).

Trata-se, assim, de um movimento de consideração do objeto e do contexto, que requer colocar o objeto (a atividade) em relação aos elementos mais gerais que advém do contexto e procurar identificar o que o determina, o influencia, o faz evoluir (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 62).

Por esse motivo, essa proposta também se define como um estudo de caso, que busca investigar as singularidades dos sujeitos estudados, sem a pretensão de ‘generalizar’ os resultados para uma amostra maior de sujeitos. Para González Rey, o estudo de caso, ao invés de associar o estudo à noção de quantidade, propõe o olhar para a “condição qualitativa de singularidade, [...] expressão diferenciada e única de uma qualidade em processo de estudo” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 157).

Os estudos de casos geralmente são desenvolvidos com o intuito de se estudar fenômenos sociais complexos contemporâneos. Nele se preservam as “características holísticas e significativas da vida real” (YIN, 2005, p. 20), ou seja, o estudo de caso é utilizado quando se deseja trabalhar com condições contextuais, dada a pertinência do contexto para o fenômeno em estudo. Trata-se de um conhecimento que advém da experiência, e por isso, mais concreto.

No estudo de caso, os sujeitos são considerados como parte de uma tensão permanente que se instaura entre a subjetividade individual e o social. Com isso, o valor de tal produção teórica está na qualidade da construção em relação ao objeto de estudo e em relação à teoria que se utiliza (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 158).

Para alguns autores, a tendência de um estudo de caso é esclarecer uma decisão ou conjunto de decisões e seus motivos. Outros elementos a serem considerados nesse tipo de estudo são indivíduos, organizações, processos, instituições, eventos, entre outros. Em geral, baseiam-se em questões do tipo ‘como’ e ‘por que’ quando se tratam de fenômenos contemporâneos inseridos em seus contextos. Esses estudos, em geral, são exploratórios e descritivos e, por esse motivo, os instrumentos de pesquisa utilizados geralmente são a observação participante e a entrevista (YIN, 2005, p. 31).

Dessa forma, o estudo de caso se justifica pelos pressupostos epistemológicos desta pesquisa e pelas características do objeto. O objeto de análise – práticas de saúde de trabalhadores/as Sem Terra – consiste em um fenômeno bem delimitado e, ao mesmo tempo, pouco explorado, que só adquire sentido quando estudado em relação ao próprio MST. Por outro lado, a unidade de análise – experiências de saúde no MST da região do Vale do Rio Doce – carrega a especificidade de ser uma região caracterizada por sua expressão no âmbito das práticas de saúde, tanto em períodos anteriores, como atualmente.

2.2 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA: O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA DO BRASIL, SUA ORGANIZAÇÃO E SUA PRESENÇA

Para se compreender o processo de formação do Movimento Sem Terra é necessário nos remetermos aos processos históricos de concentração de terras no Brasil e, conseqüentemente, às diversas manifestações de luta pela terra, assim como nos conta Bernardo Mançano Fernandes:

A história da formação do Brasil é marcada pela invasão do território indígena, pela escravidão e pela produção do território capitalista. Nesse processo de formação de nosso País, a luta de resistência começou com a chegada do colonizador europeu, há 500 anos, desde que os povos indígenas resistem ao genocídio histórico. Começaram, então, as lutas contra o cativo, contra a exploração e, por conseguinte, contra o cativo da terra, contra a expropriação, contra a expulsão e contra a exclusão, que marcam a história dos trabalhadores desde a luta dos escravos, da luta dos imigrantes, da formação das lutas camponesas. Lutas e guerras, uma após a outra, ou ao mesmo tempo, sem cessar, no enfrentamento constante contra o capitalismo. Essa é a memória que nos ajuda a compreender o processo de formação do MST (FERNANDES, 2000, p. 25).

Também é necessário compreender como a concentração de terras se acentuou nas últimas décadas, através dos processos de modernização e urbanização brasileira, que no campo se caracterizou pelo advento da revolução verde. Esta foi resultado de um modelo

agrário implantado pela ditadura militar, que desenvolveu a modernização da agricultura, a produção para exportação e o uso de produtos agroquímicos, impulsionou o êxodo rural e a concentração da terra e dos subsídios para a produção (MST, 2010, p. 9). Assim, embora o Movimento Sem Terra tenha se organizado como movimento social em 1984, é preciso percebê-lo como fruto desse processo histórico de luta por terra no Brasil.

As primeiras lutas por terra, que mais tarde originariam o que chamamos de MST, datam do final dos anos 70. Reconhece-se como semente do MST a ocupação da Fazenda Macali, em Sarandi, Rio Grande do Sul, no ano de 1979. A organização se fortaleceu na região e deu origem a novas ocupações, entre as quais se destacam a ocupação da Fazenda Annoni e a Encruzilhada Natalino, em 1980. Esta chegou a organizar cerca de três mil pessoas. Em 1982, todas as famílias organizadas no Estado foram assentadas por ordem do Governo Federal (MORISSAWA, 2001, p. 123-9).

Em Santa Catarina, a semente do MST foi uma ocupação de terra realizada em 1980, no município de Chapecó, que foi desapropriada pelo Governo Federal poucos meses depois. No Paraná, a primeira ocupação foi em 1982, no município de Marmeleiro, e os primeiros assentamentos foram criados em 1985. Registram-se também importantes ocupações realizadas nos estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul em 1981 e 1984, respectivamente (MORISSAWA, 2001, p. 129-35).

Nesse sentido, afirma-se que o MST surgiu em vários estados ao mesmo tempo. Destaca-se que a Comissão Pastoral da Terra (CPT) foi a principal entidade responsável pela organização dos sem-terra nesse período e pela fundação do MST. A organização das ocupações de terras nesses estados contou com contribuição da Igreja Católica e da Igreja Luterana, através do apoio político e jurídico, no fornecimento de alimentos e infraestrutura, ou fornecendo espaço para acampamento temporário das famílias mobilizadas (MORISSAWA, 2001, p. 123-35).

Em 1982, os trabalhadores organizados nessas ocupações realizaram o Encontro Regional Sul, no qual se evidenciou o inimigo desses trabalhadores rurais - grileiros de terras e grandes empresários. No mesmo ano, em um Seminário em Goiânia (GO) organizado pela CPT, que contou com representantes de ocupações e posseiros organizados oriundos de 17 estados do país (inclusive os estados já mencionados), levantou-se a proposta da criação de um movimento de luta por terra a nível nacional. Tais eventos culminaram na realização do I Encontro Nacional dos Sem Terra em Cascavel, Paraná, em 1984 que fundou o MST (MORISSAWA, 2001, p. 135-8).

A partir da fundação, o MST passou a se organizar em diversos estados e o período que se segue é acompanhado de um avanço na luta de massas. Em 1985, realizou-se o I Congresso Nacional, instância máxima do Movimento. Sua palavra de ordem foi “Ocupar é a única solução”. Nesse ano, o Movimento já estava organizado em todas as regiões do país (MORISSAWA, 2001, p. 132, 140-3).

A história ensinou ao MST que a ocupação é a principal ferramenta e a expressão mais forte da luta. As terras ocupadas pelo Movimento são, por princípio, terras que não cumprem sua função social – griladas, latifúndio por exploração, fazenda improdutiva ou área devoluta. E a ocupação é uma ação voltada para se desenvolver a luta e a resistência e, como tal, abre espaço para negociação. Ao longo desses anos, o histórico de luta dos Sem Terra mostrou que *terra conquistada é terra ocupada*, e que a reforma agrária não se conquista com a boa vontade dos governantes, mas com luta de massas e povo nas ruas. E assim, suas principais formas de luta são: ocupação de terras, acampamento permanente, marchas, ocupações de prédios públicos, acampamento nas capitais e manifestações nas grandes cidades.

O final dos anos 80 foi marcado pela expansão do MST para diversos estados brasileiros. Em 1990, o II Congresso Nacional do MST evidenciou um movimento consolidado enquanto organização nacional, que abrange 23 estados. Paralelamente a esse processo organizativo, presenciou-se a organização da direita ruralista e o aumento da violência no campo (que dobrou os índices de 1985 para 1986) (MORISSAWA, 2001, p. 132, 143, 146).

Por outro lado, desde a sua fundação, o MST passou a se organizar em diversas frentes de atuação. Entre estas, citam-se a cooperação no trabalho, que se tornou realidade já nas primeiras ocupações, e a construção de alternativas para se reduzir os baixos índices de escolaridade entre as famílias. Contudo, a situação dos assentamentos evidenciou que a conquista da terra é apenas o começo da luta, e que esta não basta para se resolver os problemas sociais dos trabalhadores rurais (MORISSAWA, 2001, p. 140-4).

Assim, os anos 90 são marcados por avanço na produção dos assentamentos, na organização de cooperativas e associações, mas também por uma carência de infraestrutura social. Nesse período, o surgimento do neoliberalismo contribuiu ainda mais para o desenvolvimento da agricultura convencional, a entrada do capital internacional na agricultura, a concentração da propriedade da terra e expulsão dos pequenos agricultores do campo. (MORISSAWA, 2001, p. 146-8).

Esse avanço das experiências desenvolvidas pelo MST, em especial na década de 90, veio acompanhado da consolidação dos seus princípios organizativos. De acordo com Caldart

e Cerioli (2007, p. 29), *os princípios organizativos do MST* propõem “relações entre espaços, instâncias e pessoas que dão movimento à estrutura e garantem o funcionamento do conjunto do processo”, em uma perspectiva de democracia ascendente e descendente, que permita o fluxo de informações e de decisões.

E assim, no MST, os trabalhadores e as trabalhadoras pertencentes às áreas de acampamento e assentamento se organizam em instâncias organizativas - núcleo de bases de famílias, coordenação de área, coordenação regional, coordenação e direção estaduais, coordenação e direção nacionais. Cada grupo de famílias tem seus representantes que, juntos, formam a coordenação do acampamento ou do assentamento. Nessa lógica constituem-se coordenações regionais, estaduais e nacionais, compondo a estrutura organizativa do Movimento.

De forma transversal a essas instâncias, organizam-se os Setores, como Saúde, Educação, Produção, Comunicação, Frente de Massa, Direitos Humanos, Juventude, Gênero, Cultura e Finanças, entre outros, para a realização de tarefas e discussões específicas. Os setores também se organizam desde o nível local, em um acampamento ou assentamento, a nível regional, estadual e nacional. Periodicamente desenvolvem-se os Encontros (regional, estadual ou nacional) que contam com ampla participação dos militantes do Movimento. A instância máxima do MST é, contudo, o Congresso Nacional, que ocorre, geralmente, a cada cinco anos e tem como objetivo fixar as linhas gerais de atuação.

Em 1995 o MST realizou o III Congresso Nacional, cujo lema foi “Reforma Agrária: uma luta de todos!”. Um grito de ordem que mostra a importância da pauta da reforma agrária ser abraçada pelo conjunto da sociedade.

Nesse período, presenciamos o Massacre de Eldorado de Carajás, promovido pela Polícia Militar do Estado do Pará, que resultou na morte de 19 trabalhadores rurais do MST, 69 feridos e 07 desaparecidos. De acordo com os laudos, dos 19 mortos, 13 foram executados depois de rendidos. O Massacre aconteceu como repressão da Polícia Militar a uma marcha desenvolvida pelo MST que reivindicava um assentamento de reforma agrária ao Estado (MORISSAWA, 2001, p. 153, 156). O processo de julgamento dos policiais envolvidos no Massacre demorou 16 anos. Em 2012, o caso se deu por encerrado, e dois dos 154 policiais envolvidos no Massacre foram condenados à prisão. Durante os 16 anos de julgamento, esses dois policiais responderam em liberdade.

Nos anos 90, o MST passou a ganhar credibilidade entre a população brasileira. Logo após o Massacre de Eldorado de Carajás, uma pesquisa de opinião realizada pela Vox Populi mostrou que o MST estava entre as cinco instituições de maior credibilidade do Brasil. Dos

anos 90 em diante, passou a receber inúmeros prêmios e medalhas de honra em suas ações em diversas frentes de atuação (MORISSAWA, 2001, p. 155). Em 97, o MST realizou a grande Marcha por Emprego e Reforma Agrária, na qual 100 mil pessoas participaram da manifestação de chegada dos marchantes em Brasília (MST, 2010, p. 10).

No entanto, a partir dos anos 90, com o fortalecimento do modelo econômico neoliberal evidenciou-se o avanço da articulação entre o grande capital e a agricultura. Desde então, o modelo agrário exportador acentuou-se consideravelmente, dividindo o território brasileiro em grandes cultivos de soja, cana-de-açúcar e celulose, além da pecuária extensiva. A posse da terra pelo capital estrangeiro atingiu níveis significativos. Além disso, os dados do Censo Agropecuário fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que desde 1970 a concentração fundiária brasileira permanece inalterada (índice de Gini próximo a 0,86). Paralelamente, a violência no campo continua atual e consiste em uma realidade em todas as regiões do país. De acordo com a CPT, entre 1985 e 2009, foram assassinados 1469 trabalhadores rurais. Em 2010, apenas 85 casos desse montante haviam sido julgados (MST, 2010, p. 32).

Nesse contexto de priorização do latifúndio exportador, “os assentamentos são criados dentro de uma política fragmentada de resolução de conflitos e políticas assistenciais” (MST, 2010, p. 19). No entanto, em 2010, a partir de um balanço das lutas e conquistas do MST, este avaliou que:

Mesmo sem vivenciar um verdadeiro processo de reforma agrária, os 26 anos de luta do MST não são em vão. Pelo contrário. Em 23 estados e no Distrito Federal, organizamos mais de 1,5 milhões de pessoas, que vivem acampadas e assentadas. Grande parte das pessoas assentadas, que se organizam em torno de cooperativas e associações coletivas e semicoletivas, tem melhores condições de vida do que antes de conquistar a terra (MST, 2010, p. 11).

E afirmou, ainda, que:

Uma das principais conquistas do MST é manter o tema da reforma agrária na pauta de discussão da sociedade e do Estado. No campo social, os resultados nas áreas conquistadas são significativos: foi praticamente eliminada a mortalidade infantil nos assentamentos e não existe mais a fome. É incomparável a produtividade, número de empregos e instalação de infraestrutura de uma área antes e depois de se transformar em assentamento. Acima de tudo, foi conquistada a dignidade da cidadania, porque quando a cerca do latifúndio é rompida, também se rompe a cerca do “voto de curral”, do coronelismo e da dominação política (MST, 2010, p. 11).

As experiências do MST mostram-se significativas, também, no âmbito da educação, da escolarização, formação, comunicação, cultura, arte, juventude e mulheres. Destacamos,

também, que no ano 2000, o Movimento realizou o seu IV Congresso, que teve como lema “Reforma Agrária: por um Brasil sem latifúndio!” e em 2007, o V Congresso, cujo lema foi “Reforma Agrária: por justiça social e soberania popular!”. O VI Congresso do MST está planejado para ser realizado em 2013.

Dessa forma, finalizamos esta seção expondo os objetivos do MST, os quais devem ser compreendidos a partir do seu próprio processo de luta histórica:

1. Construir uma sociedade sem exploradores e explorados, onde o trabalho tenha supremacia sobre o capital;
2. Garantir que a terra, um bem de todos, esteja a serviço de toda a sociedade;
3. Garantir trabalho a todos, com justa distribuição da terra, da renda e das riquezas;
4. Buscar permanentemente a justiça social e a igualdade de direitos econômicos, políticos, sociais e culturais;
5. Difundir os valores humanistas e socialistas nas relações sociais e pessoais;
6. Buscar a articulação com as lutas internacionais contra o capital e pelo socialismo (MST, 2002, p.2).

Assim, a luta do MST não se encerra na conquista da terra, mas se orienta por objetivos mais amplos. E é se orientando por esses princípios que o MST planeja suas diversas frentes de atuação.

2.2.1 O Setor de Saúde no MST

No MST, equipes de saúde se organizaram desde as primeiras ocupações de terras, e desde então se incorporaram à organicidade do MST. Nos primeiros momentos, as principais contribuições à organização das práticas de saúde nos assentamentos e acampamentos do MST vieram das pastorais sociais da Igreja Católica, em especial, da Pastoral da Saúde.

O trabalho com a saúde no MST começou ainda com as primeiras ocupações de terras. Quando eram formadas as equipes internas dos acampamentos, já se incluía a de 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 seu jeito de organizar (PEREIRA, 2009, p. 2).

Em 1995, no III Congresso do MST, a questão da saúde entrou em pauta a partir da necessidade de se desenvolver as práticas de saúde para além de uma demanda imediata. Foi, contudo, em 1998, que a saúde passou a se organizar enquanto setor em nível nacional, segundo os princípios organizativos do MST (DAROS, DELLAZARI; ANDREATA 2007, *apud* BURIGO, 2010, p. 96).

Nesse ano, deu-se a organização do Coletivo Nacional de Saúde, que teve como marco uma oficina nacional de socialização de experiências de saúde do MST, que contou com representantes dos 23 estados brasileiros nos quais o MST se organizava (PEREIRA, 2009, p.2). Esse momento foi um marco para a saúde no MST que, desde então, passou a ter representação na instância nacional do Movimento e a ser planejada a partir dos objetivos e estratégias do mesmo.

Com a organização do Coletivo Nacional de Saúde, produziu-se o Caderno de Saúde nº 1: “Lutar por saúde é lutar pela vida”. Nesse momento, passou-se à discussão e elaboração sobre o conceito, os princípios e os valores da saúde no MST. Nesse Caderno, o MST afirma que para ter saúde é preciso mais que assistência médica e hospitalar, é necessário garantir condições de vida para que as pessoas não fiquem doentes.

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 (MST, 1999, p. 5).

No entanto, de acordo com Daros, Dellazari e Andreatta (2007, *apud* BURIGO, 2010, p. 96), inicialmente o Coletivo se ocupou de ações focadas na assistência, como produção de fitoterápicos ou enfrentar problemas imediatos voltados para as situações de adoecimento. A partir de então, propôs-se a apropriação dos referenciais orientadores do Movimento da Reforma da Sanitária, passando a incorporar elementos como direito à saúde, educação em saúde, vida saudável e sua relação com a transformação social. A I Oficina de Produção de Materiais Educativos do Setor de Saúde, realizada em 2000, foi considerada um marco nessa mudança de concepção.

Em seguida, desenvolveu-se uma pesquisa sobre as condições de saúde e vida na reforma agrária, em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), que gerou um importante debate interno à Organização, e mostrou alguns dos desafios à saúde na reforma agrária, entre os quais se incluem: fortalecer a organização da saúde nos estados e em nível nacional e desenvolver a formação técnica de militantes da saúde. Desde então, foram construídos os primeiros cursos técnicos na área da saúde, foram desenvolvidas atividades junto com outros setores do Movimento - especialmente formação, educação e produção – e passou-se a atuar de forma organizada nas atividades massivas do Movimento, como marchas, encontros, etc. (PEREIRA, 2009, p. 2).

Ao longo desse processo e, principalmente a partir da pesquisa em parceria com a UnB, o tema da saúde ambiental foi incorporado à pauta do Coletivo Nacional de Saúde, haja vista a situação dos assentamentos e acampamentos relacionada à falta de saneamento, contaminação por agrotóxicos, condições de moradia e sua relação com o perfil de adoecimento das famílias assentadas e acampadas.

A Cartilha nº 5 “Construindo o conceito de saúde do MST” também representou um importante avanço na problematização e construção do conceito de saúde do Movimento. Esse material foi construído na forma de cartilha ilustrada e álbum seriado e, ao longo desses anos, tem servido de referência para discussão e problematização sobre o conceito de saúde com as famílias acampadas e assentadas.

Por fim, destacamos o aprofundamento das discussões e formação política sobre o SUS e as políticas públicas de saúde, como importante passo na organização do setor. Em alguns estados, o setor passou a participar das instâncias do controle social, principalmente nos municípios (PEREIRA, 2009, p. 3). Em 2005, passou a integrar, com outras organizações da sociedade civil, o Grupo da Terra¹¹, junto ao Ministério da Saúde, para construção da Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e da Floresta¹² (PNSIPCF), uma das principais conquistas no âmbito das políticas públicas para a saúde das populações do campo. Além da Política, destaca-se: a conquista da mudança no cálculo do Piso de Atenção Básica (PAB), que passa a incluir a população assentada; o lançamento de medidas que estimulam o PSF em municípios tipicamente rurais; e o estímulo à construção de políticas voltadas para as plantas medicinais e a fitoterapia (CARNEIRO, 2007, p. 49).

Em 2005, o Coletivo Nacional de Saúde do MST elaborou o Caderno “Relato das Experiências em Saúde do Movimento Sem Terra”, no qual sistematizou experiências e depoimentos dos Coletivos Estaduais de Saúde do MST. De acordo com essa publicação, as experiências do MST referem-se principalmente aos relatos de convivência e cuidado entre militantes e familiares em caso de adoecimento, a promoção de hábitos saudáveis à saúde, a efetivação do direito à assistência em saúde, preparo de remédios à base de plantas medicinais, cuidado com alimentação, com a higiene e com o ambiente, oficinas com a juventude sobre sexualidade, cuidado com os portadores de sofrimento mental, e inserção nas lutas e processos organizativos do próprio MST (MST, 2005, p. 9).

¹¹ O Grupo da Terra foi instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 719, de 14 de abril de 2004, atualizado pela Portaria nº 3257, de 22 de dezembro de 2009, e é composto por representantes de órgãos e entidades públicas e da sociedade civil organizada.

¹² A PNSIPCF foi aprovada por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde, em agosto de 2008, mas, apenas em 02 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.866, que instituiu a Política.

2.2.2 O MST na Região do Vale do Rio Doce - MG

O início da organização do MST em Minas Gerais se desenvolveu nos vales do Mucuri e do Jequitinhonha. As primeiras reuniões foram em 1984, no município de Poté, promovidas pelas Comunidades Eclesiais de Base e pela Comissão Pastoral da Terra. A organização rapidamente se expandiu para municípios vizinhos e consolidou uma organização a nível regional. Nesse momento, a discussão estratégica oscilava entre o apoio à luta dos posseiros ou ocupação de terras, uma vez que os índices de violência no campo cresciam significativamente no período, e parte dos integrantes não se dispunham a assumir a estratégia da ocupação de terras como forma de luta dos trabalhadores rurais (FERNANDES, 2000, p. 136).

A primeira ocupação ocorreu apenas em 1988, em Novo Cruzeiro, Vale do Jequitinhonha, e contou com cerca de 400 famílias que ocuparam a fazenda Aruega. Essa ocupação e as que se seguiram foram respondidas com alta repressão policial e da milícia privada organizada pela União Democrática Ruralista (UDR) nas regiões. A repressão levou à desistência de diversas famílias, mas não impediu a continuidade das lutas do MST no Jequitinhonha e a expansão para a região noroeste e o triângulo mineiro (FERNANDES, 2000, p. 137).

Após a ocupação de Aruega, as famílias remanescentes realizaram várias tentativas de ocupar outras fazendas na região, mas foram igualmente reprimidas pela Polícia Militar e pela UDR. Em 1º de Junho de 1993, parte dessas famílias ocupou a fazenda Califórnia, em Tumiritinga, no Vale do Rio Doce. Como a fazenda estava em processo de desapropriação, não houve despejo e, posteriormente, originou o Assentamento 1º de Junho. Desde então, o MST passou a se organizar no Vale do Rio Doce. Nos anos seguintes presenciaram-se ocupações nos municípios de Governador Valadares e Periquito (FERNANDES, 2000, p. 139).

A luta pela terra no Vale do Rio Doce é marcada pelo confronto entre posseiros e grileiros de terras e sua milícia armada. Carlos Olavo da Cunha, em seu livro “Nas terras do rio sem dono”, relata o processo de ocupação da região pelo povo nordestino, expulso pelo latifúndio e pela seca do Nordeste. Estes chegaram de caminhões ‘pau de arara’, na década de 40, após a fundação da rodovia Rio Bahia, em busca dos mercados de trabalho do Sul. O autor relata que esses trabalhadores nordestinos “haviam descoberto uma terra onde os rios não tinham dono. Matas imensas a perder de vista [...]. Água em cada quebrada. E sem dono. Sem dono o rio, sem dono a terra” (PEREIRA, 1980, p. 3-4).

Assim, esse foi o povo que passou a colonizar a região na condição de posseiro e na esperança de um dia ter a posse da terra. A obra de Carlos Olavo da Cunha relata o aparecimento dos grileiros de terras na região e o confronto que se instaurou e acarretou em alto êxodo rural. A obra relata também a organização dos trabalhadores sem-terra da região, nos anos 60, em torno dos sindicatos de trabalhadores rurais, e o projeto de se desenvolver o Plano Piloto de Reforma Agrária no Governo João Goulart. Os sem-terra propunham que o Plano Piloto fosse desenvolvido na Fazenda Ministério, uma área pública utilizada pelos grandes fazendeiros da região para extração madeireira e pecuária extensiva. O governo federal aderiu à proposta e a inauguração da fazenda Modelo estava marcada para o dia 31 de março de 1964, data do Golpe Militar. O autor nos conta que a organização dos ruralistas na região foi extremamente forte, levou à organização de uma das milícias privadas mais fortes do período e contribuiu significativamente para a adesão do então Governador Magalhães Pinto ao Golpe Militar (PEREIRA, 1980). A Fazenda Ministério foi ocupada pelo MST três décadas depois, gerando o então assentamento Oziel Alves Pereira.

O histórico de colonização da terra no Vale do Rio Doce, marcado pela pecuária extensiva, pela alta degradação dos recursos naturais e também pelo abandono de terras, gerou um quadro de grande devastação ambiental na região. Dessa forma, as áreas de assentamentos e acampamentos do MST possuem um passivo ambiental produzido anteriormente à chegada das famílias. Tais condições ambientais acarretam grandes dificuldades ao desenvolvimento da agricultura familiar em diversos assentamentos e acampamentos da região.

O Vale do Rio Doce é uma das regionais do MST de maior abrangência em Minas Gerais. Organiza atualmente doze assentamentos e nove acampamentos, totalizando cerca de mil famílias Sem Terra. O Movimento na região mostra-se atuante e organizado, com histórico de experiências significativas não só na saúde, mas também na educação, produção, juventude, gênero e cultura. O Assentamento Oziel Alves Pereira sedia o Centro de Formação Francisca Veras, único centro de formação de abrangência estadual do MST-MG. Na Tabela 1 encontram-se listadas as áreas de acampamentos e assentamentos do MST na região do Vale do Rio Doce.

É importante destacar, ainda, que uma das áreas que fazem parte desta pesquisa, o Acampamento Juscelino dos Santos, foi dissolvida alguns meses após minha visita de campo à área. As famílias desse acampamento foram distribuídas em outras áreas - algumas foram assentadas no Assentamento Manoel Ferreira, em Jampruca, e as remanescentes foram para o Acampamento Padre Gino, em Frei Inocênciao.

Tabela 1 - Áreas de acampamentos e assentamentos do MST no Vale do Rio Doce

Área de Reforma Agrária	Município	Número de Famílias	Data de fundação ¹³
Assentamento Primeiro de Junho	Tumiritinga	81	1996
Assentamento Barro Azul	Governador Valadares	56	1996
Assentamento Oziel Alves Pereira	Governador Valadares	68	1997
Assentamento Dorcelina Folador	Resplendor	35	2003
Assentamento Liberdade	Periquito	40	2004
Assentamento Roseli Nunes II	Resplendor	40	2004
Assentamento Gilberto de Assis	Resplendor	35	2005
Assentamento Ulisses Oliveira	Jampruca	44	2005
Assentamento Ira Aguiar	Santa Maria do Suassui	30	2007
Assentamento Terra Prometida	Tumiritinga	30	2007
Assentamento Padre Domingos	Frei Inocênciao	8	2010
Assentamento Manoel Ferreira	Jampruca	25	2011
Acampamento Padre Gino	Frei Inocênciao	30	2002
Acampamento Esperança do Vale	São José de Safira	15	2003
Acampamento Maria da Penha	Mathias Lobato	28	2005
Acampamento Chico Mendes	Resplendor	10	2005
Acampamento Padre João	Frei Inocênciao	30	2010
Acampamento Partilha	Frei Inocênciao	40	2010
Acampamento Belo Monte	Jampruca	40	2010
Acampamento Sebastião Moreira	Tumiritinga	70	2011
Acampamento ¹⁴	Tumiritinga	280	2012

Fonte: Direção Estadual do MST-MG.

2.3 O TRABALHO DE CAMPO NA PESQUISA SOBRE O CAMPO

Devido à minha inserção no MST, buscamos desenvolver a investigação empírica na perspectiva do ‘trabalho de campo’, assim como proposto por González Rey (2005). Para esse

¹³ Para os assentamentos foi considerada a data de fundação do projeto de assentamento, para os acampamentos, foi considerada a data de ocupação da área.

¹⁴ Esse acampamento foi criado recentemente e até a finalização desta dissertação não havia sido “batizado”.

autor, este é um processo de pesquisa que implica em participação espontânea do pesquisador na vida cotidiana dos sujeitos estudados e na integração entre campo e teoria. Reconhece-se que trabalho de campo e produção teórica não são dois momentos distintos da pesquisa, pelo contrário, relacionam-se constantemente. Nessa perspectiva, o trabalho de campo configura-se como um momento de descoberta e criação, um processo ativo e simultâneo de investigação e produção teórica.

No trabalho de campo, o percurso da investigação não se limita a um problema inicial de pesquisa ou hipótese, no sentido de ‘limitar’ o olhar da investigação. Pelo contrário:

[...] o pesquisador está exposto permanentemente a confrontar com o novo, motivo pelo qual se vê obrigado a desenvolver conceitos e explicações que deem sentido às novas experiências para incluí-las no processo de construção do conhecimento (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 101).

Para esse autor, o termo ‘coleta de dados’ significa um “momento de acúmulo de informação, à qual será atribuído um significado só posteriormente, na etapa de interpretação de resultados” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 97). Já no trabalho de campo pressupõe-se um processo permanente de vivência de relações e de construção dos eixos de pesquisa. Implica não só em registrar eventos, mas em construir ideias e processos investigativos mediante a presença do pesquisador em campo.

Na pesquisa qualitativa, a comunicação estabelecida entre o pesquisador e os pesquisados deve levar em consideração esse caráter construtivo e interativo do conhecimento, uma vez que os sujeitos pesquisados não expressam em uma ‘resposta breve e direta’ a riqueza contraditória da realidade. Por isso, é necessário o diálogo entre pesquisador e pesquisado, para que se realizem verdadeiras construções. Segundo González Rey, “no diálogo se criam climas de segurança, tensão intelectual, interesse e confiança, que favorecem níveis de conceituação da experiência que raramente aparecem de forma espontânea na vida cotidiana” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 55).

Assim, no desenvolvimento da pesquisa qualitativa, a qualidade da expressão do pesquisado - ou seja, o valor da qualidade da informação - apresenta estreita relação com o tipo de vínculo construído com o pesquisador. Demanda, portanto, envolvimento e motivação do pesquisado.

É nesse sentido que se buscou desenvolver a comunicação inerente ao processo investigativo na pesquisa qualitativa. Ao longo desses anos, a minha vivência como integrante do Setor Estadual de Saúde do MST propiciou o compartilhamento de práticas, projetos e

valores com integrantes do MST no Vale do Rio Doce e permitiu-me o estabelecimento de uma relação de vínculo com os sujeitos pesquisados, em especial com as mulheres integrantes do Setor Regional de Saúde.

Isso não quer dizer que, em alguns momentos, a minha comunicação com os sujeitos pesquisados não tenha se aproximado de uma ‘coleta de dados’, um problema inerente ao pesquisador em processo de formação. Isso ocorreu principalmente no Assentamento 1º de Junho, única área visitada em que poucas pessoas me conheciam, o que perceptivelmente acarretou em algum prejuízo no desenvolvimento de uma comunicação mais horizontal com os sujeitos pesquisados.

O trabalho de campo foi desenvolvido entre os meses de março a novembro de 2011. Ao longo desses meses, foram realizadas sete viagens a campo, com duração de dois a quatro dias cada. Teve início a partir de uma entrevista com um grupo focal com o Setor de Saúde Regional, que aconteceu durante uma reunião programada do grupo no Acampamento Padre Gino, em Frei Inocêncio.

A entrevista de grupo focal é utilizada quando se pretende dar ênfase à interação do grupo e à discussão de assuntos de interesse público ou preocupação em comum. Caracteriza-se por um conjunto de pessoas que discutem e comentam sobre o assunto pesquisado a partir da sua experiência de vida. Nessa metodologia, busca-se criar condições para que um grupo se sinta convidado a conversar sobre uma determinada temática, explicitando os pontos de vista dos integrantes (GATTI, 2005, p. 9).

A resposta que emerge leva em consideração que “os sentidos e representações do grupo são influenciados pela natureza social da interação em vez de se fundamentarem na perspectiva individual” (GASKELL, 2003, p. 75). E assim, além de ajudar na observação de perspectivas diferentes diante de uma mesma questão, permite a compreensão de ideias compartilhadas entre um grupo, bem como compreender “[...] os fatores que os influenciam, as motivações que subsidiam as opções, os porquês de determinados posicionamentos” (GATTI, 2005, p. 14).

A escolha por se iniciar o trabalho de campo através do Setor de Saúde Regional deve-se ao caráter de representatividade que tal instância estabelece no processo organizativo do MST, além do significativo envolvimento do grupo nas diversas ações do MST na região. Com isso, o Setor de Saúde Regional não só é a instância representativa da saúde no MST do Vale do Rio Doce, como é constantemente reconhecida pela Organização, dado o grau de envolvimento de suas representantes nas ações regionais e nos assentamentos e acampamentos.

A entrevista com o grupo focal teve como objetivo captar como as integrantes do Setor de Saúde Regional compreendem a *Saúde tal como proposta pelo MST*, além de identificar práticas desenvolvidas em assentamentos e acampamentos da região que, na visão do grupo, concretizem esse ideal de saúde. Contou-se com a presença de oito pessoas e a reunião teve a duração de 02h30min.

A primeira parte da entrevista com o grupo focal consistiu na discussão do conceito de saúde do MST, que foi desenvolvida a partir de objetos geradores. Para isso, foi solicitado a cada integrante que trouxesse para a entrevista um objeto que simbolizasse a saúde no Movimento. Os integrantes apresentaram seus objetos escolhidos e expuseram os motivos das escolhas. A exposição seguiu-se de debate entre o grupo no sentido de trazer elementos não mencionados inicialmente, bem como aprofundar explicações. Em seguida, buscou-se construir, com a participação do grupo, uma sistematização conceitual, que foi denominada como ‘Eixos da Saúde no MST’.

A segunda parte da entrevista com o grupo focal, denominada de ‘Panorama das práticas de saúde no MST’, consistiu de identificação das práticas de saúde que são desenvolvidas nos assentamentos e acampamentos do MST na região do Vale do Rio Doce. Nesse momento, o grupo fez uma ‘chuva de ideias’ das ações desenvolvidas em cada assentamento ou acampamento, a partir dos eixos da saúde construídos no primeiro momento da entrevista coletiva. Em seguida, foram escolhidas algumas experiências a serem estudadas por meio desta pesquisa, considerando-se a importância dessas experiências na construção da *Saúde no MST*. Além disso, foi possível identificar pessoas que são referências no desenvolvimento dessas experiências, para atuarem como informantes da pesquisa.

Em um segundo momento do trabalho de campo, iniciou-se a investigação sobre as experiências indicadas pelo Setor Regional de Saúde, que ocorreu através da observação participante e entrevista semi-estruturada. Para isso, foram realizadas visitas aos seguintes assentamentos e acampamentos da região: Assentamento 1º de Junho, em Tumiritinga; Assentamento Barro Azul e Assentamento Oziel Alves Pereira, em Governador Valadares; Acampamento Juscelino dos Santos e Acampamento Padre Gino, em Frei Inocêncio; e Assentamento Ulisses de Oliveira, em Jampruca.

Nas visitas aos assentamentos e acampamentos, conversou-se com as próprias pessoas indicadas como referências das experiências ou com lideranças locais. Essa conversa inicial teve o objetivo de melhor compreender as ações em desenvolvimento na área, o histórico e a abrangência das mesmas nas respectivas comunidades, ou até mesmo na região. Algumas

dessas experiências puderam ser investigadas por meio da observação participante, no caso de circunstâncias favoráveis à observação, ou no caso das ações programadas.

A observação participante é empregada quando se deseja estudar situações sociais e comportamentos típicos, no seu contexto e no momento de sua ocorrência. Possibilita coletar dados sobre comportamentos não verbais, não intencionais ou inconscientes, bem como explorar tópicos inconvenientes de serem explorados através de uma entrevista, por exemplo. Além disso, possibilita estudos com maior profundidade do conjunto dos sujeitos investigados e é uma técnica menos ‘reativa’ do que as comumente utilizadas. Contudo, demanda maior período de imersão do pesquisador no contexto investigado e se limita aos limites temporais e espaciais do fenômeno. (VIANNA, 2003, p. 56).

Na observação participante, registramos, em um diário de campo, os fenômenos à medida que eles ocorriam. Nesta se deu ênfase à observação das práticas desenvolvidas, aos seus contextos, à participação das pessoas, à relação com outros processos organizativos, às lógicas e valores embutidos e aos principais impactos dessas ações.

No caderno de campo, buscamos registrar fenômenos, mas também reflexões decorrentes das vivências, aproximando-se do que podemos denominar como ‘caderno de reflexão’, ao permitir o diálogo entre os fenômenos estudados e as ideias, fornecendo possibilidades de construções teóricas mais complexas (conforme discussão sobre os ‘indicadores’ na seção 2.5). Também foi utilizada a fotografia como forma de registro para melhor explicitar os fenômenos observados.

Além da observação participante, realizou-se entrevista semi-estruturada com as pessoas de referências das experiências. Esta consiste em uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação entre pesquisador e informante, e que deve ser dirigida de acordo com os objetivos da pesquisa. É utilizada para a “compreensão de crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (GASKELL, 2003, p. 65).

Nesta pesquisa, ela foi desenvolvida com o objetivo de se apreender os valores e os debates de normas que orientam o desenvolvimento das práticas de saúde por parte dos sujeitos investigados. As entrevistas ocorreram em forma de conversa aberta, priorizando-se a escuta, e através delas foi possível captar aspectos objetivos e subjetivos das experiências dos sujeitos.

O roteiro de entrevista foi construído na forma de tópico guia, com questões a serem abordadas com os sujeitos entrevistados. Esse tópico guia atuou como um convite aos pesquisados para falarem com suas próprias palavras sobre suas experiências e motivações.

No Apêndice C é possível visualizá-lo. Foram realizadas ao todo dez entrevistas, com duração mínima de 40 minutos e máxima de 120 minutos.

Além disso, ao longo desses meses, na condição de integrante do Coletivo Estadual de Saúde do MST, troquei email e telefonemas com algumas integrantes do Setor Regional de Saúde, participamos juntas de lutas e mobilizações e realizamos reuniões para a discussão de questões regionais e estaduais da saúde no MST. A minha participação como militante do MST propiciou-me um contato permanente com algumas integrantes dessa pesquisa e, conseqüentemente, o acesso a informações mesmo nos momentos de ‘ausência’ do trabalho de campo.

Por fim, gostaríamos de destacar a importância dos ‘momentos informais’ da pesquisa. Consideramos que a observação participante que se desenvolveu por meio das visitas às casas das pesquisadas - ao redor do fogão de lenha ou na cozinha, ao se compartilhar o trabalho doméstico, no descanso após o trabalho, nos desabafos e conversas ‘jogadas fora’ - foi tão importante para o desenvolvimento desta investigação quanto a observação participante nas práticas propriamente ditas ou até mesmo as entrevistas.

2.4 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA: OS AGENTES DA SAUDE NO CAMPO

Nos parágrafos abaixo, faremos uma breve caracterização de cada sujeito integrante desta pesquisa, bem como a forma de participação dos mesmos. Atendendo às diretrizes e normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - que dispõe sobre os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos - a identidade dos sujeitos entrevistados foi preservada e os nomes dessas pessoas foram alterados (BRASIL, 1996). Os nomes fictícios foram escolhidos em reverência a mulheres e homens militantes de esquerda homenageados frequentemente pelo MST: Haydée Santamaría, Helenira Resende, Margarida Alves, Iara Iavelberg, Rosa Luxemburgo, Olga Benário Prestes, Dorcelina Folador, Roseli Nunes, Clara Zetkin, Dandara, Domitila Chungara, Alexina Crespo, Francisco Mendes e Camilo Torres.

Rosa é mulher, divorciada e assentada no Assentamento Ulisses de Oliveira. Faz parte do MST desde 1998. É uma das principais referências de saúde em todo o MST de Minas Gerais, contribuiu na organização do Setor Estadual e Regional e já representou o Setor de Saúde na Direção do Movimento. Nasceu em 1957, é proveniente de área rural e possui ensino médio completo. Foi pesquisada por fazer parte do Coletivo de Mulheres Cuidadoras.

Dorcelina é mulher, vive em união estável, é acampada no Padre Gino. Atualmente é coordenadora do setor de saúde na região do Vale do Rio Doce. Faz parte do MST desde 2002, nasceu em 1959, é proveniente de área rural e possui ensino fundamental incompleto. Foi pesquisada por fazer parte do Coletivo de Mulheres Cuidadoras.

Roseli é mulher, solteira, irmã de assentado, morou alguns anos no Assentamento Barro Azul e recentemente voltou para seu município de origem. Faz parte do MST desde 1993 e contribuiu na fundação do Movimento na região. Nasceu em 1951, é proveniente de área urbana, possui pós-graduação e atuou por muitos anos como diretora de uma escola municipal. Foi pesquisada por fazer parte do Coletivo de Mulheres Cuidadoras.

Olga é mulher, separada e acampada no Acampamento Partilha. Faz parte do MST desde 2002, nasceu em 1970 e, recentemente, passou a fazer parte da Direção Estadual do MST-MG, representando o Setor de Saúde. É proveniente de área urbana e possui ensino médio. Foi pesquisada por fazer parte do Coletivo de Mulheres Cuidadoras.

Clara é mulher, casada e assentada no Assentamento Ulisses Oliveira. Faz parte do MST desde 2002, nasceu em 1955, é proveniente de área rural e possui ensino fundamental incompleto. Foi pesquisada por fazer parte do Coletivo de Mulheres Cuidadoras.

Dandara é mulher, vive em união estável, é assentada no Assentamento Ulisses Oliveira. Atua como supervisora escolar no município de Jampruca. Faz parte do MST desde 2009, nasceu em 1983, é proveniente de área urbana e possui ensino superior. Integra o Coletivo de Mulheres Cuidadoras e, por esse motivo, participou da entrevista de grupo focal.

Domitila é mulher, separada e assentada no Assentamento Oziel Alves. Faz parte do MST desde 1993, nasceu em 1956, é proveniente de área rural e possui pós-graduação de nível superior. Atua, há muitos anos, no Setor Regional e Setor Estadual de Educação e já participou algumas vezes da Direção Estadual. Eventualmente, participa das reuniões do Setor Regional de Saúde e, por esse motivo, participou da entrevista de grupo focal.

Camilo é homem, casado, assentado no Assentamento Oziel Alves. Faz parte do MST desde 1989 e contribuiu na fundação do Movimento na região. Nasceu em 1967, é proveniente de área rural e possui ensino médio. Eventualmente, participa das reuniões do Setor Regional de Saúde e, por esse motivo, participou da entrevista de grupo focal.

Alexina é mulher, viúva, mora em Frei Inocência. Faz parte do MST desde 1989. Nasceu em 1959, é proveniente de área urbana e possui pós-graduação. Eventualmente participa das reuniões do Setor Regional de Saúde e, por esse motivo, participou da entrevista de grupo focal.

Haydée é mulher, casada e assentada no 1º de Junho. Faz parte do MST desde 1988 e contribuiu na fundação do Movimento na região. Nasceu em 1965, proveniente de área rural, possui ensino médio. Já fez parte da direção do MST de Minas Gerais e foi pesquisada por ser referência no trabalho com agroecologia em seu assentamento.

Francisco é homem, solteiro e assentado no 1º de Junho. Faz parte do MST desde 1988 e contribuiu na fundação do Movimento na região. Nasceu em 1961, proveniente de área rural, possui ensino fundamental incompleto. Já fez parte da direção do MST de Minas Gerais e foi pesquisado por ser referência no trabalho com agroecologia, em seu assentamento. Em sua trajetória, é importante ressaltar a participação nas Comunidades Eclesiais de Base (CEB).

Margarida é mulher, casada, e assentada no Assentamento Oziel Alves. Faz parte do MST desde 1994, nasceu em 1957, proveniente de área rural, possui ensino fundamental incompleto e foi pesquisada por ser referência no trabalho com agroecologia em seu assentamento.

Helenira é mulher, divorciada e assentada no 1º de Junho. Faz parte do MST desde 1990 e contribuiu na fundação do MST na região. Nasceu em 1963, proveniente de área rural, possui ensino superior. Já fez parte da direção do MST de Minas Gerais e, atualmente, é diretora da Escola do Assentamento. Foi pesquisada por ser referência no trabalho com educação em saúde e meio ambiente na Escola. Em sua trajetória, é importante ressaltar a participação no Movimento Popular de Saúde (MOPS).

Iara é mulher, casada e, atualmente, não está acampada. Faz parte do MST desde 1989, contribuiu na fundação do MST em Minas Gerais. Nasceu em 1963, proveniente de área rural, e, recentemente, terminou o curso de nível superior, tendo Licenciatura em Educação do Campo. Quando entrevistada, ela era professora de ciências e religião da Escola do Acampamento Juscelino dos Santos. Atualmente, é professora na escola municipal do Assentamento Ulisses de Oliveira, onde passa a maior parte dos dias da semana. Foi pesquisada por ser referência no trabalho com educação em saúde e meio ambiente nas escolas do MST.

Na Tabela 2 encontram-se listados os sujeitos integrantes da pesquisa e sua forma de participação.

Tabela 2 - Forma de participação dos sujeitos na pesquisa

Sujeito	Entrevista de Grupo Focal	Observação Participante	Entrevista semi-estruturada
Rosa Luxemburgo	x	x	x
Olga Benário Prestes	x	x	x
Dorcelina Folador	x	x	x
Roseli Nunes		x	x
Clara Zetkin	x	x	x
Camilo Torres	x		
Dandara	x		
Domitila Chungara	x		
Alexina Crespo	x		
Haydée Santamaría		x	x
Francisco Mendes		x	x
Helenira Resende		x	x
Margarida Alves		x	x
Iara Iavelberg		x	x

2.5 CONCEITOS UTILIZADOS PARA A PRODUÇÃO TEÓRICA

Para a produção teórica nos baseamos no conceito de *análise de conteúdo construtiva interpretativa*, assim como proposto por González Rey (2005, p. 106-59). Um conceito desenvolvido como alternativa à Análise de Conteúdo da pesquisa qualitativa tradicional que, na visão desse autor, consiste em uma proposta que se centra no caráter objetivo dos dados, e traz como consequência a separação entre o dado e a ideia.

Na análise de conteúdo construtiva interpretativa, não se desconsidera o papel da empiria na construção das ideias, mas parte-se do pressuposto de que a fonte de ideias não se encontra apenas no empírico, e sim no confronto entre o curso do pensamento e a realidade estudada.

No processo de produção teórica, busca-se considerar elementos relevantes captados pelos instrumentos de pesquisa, que, pela via tradicional de análise de dados, não se incorporam ao corpo de ideias. Com isso, esse autor introduz o conceito de ‘indicador’ para

designar “aqueles elementos que adquirem significado graças à interpretação do pesquisador” e que levam às sínteses provisórias e, conseqüentemente, a novas questões no curso da pesquisa. Tais indicadores, entretanto, não apresentam relação direta com os ‘dados’ da pesquisa, se considerados em separado.

O conceito de indicador propõe, dessa forma, atuar como orientador do percurso de pesquisa, considerando a realidade como totalidade (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 112-4).

Tal perspectiva considera a produção teórica como um “processo constante, contraditório e variável” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 118). As construções que decorrem da produção teórica, não se verificam nos dados, mas se constroem em diálogos com os dados. Nestas, a teoria se desenvolve enquanto cenário de constituição e desenvolvimento da pesquisa, em que novas ideias integram-se ao já estudado, dando um caráter de sínteses provisórias (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 123).

Enfatiza-se o papel ativo do pesquisador em um processo que é, por natureza, complexo, em contraposição à lógica de objetivação e linearidade proposta pela ciência positivista. “O pesquisador não é só um seguidor de regras, mas um sujeito ativo, que deve enfrentar um conjunto de opções, entre as quais definirá o curso de sua produção teórica sobre o objeto” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 128). Um processo que envolve as capacidades intelectuais do pesquisador diante da realidade complexa, não tão consciente e intencional, em que se organiza, de forma criativa, a realidade estudada e as ideias decorrentes em *eixos de produção teórica* (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 132).

E assim, o termo análise de conteúdo construtiva e interpretativa significa:

[...] um processo aberto e irreduzível a qualquer das categorias de que dispomos para dar-lhe sentido. Isso supõe uma complexa inter-relação entre os processos teóricos gerais que acompanham nossas ações na pesquisa, e as construções teóricas que produzimos no momento empírico, as quais não podem derivar de receitas gerais de nossa posição teórica (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 155).

A teoria é alavanca para o desenvolvimento da investigação, que, por sua vez, leva a novas reflexões teóricas, em um processo que se retroalimenta. Em contraste com o paradigma positivista, “[...] a teoria representa um processo vivo, em desenvolvimento e construção” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 62).

Nesse processo, a legitimidade da produção do conhecimento se expressa no avanço da “construção teórica do que se estuda, conservando sua continuidade e congruência”. Relaciona-se com o conhecimento produzido “em termo da ampliação do potencial heurístico da teoria” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 134-5).

Dessa forma, ressaltamos que o processo de produção teórica desta pesquisa iniciou-se a partir das primeiras visitas de trabalho de campo, no qual a ferramenta da reflexão se constitui como importante instrumento de levantamento dos ‘indicadores’ desta pesquisa. Ao término do trabalho de campo, de posse do conjunto do material produzido, buscou-se atribuir sentido a todo o corpo do texto. Este foi aglutinado em eixos de produção teórica, assim como proposto por González Rey (2005, p. 132), nos quais se buscou considerar as singularidades e generalidades dos sujeitos e suas práticas.

Os eixos de produção teórica foram confrontados com o referencial teórico adotado, em um movimento de aproximação e diálogo entre teórico e empírico. Nesse processo, foi se moldando a análise de conteúdo construtiva interpretativa, a partir de um trabalho de apropriação dos referenciais que interferem diretamente no olhar sobre os resultados da pesquisa. O referencial teórico foi confrontado e dialogado em uma perspectiva de construção, e não de confirmação de hipóteses a priori, lembrando-nos que, entre o empírico e o teórico, estabelece-se uma relação “implícita, indireta, mediata, e com frequência contraditória” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 66).

E assim, a significação do empírico resultou de um processo de *construção* teórica, uma ampla elaboração na qual se relacionaram fatos e ideias. Ocorreu de forma processual e aberta, o que muitas vezes gerou angústia perante a pesquisa, mas também se configurou como um ‘rico’ momento de criação.

Reconhecemos, entretanto, que os resultados dessa construção teórica são influenciados não só pelo estudo do objeto em um determinado momento histórico, a partir de escolhas que dizem respeito ao processo investigativo e seu aporte teórico, mas expressam também um conjunto de significados que perpassam pela história de vida das pesquisadoras. Nesse sentido, essa pesquisa expressa o contexto histórico cultural que atribuiu um significado aos fenômenos e, com ele, a história do pesquisador. E a produção teórica ocorre a partir da posição do pesquisador diante do outro, mas também “a partir de sua posição diante de si mesmo” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 60).

Dessa forma, alertamos para a importância de essa produção teórica ser considerada como um processo de construção e interpretação das pesquisadoras sobre a realidade estudada, em um determinado momento histórico, longe dos padrões de ‘objetividade e neutralidade’ requeridos pela ciência convencional.

2.6 CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na entrevista coletiva com o Setor de Saúde do MST na região do Vale do Rio Doce, buscou-se captar a forma como os integrantes compreendem a proposta conceitual de Saúde do MST. Dessa forma, tal conceito foi representado por meio de sementes crioulas que simbolizavam a produção agrícola dos povos tradicionais; lixo, que simbolizou o cuidado com a natureza e com o corpo; destilador, aparelho utilizado para produção de fitoterápicos; alimentos da agricultura familiar, que simbolizaram a alimentação saudável; e um livro, que simbolizou o estudo. Alguns desenhos simbolizaram ainda o diálogo e a própria luta do Movimento.

A discussão gerada a partir dos objetos que representam o ‘Conceito de Saúde do MST’ forneceu-nos o que o grupo compreende como os ‘Eixos da Saúde no MST’. Assim, segundo o Setor de Saúde do MST do Vale do Rio Doce, a ‘Saúde no MST’ passa por *“acesso à terra; segurança alimentar; plantas medicinais e medicina natural; bem estar; cuidado; diálogo; construção de novos valores; novas relações; cuidado com o meio ambiente, os recursos naturais; educação e formação; luta contra o agronegócio; e luta pela construção de um projeto popular”*.

Ao investigar como esse conceito se operacionaliza nos assentamentos e acampamentos da região, foi possível visualizar, de um lado, uma série de ações em andamento, e de outro, desafios e limitações à construção dessas ações nesses territórios. A partir de informações obtidas na entrevista coletiva com o Setor de Saúde e das próprias visitas às áreas, construímos um ‘panorama das ações de saúde’ nos assentamentos e acampamentos do MST do Vale do Rio Doce, que envolvem: experiências de produção saudável e agroecologia; ações educativas de saúde e meio ambiente nas escolas dos assentamentos e acampamentos; atividade de cuidado envolvendo uso de plantas medicinais e outras terapias populares; formação em saúde ambiental; ações de formação envolvendo as mulheres e a juventude. Também foram citados alguns assentamentos que possuem unidade básica de saúde rural¹⁵, estrutura que atua como local de assistência em saúde por parte das equipes de saúde da família (ESF/SUS) nos assentamentos.

¹⁵ As unidades básicas de saúde rurais são alocadas em territórios rurais para servir de apoio do desenvolvimento das ações de atenção primária à saúde, a partir de critérios como distância da unidade de saúde mais próxima e população atendida. A Resolução SES n.º 1186, de 18 de maio de 2007, dispõe sobre a implantação de UBS Rurais em Minas Gerais.

As ações envolvendo produção saudável e agroecologia têm como referência o trabalho agrícola de agricultores e agricultoras pertencentes aos assentamentos Barro Azul, Oziel Alves Pereira e 1º de Junho. São experiências individuais, mas que, de alguma forma, se relacionam com os processos políticos e organizativos que envolvem esses assentamentos. Destaca-se aqui a influência de uma experiência de trabalho coletivo envolvendo as famílias de uma antiga cooperativa do Assentamento 1º de Junho, que contou com a parceria da Universidade Federal de Viçosa (UFV) por meio de projetos de extensão rural.

As ações envolvendo saúde e meio ambiente nas escolas dos assentamentos e acampamentos foram identificadas nas escolas dos assentamentos 1º de Junho, Oziel Alves Pereira e do acampamento Juscelino dos Santos. No 1º de Junho, as ações nas escolas também foram influenciadas pela parceria com a UFV. Entre as ações, podemos citar: trabalho com horticultura, recuperação ambiental, feiras de ciências, chá com poesia, etc.

Já os trabalhos de cuidados são desenvolvidos por mulheres pertencentes aos acampamentos Padre Gino, Partilha, Padre João, Juscelino dos Santos e Maria da Penha e aos assentamentos Ulisses de Oliveira, Oziel Alves Pereira, Barro Azul e Liberdade. Trabalham com práticas populares de cuidado, em especial plantas medicinais, radiestesia, homeopatia, geoterapia, florais e reiki. Denominam-se Coletivo de Mulheres Cuidadoras, e consiste em um coletivo coordenado pelo próprio setor de saúde. Com isso, desenvolvem não só o trabalho de cuidados, mas também ações de educação em saúde, que visam sensibilizar, mobilizar e capacitar mulheres e homens do MST para o desenvolvimento das práticas populares de cuidado e a organização do setor nos assentamentos e acampamentos.

Também faz parte das ações do setor a formação em saúde ambiental, desenvolvida especificamente por uma integrante do coletivo. Trata-se de ações pontuais, na forma de oficinas práticas e palestras, que ocorrem junto às atividades programadas pelo MST na Região: formação envolvendo as mulheres, a juventude, oficinas nos assentamentos, etc. Tais ações têm como foco as práticas de agroecologia e saneamento ecológico.

A formação envolvendo a juventude e as mulheres foi desenvolvida no ano de 2010 com a perspectiva de contribuir na auto-organização das mulheres do MST. O Curso ocorreu em duas etapas de cerca de uma semana cada, sendo desenvolvidos temas como divisão sexual do trabalho, organização produtiva, gênero, saúde das mulheres e práticas populares de cuidado. Dele participaram mulheres e jovens de toda a região. Pode-se dizer que a organização do Coletivo de Mulheres Cuidadoras é, em parte, resultado dessa formação.

Também foi mencionada a presença de uma unidade básica de saúde rural (UBS rural) no Assentamento Liberdade, que funciona como local de atendimento pelos profissionais da

Equipe de Saúde da Família às famílias do assentamento, o que ocorre quinzenalmente ou mensalmente. Trata-se de uma política pública de ampliação do acesso à saúde das populações rurais, subsidiada pela Prefeitura e Governo do Estado. Contudo, para o Setor de Saúde Regional, a UBS rural no Assentamento Liberdade não é reconhecida como uma ‘ação de saúde do MST’, uma vez que, segundo as integrantes do Setor, esta não é resultante das lutas e articulações do assentamento e nem é apropriada pelas famílias no sentido de ocupação e ressignificação do espaço. No Assentamento 1º de Junho também foi identificada a presença de uma unidade básica de saúde rural, que atualmente encontra-se desativada. Nesse assentamento, essa unidade cumpriu algum tempo o papel de servir de local de referência para manipulação dos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos e atendimentos com as práticas integrativas.

Através da Tabela 3 podemos visualizar uma síntese do ‘panorama das ações de saúde’ do MST no Vale do Rio Doce.

Tabela 3 - Síntese do ‘Panorama das Práticas de Saúde’ do MST no Vale do Rio Doce

Práticas	Sujeitos envolvidos
Ações envolvendo produção saudável e agroecologia	Agricultores e agricultoras pertencentes aos assentamentos Barro Azul, Oziel Alves Pereira e 1º de Junho
Ações envolvendo saúde e meio ambiente nas escolas dos assentamentos e acampamentos	Escolas dos assentamentos 1º de Junho, Oziel Alves Pereira e do acampamento Juscelino dos Santos
Coletivo de Mulheres Cuidadoras do Vale do Rio Doce	Mulheres pertencentes aos acampamentos Padre Gino, Partilha, Padre João, Juscelino dos Santos e Maria da Penha e aos assentamentos Ulisses de Oliveira, Oziel Alves Pereira, Barro Azul e Liberdade Coordenado pelo setor de saúde
Formação em saúde ambiental	Setor Regional de Saúde
Formação envolvendo a juventude e as mulheres	Mulheres e jovens de toda a região
Unidade básica de saúde no assentamento	Assentamentos Liberdade e 1º de Junho

Dessa forma, foi possível obter um panorama geral das ações de saúde nos assentamentos e acampamentos do MST no Vale do Rio Doce, e perceber a riqueza e diversidade de ações que caracterizam a saúde nesses territórios. Destas, o setor de saúde regional indicou como práticas a serem investigadas por meio desta pesquisa, considerando-se a relevância destas para a construção do conceito de ‘Saúde no MST’: as experiências de agroecologia nos assentamentos 1º de Junho e Barro Azul; a experiência de educação em

ciências na Escola do acampamento Juscelino; a experiência do Coletivo de Mulheres Cuidadoras em Saúde. Nas próximas seções desenvolveremos uma caracterização geral dessas práticas.

2.6.1 A Agroecologia

Existem várias definições de Agroecologia, que passam desde uma noção ampla a uma noção mais restrita, ciência, campo do conhecimento, enfoque, ferramenta metodológica ou modelo de prática agrícola. Neste estudo, compartilhamos a definição de Ribeiro, Ferreiro e Noronha (2007, p. 258), que percebe a Agroecologia enquanto paradigma científico que orienta e propõe uma “ruptura com o modelo de desenvolvimento rural, baseado na monocultura, no latifúndio, no agronegócio e na exclusão social”.

O modelo de desenvolvimento rural a que as autoras se referem, foi fundado na década de 60, após as grandes guerras mundiais, a partir do fenômeno conhecido como ‘Revolução Verde’. Esse período foi marcado por uma profunda transformação no modelo de desenvolvimento do campo, que visou a modernização da agricultura, a partir de um grande aporte da indústria química. Tal modelo consistiu na introdução de assistência técnica, crédito e recursos tecnológicos industriais¹⁶ como insumos químicos, maquinário agrícola e sementes, por meio de políticas públicas governamentais (LONDRES, 2011, p. 17; LUZ, 2005, p. 20).

Nas últimas décadas, o modelo econômico de modernização da agricultura ganha outra nomenclatura, conhecida como Agronegócio. Este é fruto da articulação entre o grande latifúndio, as transnacionais do campo da agricultura e o capital internacional, e tem como objetivo a produção de produtos agrícolas voltados para abastecer o mercado externo. Nessa articulação observam-se concomitantemente movimentos de concentração e centralização do capital, no qual poucas empresas controlam praticamente toda a cadeia produtiva no campo da agricultura. Aqui podemos citar a produção de soja, cana, eucalipto e pecuária, entre outros cultivos. As consequências do agronegócio para o campo brasileiro são várias, entre as quais podemos citar: aumento da concentração da propriedade da terra e, conseqüentemente, desigualdade social no campo; diminuição da oferta de emprego no campo; pobreza no campo; e deterioração do meio ambiente.

¹⁶ Grande parte desses recursos tecnológicos originou-se do aproveitamento das tecnologias de guerra construídas na II Guerra Mundial, como armas químicas e maquinários. Diante disso, a pesquisa agropecuária voltou-se para desenvolver sementes selecionadas que respondessem à utilização dessas tecnologias em sistemas de monocultura (LONDRES, 2001, p. 17).

A Agroecologia surge, então, como alternativa à modernização conservadora do campo e busca construir-se como uma abordagem holística e um enfoque sistêmico. Não deve ser compreendida apenas como a adoção de técnicas que não agridem o meio ambiente (RIBEIRO; FERREIRA; NORONHA, 2007, p. 258). Pelo contrário, seu conceito aborda dimensões mais amplas e complexas: econômicas, sociais, ambientais, culturais, políticas, éticas. Apresenta como foco a análise dos agroecossistemas, “unidades fundamentais para o estudo e planejamento das intervenções humanas em prol do desenvolvimento rural sustentável” e busca proporcionar as bases científicas para o processo de transição da agricultura convencional para a agricultura de bases ecológicas e sustentáveis (CAPORAL; COSTABEBER, 2002, p. 14).

Segundo Veras (2005, p. 37-8), a Agroecologia passou a ser adotada no MST por volta do final dos anos 80, início dos anos 90. Inicialmente, em um contexto de incorporação das tecnologias sociais na agricultura (também conhecidas como tecnologias alternativas), a partir da contribuição das entidades religiosas; e, posteriormente, a partir da influência de entidades do terceiro setor e ambientalistas.

De acordo com Barcellos (2010, p. 47), foi em 1995, no 3º Congresso Nacional do MST, que a Agroecologia passou a ser incorporada na pauta do Movimento. Esse momento foi marcado pela adoção do MST de uma proposta de desenvolvimento pautada pelos princípios da sustentabilidade. No ano 2000, a Agroecologia foi indicada no IV Congresso Nacional do MST e, em 2007, foi reafirmada no V Congresso. Conforme Gaia, em 2008:

Nestes 24 anos de existência, existem centenas de iniciativas de Agroecologia sendo desenvolvidas nos acampamentos e assentamentos do MST neste Brasil a fora. Entre tantas práticas agroecológicas podemos citar: resgate de sementes e variedades crioulas, uso de caldas, biofertilizantes, compostagem e cobertura morta, reflorestamento, curvas de nível, diversificação da produção, adubação verde, cultivo em aldeias, sistemas agroflorestais, plantio mínimo, uso da homeopatia e da fitoterapia, etc. Além das técnicas, existe enquanto prática agroecológica no MST, o empoderamento político dos agricultores e agricultoras, técnicos(as) e dirigentes [...] (GAIA, 2008, p. 38).

No MST do Vale do Rio Doce, as experiências de agroecologia investigadas são desenvolvidas, de modo geral, por pessoas assentadas em seus respectivos lotes de produção, nos assentamentos Barro Azul, Oziel Alves Pereira e 1º de Junho¹⁷. Esses assentamentos

¹⁷ O parcelamento desses três assentamentos de reforma agrária foi organizado de forma a destinar uma parte da fazenda para a construção das moradias e uma parte da fazenda para os lotes de produção agrícola. Nesse sentido, cada família assentada possui um lote de moradia e um ou mais lotes de produção agrícola.

vivenciaram experiências relevantes em agroecologia e cooperação no trabalho, que perderam força ou deixaram de existir nos últimos anos.

No assentamento 1º de Junho, por meio da Coopernova, cooperativa de trabalho agrícola que funcionou até o ano de 2010, desenvolveram-se experiências com homeopatia animal e homeopatia vegetal, produção de sementes e mudas, reflorestamentos de áreas degradadas, recuperação de nascentes, experiência de pastoreio racional voisin¹⁸, ações de educação em segurança alimentar e nutricional, entre outras. Tais ações foram desenvolvidas com a parceria da UFV, por meio de projetos de extensão rural que foram implementados durante o período de funcionamento da Cooperativa. Entre as ações desenvolvidas através dos projetos de extensão rural, citam-se: formação com a comunidade e com os trabalhadores da Cooperativa, assessoria técnica, pesquisa participativa, sistematização de saberes da comunidade¹⁹.

No assentamento Oziel identificamos experiências antigas de produção agrícola coletiva, por meio de uma cooperativa de trabalho, além de experiências envolvendo homeopatia na produção animal. Chamou atenção também a experiência do Centro de Formação Francisca Veras, que desde 2011 passou a desenvolver uma horta agroecológica com o intuito de abastecer o consumo de hortaliças nas atividades desenvolvidas pelo Centro.

No assentamento Barro Azul, identificamos experiências antigas envolvendo a mobilização das famílias para o desenvolvimento de um Sistema Agroflorestal²⁰ (SAF), a recuperação de áreas degradadas e um grupo de produção de doces e temperos, por meio de uma agroindústria. Tais experiências, contudo, não se encontravam em andamento no período da minha visita à área.

Atualmente, percebe-se, nesses assentamentos, a presença de pessoas que continuam desenvolvendo a produção em uma perspectiva agroecológica, ou ações de recuperação do meio ambiente. Tratam-se de ações desenvolvidas de formas pontuais, não mais organizadas coletivamente no assentamento, mas que atuam como referência para a comunidade.

Para a investigação dessas experiências, foram realizadas visitas a algumas pessoas indicadas por lideranças locais como ‘pessoas que produzem agroecologicamente’. No

¹⁸ Pastoreio Racional Voisin é um sistema de manejo de pastagem do complexo solo-planta-animal em perspectiva agroecológica. Na base da técnica esta o pastoreio direto e a rotação de pastagens. Pode ser utilizada para produção de leite e carne, e contribui para a proteção do ambiente e para a promoção do bem-estar animal.

¹⁹ Foram encontrados, na revisão da literatura, dois trabalhos que analisam as experiências desenvolvidas em parceria com a UFV, de autoria de France Maria Gontijo Coelho e colaboradores: “Ambiente, homeopatia e metodologias desenvolvidas” e “Educação para promoção da saúde infantil: relato de experiência em um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce (MG)”.

²⁰ Sistema Agroflorestal (SAF) é um sistema que reúne cultivos agrícolas com cultivos florestais, em uma perspectiva de imitar a cobertura florestal nativa de um determinado território.

assentamento 1º Junho, realizamos algumas visitas, nas quais conversamos sobre o trabalho agrícola e visitamos o local de produção. Observamos alguns/as trabalhadores/as no seu local de trabalho e entrevistamos Haydée e Francisco. No assentamento Oziel Alves Pereira, realizamos algumas visitas e entrevistamos Margarida. Já no assentamento Barro Azul, realizamos uma visita e observamos o local de produção, mas não realizamos entrevistas. É importante ressaltar que, para o desenvolvimento desta pesquisa, buscamos explorar mais a experiência do Assentamento 1º de Junho, uma vez que foi nesse assentamento que encontramos maior aprofundamento das experiências agroecológicas.

No assentamento 1º de Junho, no período de funcionamento da Cooperativa, a área de produção era propriedade coletiva dos cooperados. Através dela, os integrantes desenvolviam trabalhos de horticultura, roça, criação de gado, suínos, granja, além do beneficiamento da mandioca e da cana. Nem todas as famílias do assentamento participavam da cooperativa. Algumas optaram pela produção individual, já na época do parcelamento dos lotes, outras optaram nos anos seguintes. Em 2010 houve o encerramento da cooperativa, acontecimento que inaugurou uma nova fase na vida das famílias do Assentamento. Desde então, a área da Cooperativa foi dividida e cada família tem seu lote individual de produção.

A Cooperativa não foi objeto de estudo desta pesquisa, mas maiores informações sobre seu funcionamento podem ser obtidas na monografia desenvolvida por Armando Vieira Miranda, intitulada “A influência do assentamento Primeiro de Junho na realidade econômica, social e política do município de Tumiritinga, MG”.

Dos/as trabalhadores/as que participavam da Cooperativa, alguns estão reiniciando o processo de produção, outros optaram pelo trabalho assalariado na cidade. Os que reiniciam passam por dificuldades inerentes ao estágio inicial de desenvolvimento da produção agrícola²¹, que se somam às dificuldades financeiras e jurídicas devido ao término da cooperativa (o que inclui não ter acesso a crédito de produção, etc.). As péssimas condições do solo, de topografia, de acesso à água e vegetação escassa para o desenvolvimento da produção agrícola, somadas à carência de crédito para a produção e políticas públicas, fazem com que a produção agrícola seja desenvolvida de forma incipiente. Por outro lado, percebemos problemas relacionados à nova organização do assentamento 1º de Junho (em

²¹ Nessa fazenda, a degradação do solo é agravada pela alta quantidade de aroeiras, planta nativa protegida legalmente contra o desmatamento, mas que, em alta concentração, dificulta o desenvolvimento de outras espécies vegetais. Para a produção agrícola familiar nesses solos é necessário desenvolver um plano de manejo que restaure a vegetação nativa de forma gradual, para em seguida incluir outros cultivos agrícolas. Como a área agricultável da cooperativa era menor do que a área de parcelamento dos lotes, no fechamento da cooperativa, alguns/as trabalhadores/as receberam áreas que, há muitos anos, não eram cultivadas, e por isso, em péssimas condições para a produção agrícola.

que os lotes de moradia são distantes dos lotes de produção), dificultando a interação entre os subsistemas agrícolas e o desenvolvimento da produção na perspectiva da agroecologia²². Na Figura 1, é possível visualizar as condições do solo de um lote de produção de uma família assentada, no qual a alta concentração de aroeiras provocou a erosão do solo.

Figura 1 - Lote produtivo no Assentamento 1° de Junho



(Fonte: Acervo Pessoal)

É nesse contexto que se situa o trabalho agrícola de Haydée e Francisco que, apesar dessas condições, desenvolvem experimentos relevantes no âmbito da agroecologia em seus lotes de produção. Haydée desenvolve produção de horta, roça e criação animal, de forma agroecológica e para autoconsumo familiar. Diferencia-se dos/as demais trabalhadores/as por

²² Nos lotes de moradia, geralmente encontramos as casas e as criações animais; já no lote de produção, encontramos a roça e a horta. Nos lotes de moradia, o abastecimento de água é da companhia de saneamento, o que dificulta a produção de horta nos quintais. Nossos conhecimentos sobre agroecologia nos permitiram perceber que essa separação prejudica o fluxo de energia e produtos entre os subsistemas agrícolas, e ocasiona dificuldades consideráveis para o avanço das experiências agroecológicas.

desenvolver técnicas agrícolas como homeopatia e radiestesia²³ na agricultura, caldas e biofertilizantes na horta e preservação de sementes. Em algumas ocasiões, desenvolveu experiências com homeopatia humana.

Francisco se destaca por desenvolver técnicas de armazenamento e quebra de dormência de sementes, produção de mudas, reflorestamento de áreas degradadas, produção de caldas orgânicas e homeopatia na agricultura. Também conhece muito sobre plantas medicinais e frequentemente é procurado para indicar alguma planta para tratamento. Atualmente trabalha meio período no viveiro de mudas da prefeitura, e nos demais horários dedica-se ao manejo do lote produtivo, onde desenvolve experimentos agroecológicos. Devido ao trabalho fora do assentamento e à distância da agrovila ao lote de produção, Francisco não consegue desenvolver o trabalho produtivo diariamente. Em seu lote, optou por cultivo de hortaliças e espécies nativas, estas com o objetivo de reflorestamento. Além disso, desenvolve experimentos de recuperação de nascentes. A Figura 2 mostra um experimento agroecológica desenvolvido por Francisco em seu lote de produção.

No assentamento Oziel Alves Pereira, os experimentos envolvendo homeopatia animal também foram desenvolvidos com a parceira da UFV, embora esta tenha se desenvolvido de forma mais pontual que no assentamento 1º de Junho. Os trabalhadores/as que se dedicam à atividade agrícola desenvolvem, geralmente, produção animal para comercialização e horta para autoconsumo no quintal.

Margarida é atualmente referência em produção agroecológica, embora não apresente a mesma diversidade de saberes e técnicas conforme observamos na experiência do 1º de Junho. No assentamento, diferencia-se por produzir de forma agroecológica, garantir segurança alimentar da família e comercializar semanalmente a produção excedente em feiras de agricultura familiar e na merenda escolar. No seu lote de produção, trabalha com subsistemas horta, roça, pomar e produção animal. Apenas na produção animal ainda utiliza produtos agroquímicos esporadicamente. Iniciou recentemente experiência de Sistema PAIS²⁴ no lote através da ajuda de uma organização não governamental local. A sua produção é familiar e garante a maioria dos produtos da alimentação da família, com exceção dos produtos que geralmente não são produzidos pela agricultura familiar.

²³ Radiestesia é uma técnica milenar de diagnóstico que capta as radiações e energias físicas e sutis dos corpos. Parte do pressuposto que o corpo humano é capaz de sentir as radiações e energias do universo e, com isso, ele se torna uma ferramenta de detecção das radiações nocivas que existem nos seres vivos.

²⁴ PAIS significa “Produção Agroecológica Integrada Sustentável”. Trata-se de uma experiência de manejo orgânico de produção agrícola no qual se integra a horticultura com outros subsistemas, como, por exemplo, a criação de galinhas, em uma perspectiva de otimizar os recursos da produção.

Segundo Margarida, no Oziel algumas pessoas possuem saberes sobre homeopatia na produção animal (homeopatia para berne e carrapato). De fato, identificamos o uso de homeopatia por parte de outros trabalhadores do assentamento, mas que a utilizavam principalmente por finalidades econômicas (diminuir os custos da criação animal produzida para fins de comercialização).

Figura 2 - Experimento agroecológico desenvolvido por Francisco



(Fonte: Acervo Pessoal)

2.6.2 A educação em saúde e ambiente nas escolas dos assentamentos e acampamentos

Desde as primeiras ocupações de terra do MST, no final dos anos 70, iniciaram-se as experiências em educação envolvendo crianças, jovens e adultos. As principais reflexões dessa época referiam-se ao direito à educação e à construção de escolas alternativas com pedagogias diferenciadas (Paludo, 2006).

Nos anos seguintes (1984-1994), com o avanço da organização dos assentamentos e acampamentos de reforma agrária, evidenciou-se a necessidade de as escolas do MST serem pensadas na sua relação com um projeto de vida no campo. Um período marcado por grande avanço no desenvolvimento de novas experiências com educação e nas formulações didático-pedagógicas. Foi nesse período que se fundou o setor nacional de educação, como uma estrutura orgânica do Movimento (Paludo, 2006).

Já o período seguinte (1995-2005) foi marcado por uma forte articulação de organizações sociais do campo em torno do que se denominou de “Movimento Por uma Educação Básica do Campo”. Nesse movimento articularam-se pequenos agricultores, assentados pela reforma agrária, reassentados, quilombolas, populações ribeirinhas, para citar alguns. A luta pela sobrevivência no campo levou-os a lutarem por uma educação do campo. Não uma educação rural, pragmática, que desconsidera a trajetória e a cultura dos povos do campo, mas uma educação do campo que preserve seu trabalho e suas formas de luta e sobrevivência no campo. É também uma luta por uma nova forma de sociedade e por uma nova forma de relação com a natureza (DALMAGRO, s/d).

Dessa forma, a educação do campo, enquanto conceito e prática foi construída pela dinâmica histórica dos povos do campo, como nos mostra Vendramini (2007, p. 123):

É preciso compreender que a educação do campo não emerge no vazio e nem é iniciativa das políticas públicas, mas emerge de um movimento social, da mobilização de trabalhadores do campo, da luta social. É fruto da organização coletiva dos trabalhadores diante do desemprego, da precarização e da ausência das condições materiais de sobrevivência para todos.

Entre as diversas experiências com educação no MST, podemos citar: as escolas itinerantes; as escolas de ensino básico nos assentamentos e acampamentos; as cirandas infantis; educação de jovens e adultos (EJA); ensino profissionalizante, de nível técnico e superior; e cursos de pós-graduação. Sem falar nos cursos específicos de formação de militantes - desenvolvidos pelos centros de formação do Movimento e pela Escola Nacional Florestan Fernandes²⁵ - e nas próprias práticas educativas desenvolvidas nos assentamentos e acampamentos.

Esse é um elemento importante para se compreender as ações envolvendo saúde e ambiente nas escolas dos acampamentos e assentamentos, que, embora abordadas na sua

²⁵ A Escola Nacional Florestan Fernandes foi fundada no ano de 2005, em Guararema, SP, com o objetivo de ser uma escola de formação de militantes e dirigentes do MST e de outros movimentos sociais oriundos de diversos países.

interface com a saúde e o ambiente, merecem serem compreendidas a partir do referencial e histórico da educação do campo.

Embora o assentamento 1° de Junho seja referência em experiências agroecológicas na região, ao visitá-lo, fomos surpreendidos pela Escola do Assentamento e suas ações de educação em saúde e meio ambiente. Por meio de visitas à Escola, pudemos vivenciar o trabalho das professoras e a organização e o desenvolvimento de uma feira de ciências. Conversamos e entrevistamos Helenira, atual diretora da Escola e responsável por coordenar as atividades sobre saúde e meio ambiente.

Já a Escola do Acampamento Juscelino dos Santos foi pesquisada por ser indicada pelo Setor Regional de Saúde como referência de experiência envolvendo saúde em uma escola. Por meio de visita ao acampamento, conhecemos o trabalho de Iara, professora de ciências e responsável por essas ações. Nessa visita, observamos seu trabalho e realizamos uma entrevista.

Na visita ao assentamento Oziel, em conversa com integrante do Setor de Educação Regional, foi citado o desenvolvimento de uma experiência na escola do assentamento que se denomina ‘Chá com poesia’, que ocorre aos finais de semana e conta com a participação da comunidade do assentamento. Para o desenvolvimento desta pesquisa, optamos por não incluir essa experiência entre as investigadas.

A Escola Estadual 1° de Junho, localizada no Assentamento 1° de Junho, atende educação infantil, 1° ao 5° ano do ensino fundamental no período diurno, e educação de jovens e adultos no período noturno. Possui uma turma multisseriada de 1° ao 5° ano na comunidade do Limeira²⁶, que funciona como anexo. A escola recebe alunos do assentamento e demais comunidades do município. Possui boa estrutura física, com salas de aula, cantina, biblioteca com laboratório de informática, banheiros e quadra esportiva.

Identificamos nessa escola o desenvolvimento de atividades envolvendo o uso de plantas medicinais, segurança alimentar, resgate e preservação de sementes, lixo e meio ambiente. Atualmente desenvolvem ações como feira de ciências, disciplina de horticultura e visitas para desenvolver atividades práticas. Em outros momentos, desenvolveram atividades como sistematização de saberes através de cadernos de receitas e plantas medicinais, aulas práticas de plantas medicinais, experimentos de homeopatia na agricultura, pesquisa sobre estado nutricional das crianças no assentamento, produção e distribuição de mudas, e

²⁶ O Limeira é uma comunidade de famílias pertencentes ao Assentamento 1° de Junho, que optaram, desde o parcelamento do assentamento, por não construir suas moradias na agrovila e assim, aos poucos, foram se organizando em torno dessa região, conhecida como Limeira.

recuperação de nascentes do Assentamento. Estas últimas foram desenvolvidas no contexto do projeto de extensão rural em parceria com a UFV, que foi exposto na seção anterior.

[...] cada semana a gente tinha um dia pra trabalhar a questão da saúde. E tinha uma receita que ia pra esse caderno. A pomada, o xarope, e pra cada dia era uma coisa que a gente trabalhava. Como é que eu faço um chá? Então tem lá a receita de como fazer o chá. Pra que que serve isso? Eles escreviam. Então no caderno de saúde tinha receita de bolo. Então esse caderno de saúde que eles aprenderam a escrever o nome da planta, pra que que servia, é que virou as cartilhas²⁷ depois (Helenira).

As feiras de ciências ocorrem uma a duas vezes por ano, e envolvem todos os discentes e docentes da escola. Geralmente, as atividades de preparação são desenvolvidas nos dias antecedentes, a feira dura uma tarde ou uma noite e a comunidade do assentamento e familiares são convidados a participar. De acordo com Helenira, a disciplina de horticultura e jardinagem é oferecida regularmente como disciplina dentro do currículo, participando alunos do 1º ao 5º ano. Já as visitas foram feitas ao viveiro de mudas da prefeitura, às experiências de Francisco em seu lote produtivo e às nascentes do assentamento.

A Escola João Paulo, que se localizava no Acampamento Juscelino dos Santos. Conforme mencionado na seção 2.2.2, o Acampamento Juscelino dos Santos foi extinto no final de 2011, a escola, fechada, e as famílias acampadas foram destinadas a outras áreas da região. A escola funcionou como anexo da Escola Estadual Fernão Dias, do município vizinho de São José de Safira, a 54 km de estrada de chão do acampamento. Atendia a uma turma multisseriada do 1º ao 5º ano e aos anos subsequentes do ensino fundamental, do qual participavam alunos do acampamento e comunidades vizinhas. A escola não contava com instalações de alvenaria, e suas estruturas haviam sido construídas a partir de mutirão, com a contribuição das famílias do acampamento e de comunidades vizinhas (SILVA, 2010). A Figura 3 ilustra a Escola do Acampamento Juscelino dos Santos.

Nessa Escola identificamos ações educativas envolvendo plantas medicinais, horticultura e alimentação saudável. Tais ações são desenvolvidas principalmente por Iara, através das aulas de ciências, artes e ensino religioso com os alunos do 6º ao 8º ano do ensino fundamental. Também foram identificadas ações de prevenção e promoção em saúde relacionadas à sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, ações essas desenvolvidas com os jovens da escola.

²⁷ As cartilhas referidas por Helenira consistem no trabalho de sistematização – das receitas e plantas medicinais utilizadas no assentamento – realizado pelos alunos das escolas junto às suas famílias. Contaram com o apoio da UFV, que diagramou, ilustrou e imprimiu.

Há um tempo, familiares, alunos e professoras dessa Escola enfrentavam a ameaça do seu fechamento por falta de alunos. Ao final do ano de 2011, presenciou-se a saída do acampamento da fazenda e a maioria das professoras foram para a escola municipal construída no Assentamento Ulisses de Oliveira, em Jampruca.

Figura 3 - Escola do Acampamento Juscelino dos Santos



(Fonte: Acervo Pessoal)

2.6.3 O Coletivo de Mulheres Cuidadoras do MST

É possível dizer que o histórico das práticas de cuidado no MST caminha junto com a organização do setor de saúde. Conforme exposto, as equipes de saúde dos acampamentos e assentamentos do MST organizaram-se desde as primeiras ocupações, principalmente em torno das práticas de cuidado em saúde. Grande parte dessas experiências envolviam o uso de plantas medicinais e outras práticas populares de cuidado.

Assim, ao longo desses 28 anos do MST, acumulam-se inúmeras experiências de utilização de plantas medicinais, muitas destas foram desenvolvidas e/ou fortalecidas a partir do setor de saúde dos assentamentos e acampamentos (MST, 2005, p. 5). O Setor Nacional de Saúde busca incentivar o trabalho com as plantas medicinais, principalmente por meio de cartilhas e materiais pedagógicos e como tema desenvolvido em cursos profissionalizantes e encontros do setor.

Embora o Coletivo de Mulheres Cuidadoras²⁸ tenha como referência o ano de 2010, momento em que elas passaram a se organizar de forma mais efetiva em torno das ações de saúde na região, é difícil demarcar o momento exato do seu surgimento. No final dos anos 90, registraram-se as primeiras ações de educação e saúde nos assentamentos e acampamentos da região desenvolvidas por integrantes do grupo. Em seguida, tais ações passaram a se organizar em torno do setor de saúde da região. Nos anos posteriores, mulheres e homens passaram pelo setor, alguns/as deixaram a experiência, outro/as se incorporaram a ela. Contudo, a organização do setor nem sempre foi constante.

Em 2006, por ocasião da minha entrada no MST, tive a oportunidade de conhecer o Setor de Saúde do Vale do Rio Doce e de ser apresentada a algumas das mulheres que compõem o coletivo atualmente. Em 2008, a minha participação em um projeto de educação em saúde propiciou que desenvolvêssemos juntas ações educativas na região. Nesse momento, pude conhecer melhor as mulheres, os assentamentos e acampamentos e as experiências de saúde da região. Já era perceptível o potencial dessas práticas, embora não expressassem tanta ‘força’ como percebemos atualmente.

As experiências de saúde do Vale do Rio Doce sempre foram concebidas como referência em todo MST de Minas Gerais. Mas foi em 2011, por ocasião do trabalho desta pesquisa, que tive a oportunidade de conhecer um coletivo vivo, organizado e atuante. Em 2010, com o fortalecimento de espaços auto-organizados das mulheres,²⁹ as ações de saúde e o coletivo de saúde regional se fortaleceram. A partir de então, o coletivo passou a se organizar para desenvolver suas ações, a se encontrar regularmente nos finais de semana de lua cheia, para discutir o processo organizativo, a construção de uma casa de tratamento e para fazer formação prática de produção de remédios. Seus componentes socializavam seus saberes práticos e passaram a cuidar umas das outras. Retomaram o trabalho de cuidado em saúde das pessoas assentadas e acampadas na região e regiões vizinhas, sobretudo das mulheres. Utilizavam inicialmente plantas medicinais e fitoterapia, geoterapia, radiestesia e alimentação saudável. Recentemente, passaram a incorporar o uso dos florais, homeopatia, reiki e aromaterapia, técnicas que denominamos de práticas populares de cuidado. Diversas pessoas

²⁸ Embora na estrutura organizativa do MST, essas mulheres se organizem no Setor de Saúde do MST do Vale do Rio Doce, elas também se denominam como Coletivo de Mulheres Cuidadoras. Ao longo desta dissertação utilizaremos os dois termos alternadamente, mas sempre se referindo ao mesmo grupo. Assim, utilizaremos os termos militantes do setor de saúde, integrantes do setor de saúde, ou mulheres do Coletivo, referindo-se aos mesmos sujeitos de pesquisa. É importante destacar, ainda, que, embora o Coletivo seja composto principalmente de mulheres, nas atividades e reuniões do setor de saúde/coletivo pode ocorrer, eventualmente, a participação de algum homem. Nesse sentido, utilizaremos esses termos apenas na versão feminina da palavra, pois entendemos que ela representa a todos e todas.

²⁹ Através do Curso de Formação envolvendo mulheres e juventude mencionado acima.

procuram o coletivo para tratamento de saúde. Elas se concentram principalmente nos acampamentos do município de Frei Inocêncio e nos assentamentos Barro Azul, Ulysses de Oliveira ou Oziel Alves para desenvolverem seu trabalho.

Veja a seguir depoimentos de uma integrante do Coletivo de Cuidadoras sobre a formação e organização do grupo no primeiro semestre de 2011:

Ao longo do segundo semestre de 2010 construímos, no primeiro momento, espaços de formação com mulheres e jovens. Nesses trabalhamos temas como saúde, gênero e soberania alimentar apareceram com força e fortalece a articulação do coletivo de saúde regional.

Considerando também a articulação estadual, o coletivo de saúde regional começa a se reunir. Nessas reuniões realizamos troca de experiências no que se refere a florais, plantas medicinais, tinturas, pomadas, radiestesia.

Na última reunião, fica evidenciada a necessidade de realizamos uma articulação para fortalecer duas ações que se colocam como emergenciais. A primeira atividade é realizar um curso de formação em terapias e outro ponto, que se fortalece e viabiliza a partir do primeiro, é a construção de uma *casa de tratamentos alternativos*. Apontamos que a ideia dessa *casa* não é nova, mas deve ser feita a médio prazo a sua implementação e será potencializada a partir do curso, pois potencializa a formação de militantes na saúde além de criar o quadro de terapeutas que vão assumir a construção e implementação da casa em questão (Dandara, grifos da autora).

Por outro lado, é inegável a contribuição deste Coletivo no MST em Minas Gerais, que ocorre através da atividade do cuidado e fornecimento de remédios fitoterápicos e homeopáticos nas lutas e mobilizações estaduais; dos cuidados prestados aos/as militantes de outras regiões que são acolhidos/as pelo coletivo; e até mesmo nos diversos atendimentos em saúde realizados durante as viagens das integrantes por ocasião de atividades do Movimento.

O percurso desenvolvido por essas mulheres permitiu-lhes desenvolver e planejar estratégias de fortalecimento das ações do Coletivo. A primeira delas é a necessidade de ampliação do grupo, através da sensibilização e mobilização de mais mulheres e homens para o desenvolvimento de práticas de cuidado na região; a segunda delas refere-se à formação e apreensão de tecnologias sociais para a qualificação das práticas por meio de um curso de capacitação; a terceira refere-se à construção de um Centro de Referência em Saúde para a Região do Vale do Rio Doce, uma casa de tratamento, espaço de trabalho dessas mulheres, referência em práticas populares de cuidado e saúde ambiental; e por fim, a última refere-se à necessidade de formação em agroecologia para que as mesmas possam construir experiências de cuidado com o meio ambiente, produção de alimentos e plantas medicinais orgânicas em seus respectivos lotes, acampamentos e assentamentos. Para a construção da casa, planeja-se o uso de tecnologias de construção sustentáveis.

Algumas dessas ações planejadas foram iniciadas, entre elas, a ampliação do quadro de terapeutas e militantes do grupo e a apreensão de saberes no âmbito das práticas populares de cuidado, que se deram a partir da organização do Curso de Plantas Medicinais e Práticas Naturais. O Curso teve início em novembro de 2011, através de uma parceria com o Departamento de Fitotecnia da UFV, que tem reconhecida experiência na formação em terapias integrativas e oferece regularmente tais cursos em caráter de extensão para um público variado. O Departamento é parceiro do Setor de Saúde do VRD, e oferece o curso gratuitamente. O MST arca com os custos de hospedagem, alimentação e transporte, a partir da própria organização dos participantes. O Curso é desenvolvido em módulos mensais de dois dias, o primeiro dia geralmente é coordenado por um professor da UFV e, o segundo dia, pelas integrantes do Setor. Os conteúdos trabalhados até o momento foram: homeopatia humana, plantas medicinais, radiestesia, florais, fitoterapia, aromaterapia, reiki e radiestesia. Participam em média 70 pessoas em cada etapa, provenientes das diversas áreas de assentamentos e acampamentos da região, em sua maioria mulheres.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, tivemos a oportunidade de acompanhar ou receber notícias sobre o desenvolvimento de algumas atividades do Coletivo: oficina de preparo de florais, atividade de reconhecimento de plantas medicinais, atendimentos, oficina de geoterapia nas áreas, atendimentos e tratamentos, participação em encontro da Associação dos Terapeutas Naturalistas Alternativos na Saúde e Cultura do Brasil (ATENAB), oficinas práticas, visita à Viçosa para articulação política com o Departamento de Fitotecnia da UFV, o início do Curso na região, reuniões do setor, participação nos cursos do Coletivo Regional de Juventude, entre outros.

As Figuras abaixo ilustram algumas atividades desenvolvidas pelo Coletivo de Cuidadoras. Na Figura 4 podemos visualizar uma caminhada do Coletivo no Assentamento Barro Azul para reconhecimento de plantas medicinais. Já na Figura 5 podemos visualizar uma etapa do Curso de Plantas Medicinais e Terapias Naturais, em parceria com a UFV, no Centro de Formação Francisca Veras - Assentamento Oziel Alves Pereira.

Figura 4 - Coletivo de Cuidadoras em caminhada de reconhecimento de plantas medicinais, Assentamento Barro Azul



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 5 - Etapa do Curso de Plantas Medicinais e Terapias Naturais, organizado pelo Setor Regional de Saúde do VRD



(Fonte: Acervo Pessoal)

3 NORMAS E VALORES DA ATIVIDADE INSCRITOS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE NO MST DO VALE DO RIO DOCE

Iniciamos a reflexão sobre as normas e os valores da atividade inscritos nas práticas de saúde pesquisadas por meio desta dissertação com uma fala de Olga que, para nós, exprime algumas das questões que buscaremos abordar durante esta seção. Referem-se aos valores que perpassam as práticas de saúde desenvolvidas nos assentamentos e acampamentos.

E elas não desistiram não, Bianca... Graças a Deus, isso eu nunca vou esquecer, porque eu já dei muito trabalho para o nosso grupo. Então, se eu contribuir de agora pra frente no resto da minha vida, eu acho que ainda vai ser pouco... Porque não foi uma vez, duas que essas meninas... E você sabe, né... No Espírito Santo e no Rio de Janeiro, foi muito trabalho, e hoje eu vejo que me motiva muito continuar cuidando, e eu quero cuidar mais mesmo. É meu dever, é minha obrigação cuidar das pessoas. Eu preciso é de encaixar as coisas pra eu não cuidar de maneira errada. Eu tenho essa preocupação. Eu nem posso dizer a palavra... cuidar das pessoas erradas, porque não tem ninguém errado. É cuidar da maneira errada, e eu quero me posicionar, me direcionar pra eu cuidar da maneira correta, assim como cuidaram de mim. E cuidaram na hora certa, da maneira certa, e até hoje ainda cuidam. Isso me motiva muito ainda. Esse anseio de cuidado vai demorar a passar, se passar... Com as decepções da vida, os problemas que a gente tem, já era pra eu ter desistido, se eu fosse olhar por esse lado. São muitas decepções, a gente fica muito sem graça, fica arrepiada, fica até triste e chora muito, mas quando você olha... “- Pô, cara, mas eu estou aqui, e tem gente precisando...” Ir ao acampamento, ir numa área nossa, abraçar um companheiro, é tudo que eu curto demais. Monto na bicicleta, vou lá no Padre João, abraçar as meninas. Isso é muito bom, muito bom (Olga).

Olga refere-se às suas motivações ligadas à atividade do cuidado. Em sua fala fica explícito que tal atividade, assim como toda atividade humana, é atravessada por valores. O cuidar da maneira certa indica um caminho, um fazer correto, segundo valores que são próprios, que dialogam com valores presentes na sociedade como um todo. Assim instaura-se o debate de normas tal como proposto pela Ergologia – a partir da assunção e da luta de alguns valores contra outros, no qual o ser humano busca renormalizar as normas vigentes na sociedade. Compreendemos, portanto, atividade, valores e renormalizações em uma perspectiva relacional.

O MST passou a formular os valores de saúde a partir da organização do Coletivo Nacional. Em 1999, ao elaborar o Caderno de Saúde nº 1, o MST afirma que a luta pela saúde passa pelo resgate dos valores de solidariedade e justiça e propõe três desafios internos, relacionados aos *valores básicos*: “elevar o nível de sabedoria do nosso povo; ouvir os segredos da terra e da natureza; fazer da solidariedade um dever universal” (MST, 1999, p. 14-6).

Nesse momento, também se iniciou a construção dos *princípios e valores* orientadores da saúde do MST. Este foi um processo permanente de construção, e após o planejamento estratégico do Setor Nacional de Saúde em 2007, eles foram assim definidos:

1. *Luta pela valorização da vida*: A luta pela saúde é essencialmente a luta pela vida em todas as suas formas. Nesse processo é fundamental fomentar a solidariedade, o compromisso com a vida, o cuidado com o outro e a outra e com o ambiente em que vivemos como caminho a ser trilhado junto com outros grupos e organizações.
2. *Saúde como uma conquista de luta popular*: Continuar e potencializar a organização de homens e mulheres do campo e da cidade a fim de desencadear processos de elevação da consciência, da autonomia e da luta popular, tendo como objetivo a produção e conquista de uma vida com dignidade. Lutar pela saúde é lutar pela Reforma Agrária.
3. *Saúde como direito*: A saúde é um direito de todos e todas. Devemos continuar lutando para que o Estado seja cumpridor e executor das políticas de saúde estabelecidas, fruto de mobilização e participação popular. O movimento deve continuar conscientizando os/as militantes desse direito, educando-os, proporcionando a participação, a atitude de luta e a proposição de novas políticas que garantam o acesso aos serviços públicos de saúde.
4. *Lutar pela consolidação de Políticas Públicas em Saúde*: Manter a organização do movimento juntamente com os movimentos populares e articulações que garantam as políticas públicas de saúde, fortalecendo o SUS como elemento essencial para o atendimento das necessidades da população em geral e as especificidades do campo. Garantir a conscientização, estando em luta, no sentido de compreender a conquista de saúde como conquista de qualidade de vida em todos os níveis: saneamento, moradia, lazer, esporte, produção, etc.
5. *Respeito às diferenças*: Superação das desigualdades nas relações de poder, valorizando e respeitando as diferentes gerações, culturas, raças e etnias, expressões da sexualidade, das novas relações de gênero, de características regionais e de religião. Esse respeito e a integração das diferenças são fundamentais para uma vida com qualidade.
6. *Fortalecimento das práticas e saberes populares em saúde*: Fortalecer e valorizar as práticas e saberes de saúde do campo e da cidade como instrumentos legítimos e eficazes da promoção de saúde e processos de cuidado, bem como potencializadores da luta por uma consciência de saúde integrada e autônoma.
7. *Educação permanente em saúde*: Continuar o trabalho de educação em saúde em todos os setores e instâncias do movimento, a fim de garantir e aprofundar o trabalho de promoção e atenção em saúde, prevenção de enfermidades, das pessoas e ambientes.
8. *Socializar os conhecimentos e as informações*: É fundamental socializar os conhecimentos adquiridos e produzidos a fim de defender a vida com saúde e qualidade, garantindo que os conhecimentos das tecnologias e ferramentas de produção estejam sob a apropriação e controle da classe trabalhadora. (MST, 2007, p. 4, grifo nosso).

Partindo de uma perspectiva de saúde prescrita pelo próprio Movimento Sem Terra, nesta pesquisa identificamos atividades em desenvolvimento, que foram analisadas segundo os valores inscritos nas mesmas. Tal investigação passou por uma análise dos ‘horizontes mais amplos’, assim como proposto pela Ergologia em relação ao processo saúde-doença-cuidado expresso na atividade desses sujeitos, visando identificar os valores que orientam tais práticas e, na medida do possível, identificar os confrontos de normas que se instauram na

própria atividade. Para isso, buscamos perceber os movimentos, os valores nas suas circulações, o movimento de contrários, avanços e desafios.

Esta reflexão teórica foi dividida em duas seções. A primeira busca abordar os valores que a própria luta por reforma agrária imprime na saúde do MST. A segunda seção busca abordar os valores relacionados ao cuidado em saúde e igualmente sua expressão na saúde do Movimento. Essa opção decorre de um olhar para a totalidade dos resultados da pesquisa, que buscou levantar os aspectos mais expressivos relacionados aos valores das atividades pesquisadas. Não se buscou dividir segundo uma lógica promoção em saúde x cuidado em saúde, como se fossem dois polos dicotômicos das práticas. Na atividade, não necessariamente essas divisões são tão demarcadas. Pelo contrário, no cuidado foi possível perceber a dimensão da promoção e vice-versa. Conforme ressaltado, trata-se, apenas, de uma forma de divisão de capítulo a partir de dois aspectos que se mostraram mais expressivos em nossa análise. Não foi um exercício fácil, uma vez que os mesmos valores circulam e renormatizam constantemente na vida dos sujeitos pesquisados. Por esse motivo, algumas reflexões podem parecer repetitivas, já que tais aspectos são transversais à atividade.

3.1 A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E REFORMA AGRÁRIA INSCRITA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

3.1.1 As relações de produção, as condições de vida e a saúde na reforma agrária

Entre os horizontes sociais mais amplos expressos nas atividades estudadas – cuidado, agrícola e docente – e nas falas dos sujeitos participantes desta pesquisa, destaca-se a relação que se estabelece entre saúde e questões sociais. Tal elemento, identificado inicialmente nos ‘Eixos da Saúde no MST’ construídos pelo Setor Regional de Saúde, pode ser aprofundado nas próprias atividades investigadas.

Na atividade agrícola e na atividade docente que envolve ações de meio ambiente, percebe-se a possibilidade de desenvolvimento de uma agricultura saudável e de um cuidado ambiental, em uma perspectiva sustentável, sem o uso de produtos oriundos da indústria agroquímica (agrotóxicos, transgênicos e fertilizantes), e que possibilitem o resgate da biodiversidade e dos recursos naturais. É com esse sentido que as atividades descritas acima são desenvolvidas:

[...] não é destruir, porque se existe a lagarta na natureza é porque precisa dela, ela tem alguma utilidade, então a gente não a destrói, a gente a combate pra não estragar a planta. Mas não é matar, é afastar a lagarta daquela planta que a gente não quer que ela coma. Então, a importância da homeopatia é isso. A mesma coisa com os carrapatos lá das vacas. Vamos dizer assim: você não os mata, porque não é matar, mas você os controla pra não afetar as vacas. Eles têm sua utilidade pra lá, mas não é nas vacas (Haydée).

São coisas que você tem que resgatar [plantas medicinais], que estão sumindo do mapa [...] Por que eu planto algumas coisas? Eu planto pra resgatar. Coisas que o pessoal fala: Ah, funciona não. Eu falo: Morde aí pra você ver. Antigamente era usado pra isso, né? E por que hoje não é? Então muitos remédios são buscados em farmácia, enquanto você tem muitas vezes no terreiro de casa. Se for fazer um resgate de remédio, ao redorzinho daqui, olha... (Francisco).

Para os sujeitos pesquisados, além do cuidado ambiental, tais atividades apresentam relação com a saúde do trabalhador rural e do consumidor. Na fala de Haydée, observamos a preocupação com o impacto do uso de agroquímicos na saúde dos/as trabalhadores/as rurais:

Quando eu estou na minha horta, eu fico lembrando disso [refere-se à horta de um parente que faz uso de agroquímicos], quanto a respiração aqui é melhor do que lá nessa horta dele, porque lá tudo é com adubo, é com veneno de matar as pragas, com aquele trem todo controlado. Aqui não, a homeopatia não tem... Eu levo os meus meninos, que já estão grandinhos, eu os levo pra horta e não tenho preocupação nenhuma deles pegar uma embalagem de homeopatia, não tem problema nenhum. O que é que tem? O cheiro lá - posso levar qualquer criança, o cheiro é bom, mas se fosse um lugar de veneno, talvez eu tinha que evitar. Isso é bom demais (Haydée).

Entre os prejuízos ocasionados pelo alto uso de agroquímicos, em especial os agrotóxicos, citam-se: os dados alarmantes de intoxicação, causadores de vários problemas à saúde dos/as trabalhadores/as que se expõem diretamente ao contato com esses produtos; a contaminação ambiental, ressaltando-se o alto índice de contaminação dos recursos hídricos e do solo; e o consumo alimentar de produtos agrícolas com altos níveis dessas substâncias, conforme exposto no Dossiê ABRASCO: “Um alerta sobre os impactos dos Agrotóxicos na Saúde” (2012, p. 11):

Constatar a amplitude da população à qual o risco é imposto sublinha a sua relevância: trabalhadores das fábricas de agrotóxicos, da agricultura, da saúde pública e outros setores; população do entorno das fábricas e das áreas agrícolas; além dos consumidores de alimentos contaminados – toda a população, como evidenciam os dados oficiais.

A mecanização da produção agrícola ocasionada pela revolução verde acarretou novos padrões de desgastes e adoecimento dos trabalhadores rurais, devido à alta exposição desses trabalhadores à carga química de agrotóxicos. Os impactos agudos do uso de agrotóxicos são

os mais visíveis e passíveis de notificação, mas os impactos crônicos ainda são pouco estudados. Os efeitos da intoxicação por inseticidas, fungicidas e herbicidas variam desde vômitos, espasmos, convulsões, tremores musculares e dor de cabeça, no caso de intoxicação aguda, a lesões hepáticas, pulmonares, renais, dermatites, alterações cromossomiais, alterações do sistema nervoso, câncer, teratogenia, no caso de intoxicações crônicas; para citar algumas das patologias (ABRASCO, 2012, p. 26).

No Brasil, a adoção do uso de agrotóxicos em larga escala foi incentivada por parte das autoridades governamentais através da vinculação do crédito agrícola à compra de insumos agroquímicos, já na década de 60; subsídio financeiro para a implantação de indústrias agroquímicas a partir da década de 70; marco regulatório ‘defasado e pouco rigoroso’ que vigorou até o final dos anos 80 e facilitou o registro de centenas de substâncias tóxicas; além das isenções fiscais e tributárias que vigoram até hoje no comércio de agrotóxicos (LONDRES, 2001, p. 18).

Tais medidas levaram o Brasil a ocupar, desde 2008, o posto de principal consumidor de agrotóxicos no mundo, bem como o principal destino de produtos banidos no exterior nos últimos anos³⁰ (LONDRES, 2001, p. 19). Ressalta-se, ainda, a característica de oligopólio do mercado de agrotóxicos - em 2007, as seis maiores empresas (Bayer, Singenta, Basf, Monsanto, Dow e DuPont) concentravam 86% das vendas desses produtos no mundo (PELAEZ et al, 2009 apud LONDRES, 2001, p. 20).

Esse uso indiscriminado de agrotóxicos não garante níveis seguros para a alimentação humana. De acordo com ABRASCO (2012, p. 23), uma pesquisa realizada em 2011 pela ANVISA, na qual foram analisadas amostras de alimentos agrícolas de todas as 26 Unidades Federadas do Brasil, identificou-se que um terço dos alimentos consumidos no dia-a-dia pela população brasileira está contaminado por agrotóxicos, em níveis maiores que os permitidos pela Vigilância Sanitária, ou por substâncias proibidas. Essa mesma pesquisa identificou que 35% das amostras também apresentaram contaminação, porém dentro dos limites aceitáveis.

Nos últimos anos, devemos considerar ainda a introdução na agricultura brasileira de sementes de espécies geneticamente modificadas (transgênicos), cujos impactos à saúde humana e segurança alimentar são igualmente desprezados. Citam-se aqui os riscos de alergenicidade, transferências de genes (inclusive entre bactérias e células do trato gastrointestinal), e troca de genes entre espécies geneticamente modificadas e espécies não

³⁰ Maiores informações podem ser consultadas em <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-e-destino-de-agrotoxicos-banidos-noexterior,558953,0.htm>

modificadas geneticamente, o que se configura como um considerável risco à biodiversidade e à Segurança Alimentar (MIRANDA, 2007, p. 10).

Assim, percebemos que a adoção da produção sem o uso de agroquímicos por parte dos sujeitos desta pesquisa possui estreita relação com a promoção de segurança alimentar e nutricional das famílias assentadas e acampadas, conforme expresso abaixo:

[...] quando a gente fornece um alimento sem remédio, a gente está contribuindo com todos que vão receber aquele alimento, dentro da família. Aqui em casa, por exemplo, quase não uso comprar verdura em mercado. Folha, principalmente, não compro nada. [...] Seria bom se todo mundo produzisse, né? (Margarida)

Tem um assentamento aqui vizinho [...], onde eles plantavam menos quantidade de milho do que nós, e colhiam muito mais. Esta discussão às vezes vinha: “ - Ah, nós estamos errando na questão do plantio, porque lá [no assentamento vizinho] eles plantam em uma área menor e estão colhendo mais que nós”. Mas aí a gente vai ver, e, ah, lá estão usando adubo químico. Nós não queremos usar isso, porque nós pensamos nos nossos filhos, nós pensamos numa produção para o consumo, né? Então nós queremos uma alimentação saudável, né (Haydée).

Por Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) compreende-se a realização do direito de todos/as ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, “[...] em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis” (CONSEA, 2004).

Durante um bom tempo, o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional restringiu-se à relação entre a produção de alimentos e o combate à fome em escala mundial. A relação conceitual entre segurança alimentar e a incidência de doenças é uma noção recente, que passou a ser desenvolvida a partir da contribuição de movimentos e organizações da sociedade civil, o que acarretou na incorporação de outras questões no conceito de SAN. Nesse processo, evidenciou-se que tal conceito não pode ser reduzido “à luta para matar a fome da população brasileira, pois existem muitas dimensões a serem exploradas” (GADELHA; WEITZMAN, 2008, p. 168).

Nesse sentido, entre a modernização da agricultura e o atual quadro de insegurança alimentar e nutricional da população brasileira, observa-se uma estreita relação. Se a Revolução Verde preconizava ser a solução para o problema da fome e da nutrição mundial, acabou gerando o agravamento da concentração de terra e renda e, conseqüentemente, a ampliação das desigualdades sociais brasileiras e agravamento desse quadro. Contudo, as pesquisas relacionadas ao tema mostram que a insegurança alimentar e nutricional no Brasil

não tem como causa a produção de alimentos, e sim o acesso aos mesmos (GADELHA; WEITZMAN, 2008, p. 175; WEITZMAN, 2008, p. 212).

Além disso, nos últimos anos, presenciamos a crescente padronização dos alimentos e a incorporação de produtos industrializados à alimentação da população mundial. Esse quadro, além de contribuir para a crescente perda da diversidade de cultivos atualmente produzidos pela agricultura familiar, contribuiu para o surgimento de doenças tidas como carenciais e crônicas não transmissíveis³¹ (GADELHA; WEITZMAN, 2008, p. 175).

Essa relação direta entre a segurança alimentar e nutricional, a cultura e os hábitos alimentares e a produção agrícola pode ser observada nas ações educativas envolvendo saúde e meio ambiente nas escolas dos acampamentos e assentamentos:

E a questão da alimentação... De incentivar a própria alimentação deles em casa, né. Às vezes, a merenda tem cebolinha e alguns meninos não comem cebolinha... Mas, por que não comem cebolinha? Muitas vezes, é por causa do hábito em casa, e porque não têm. A gente incentiva, então, eles a comerem as verduras. Depois que eles comeram, nós falamos o que eles comeram, que tipo de verdura tinha, pra que serve, pra que está fazendo bem... Então, começamos a trabalhar a questão da nutrição com eles. Eu acredito que a horta dá uma visão muito bonita da escola. Toda escola deveria ter uma horta e as crianças teriam que participar, porque senão não aprendem a valorizar (Iara).

Já a fala de Camilo, durante entrevista coletiva realizada com o Setor Regional de Saúde que deu origem aos 'Eixos da Saúde do MST', aponta para a importância da preservação da biodiversidade no que tange às culturas alimentares, historicamente preservadas pelas comunidades tradicionais.

Eu trouxe uma espiga de milho, porque ela, além de ser um símbolo da produção, da fartura, é também o símbolo do alimento. O milho é uma tradição nas Américas, muito utilizado pelos nossos antepassados, e já foi um dos principais alimentos dos povos. Então, quando se fala da questão da saúde, o seu ponto principal tem a ver com alimentação, por isso eu trouxe, então, a espiga de milho como esse símbolo de referência (Camilo).

Para o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável, a Agroecologia deve ser implantada enquanto política estratégica de promoção da segurança alimentar da população brasileira, assim como indicado na Declaração da IV Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional:

³¹ Doenças carenciais originam-se de deficiências nutricionais que, geralmente, estão relacionadas à alimentação insuficiente e/ou inadequada; já doenças crônicas não transmissíveis apresentam relação com os estilos de vida e alimentação da população.

Importa estruturar e priorizar sistemas de produção sustentáveis e diversificados de alimentos saudáveis com o fortalecimento da autonomia da agricultura familiar e camponesa, povos indígenas e outros povos e comunidades tradicionais, bem como garantir o acesso à água com qualidade e em quantidade suficiente, reconhecer o papel estratégico dessas populações na conservação e no uso sustentável da agrobiodiversidade, como guardiãs do nosso patrimônio genético, e dar continuidade à construção da Política e do Plano Nacional de Agroecologia (CONSEA, 2011).

Conforme exposto, o MST adota a Agroecologia enquanto matriz tecnológica de produção para o campo e reafirma, permanentemente, a importância do cuidado com o ambiente, assim como pronunciado no Documento “Nossos Compromissos com a Terra e com a Vida”, construído em 2009:

Nossos compromissos com a terra e com a vida: 1) Amar e preservar a terra e os seres da Natureza. 2) Aperfeiçoar sempre nossos conhecimentos sobre a Natureza e a agricultura. 3) Produzir alimentos para eliminar a fome na humanidade. Evitar a monocultura e o uso de agrotóxicos. 4) Preservar a mata existente e reflorestar novas áreas. 5) Cuidar das nascentes, rios, açudes e lagos. Lutar contra a privatização da água. 6) Embelezar os assentamentos e comunidades, plantando flores, ervas medicinais, hortaliças, árvores, etc. 7) Tratar adequadamente o lixo e combater qualquer prática de contaminação e agressão ao meio ambiente. 8) Praticar a solidariedade e revoltar-se contra qualquer injustiça, agressão e exploração praticada contra a pessoa, a comunidade e a Natureza. 9) Lutar contra o latifúndio para que todos possam ter terra, pão, estudo e liberdade. 10) Jamais vender a terra conquistada. A terra é um bem supremo para as gerações futuras (MST, 2010, p. 36).

Nessa perspectiva, situa-se a relação entre saúde, ambiente e modelo de produção, conforme destacado por Burigo:

É na relação entre produção, saúde e ambiente, delimitação do campo da Saúde Ambiental, que na última década tem se concentrado os crescentes estudos sobre os impactos do modelo de desenvolvimento agrícola na saúde das populações, principalmente dos trabalhadores e trabalhadoras rurais. Também, é na agenda da Saúde Ambiental, que ocorre (re)aproximações e articulações, com mais expressividade nos últimos anos, entre movimentos sociais do campo, trabalhadores e pesquisadores da saúde comprometidos com a Reforma Sanitária Brasileira (BURIGO, 2010, p. 13).

Até o final dos anos 70, o termo saúde ambiental, no Brasil, prevaleceu articulado às demandas de desenvolvimento científico e tecnológico, que teve como alvo possibilitar a infraestrutura para a modernização, desenvolvimento industrial e urbanização do país. A partir desse período novas preocupações se colocaram no campo da saúde ambiental, ocasionadas pela expansão da indústria petroleira e petroquímica e das fronteiras agrícolas, que trouxeram novas questões à saúde pública – relacionadas à contaminação dos recursos hídricos, à exposição a agrotóxicos e outros produtos químicos decorrentes da mineração e atividade

industrial, além da poluição dos centros urbanos e queimadas. Emergem, então, núcleos acadêmicos que se propõem a olhar para a saúde ambiental a partir da incorporação de contribuições teóricas sobre sistemas complexos, incorporando conceitos como avaliação de risco à saúde e impacto ambiental (NETTO E ALONZO, 2009, p. 16).

No campo, a saúde ambiental apresenta relação direta com as contradições inerentes ao modelo de desenvolvimento econômico para a agricultura brasileira. Tais contradições geram consequências severas para as populações que nele vivem e trabalham: degradação dos ecossistemas e contaminação dos recursos naturais, que, por sua vez, consiste em ameaça direta à perpetuação de determinadas atividades de trabalho de populações tradicionais; redução dos postos de trabalho no campo; precarização e intensificação do trabalho. Nas cidades, como consequência direta, percebemos o grande adensamento urbano, ocorrido principalmente nas grandes metrópoles. E, por fim, é importante ressaltar as consequências que vêm acontecendo em nível global, que se referem aos impactos nas mudanças climáticas e aos desastres ambientais, os quais atingem de forma diferenciada indivíduos de diferentes classes sociais.

A preocupação com a temática da saúde ambiental enquanto estratégia é algo mais recente na atuação do Coletivo Nacional de Saúde. Tal discussão surgiu principalmente em decorrência dos problemas relacionados à falta de saneamento, às condições de moradia e aos impactos dos agrotóxicos na saúde das famílias. Nos anos de 2008 a 2009, o MST desenvolveu, em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz, um curso de especialização técnica pós-médio em saúde ambiental para a população do campo, no qual se formaram 24 jovens Sem Terra de diversos estados do país. Neste momento, estão sendo construídas mais duas turmas desse curso para os estados do Paraná e Ceará, ambas em parceria com a EPSJV/Fiocruz e instituições de ensino da região, além de uma Turma de Mestrado em Saúde, Ambiente, e Trabalho, em parceria com a ENSP/Fiocruz.

Identificamos que a *saúde ambiental*, assim como tem sido construída pelos movimentos comprometidos com a Reforma Sanitária e pelo MST, apresenta-se como um aspecto a ser destacado nas práticas de saúde dos sujeitos que participaram desta pesquisa. Tanto por parte de Haydée, Francisco, Margarida, Helenira e Iara, que desenvolvem o trabalho na agricultura ou na escola, como por parte das mulheres e homens que integram o Setor Regional de Saúde do VRD.

O que a gente vê é que as pessoas estão doentes. As pessoas estão doentes, estão sempre doentes, tentando tratar da gente, né? Eu quero tratar de mim, mas e o meio ambiente que está do lado? O meio em que eu estou vivendo, como é que está isso?

Se nós não nos preocuparmos com essas coisas, não adianta eu querer tratar de mim. Precisa haver um projeto muito maior nesse sentido (Rosa).

Trata-se de experiências que propõem um novo olhar para a saúde, a agricultura e a alimentação. Para a maioria desses sujeitos, a saúde ambiental apresenta estreita relação com o modelo de desenvolvimento vigente no campo, que é sentido por eles/as através da ausência de políticas públicas de desenvolvimento da reforma agrária e da agricultura familiar, da imposição de padrões para a produção agrícola pela indústria agroquímica, da criminalização dos pequenos produtores e impunidade aos responsáveis pela violência no campo.

Dessa forma, destacamos que a saúde, tal como expressa por esses sujeitos apresenta estreita relação com a abordagem dos determinantes sociais da saúde (DSS), conforme proposto por estudos na área da Saúde Coletiva na América Latina (LAURELL; NORIEGA, 1989; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Laurell e Noriega (1989, p. 11) propõe uma “problematização da relação trabalho-saúde, que coloque no centro da análise o caráter social do processo saúde-doença e a necessidade de entendê-lo na sua articulação com o processo de produção”. A escolha da categoria processo de produção parte da contribuição das análises marxistas sobre o trabalho, que afirmam que na sociedade capitalista “o processo de produção organiza toda a vida social”.

Na abordagem dos determinantes sociais da saúde, o processo saúde-doença assume características de acordo com o modo que cada grupo social se insere na produção da vida material. Nessa análise busca-se compreender como os elementos do processo de trabalho interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, “perda da capacidade potencial e /ou efetiva corporal e psíquica”. Dessa forma, o processo desgaste-reprodução tem como expressão particular momentos identificados como doença, e no corpo do trabalhador são gerados diferentes gradientes de saúde-doença. O processo saúde-doença é percebido como resultado da mediação entre os processos de fortalecimento e desgaste decorrentes da produção. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 102, 110).

Como as relações de trabalho são diferenciadas segundo a atividade desenvolvida e a maneira como os trabalhadores se inserem nas relações de produção, tal perspectiva permite a construção de determinados padrões de desgastes e perfis patológicos de trabalhadores de diversos ramos produtivos (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 37). Considera-se ainda que esses padrões de desgaste, ao surgirem como expressão particular de uma forma específica de

produzir, estão diretamente relacionados às “relações de força entre capital e trabalho num centro de trabalho concreto e na sociedade” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 113).

No âmbito da Saúde Coletiva, os estudos brasileiros sobre a determinação social do processo saúde-doença propõem uma inversão na ordem hierárquica das categorias analíticas, na qual a categoria ‘condições de vida’ apresenta maior abrangência na análise, situando o processo de trabalho como um dos elementos das condições de vida. Tal perspectiva propõe a noção de ‘reprodução social’ como expressão das relações entre as classes sociais que, por sua vez, são determinadas pelas relações de produção na sociedade (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 39).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78), as diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam, em sua maioria, um conceito generalizado de que a situação de saúde de grupos populacionais está relacionada às condições de vida e trabalho dos mesmos. Para a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) “os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

Dentre os modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os determinantes e os padrões de saúde e adoecimento de determinados grupos populacionais, cita-se o modelo de Dalhgreen e Whitehead, um dos adotados pela CNDSS. Tal modelo propõe diferentes camadas de determinantes que atuam de formas específicas e diferenciadas: desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais a uma camada distal dos macrodeterminantes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 83).

No modelo de Dalhgreen e Whitehead, os indivíduos encontram-se na base com suas características individuais, sexo e fatores genéticos que influenciam sobre seu potencial e condições de saúde; na camada seguinte, há comportamentos e estilos de vida individuais; em seguida, destaca-se a influência das redes comunitárias e de apoio, expressando coesão social; no próximo nível, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e trabalho; e por fim, no último nível, estão representados os “macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 83-4).

Nesse modelo, todas as camadas são, em menor ou maior grau, influenciadas pelos determinantes sociais da saúde: desde o sexo e fatores genéticos que se relacionam com o potencial de fortalecimento e desgaste, aos comportamentos que, embora compreendidos como de responsabilidade individual, são, na verdade, ‘opções’ fortemente condicionadas

pelos determinantes, às redes comunitárias e de apoio que são fundamentais para a saúde de grupos populacionais e da sociedade como um todo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 84).

Nessa mesma perspectiva, não podemos deixar de mencionar *a saúde como direito*, tal como proposto pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1988), que resgata a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença.

Em seu sentido mais abrangente, a Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos 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 (BRASIL, 1986, p. 4).

Retomamos aqui os ‘Eixos da Saúde no MST’, construídos pelo Setor de Saúde Regional durante entrevista coletiva. Para as integrantes do Setor, a saúde envolve: *“acesso à terra; segurança alimentar; plantas medicinais e medicina natural; bem estar; cuidado; diálogo; construção de novos valores; novas relações; cuidado com o meio ambiente, os recursos naturais; educação e formação; luta contra o agronegócio; e luta pela construção de um projeto popular”*. Desta construção podemos destacar, acesso à terra; segurança alimentar; cuidado com o meio ambiente; educação; luta contra o agronegócio; e luta pela construção de um projeto popular como elementos que expressam uma leitura da determinação social do processo saúde-doença no ‘projeto de saúde’ adotado pelo Setor Regional.

“Retorno à fábrica para decifrar a realidade, saio do hospital para entender a doença” - segundo Laurell e Noriega (1989, p. 23), trata-se de condições postas pelos próprios movimentos sociais para se sustentar uma nova prática de saúde. E quando as mulheres e homens integrantes desta pesquisa ressaltam a importância de uma produção agroecológica, sem veneno, de uma alimentação saudável, de uma relação sustentável com o meio ambiente, expressam a importância que os determinantes sociais apresentam sobre a saúde e a vida dos/as trabalhadores/as rurais assentados e acampados pela reforma agrária.

A análise dos materiais produzidos pelo Setor Nacional de Saúde nos permite perceber que, ao longo dos mais de dez anos de existência, o Setor busca construir, no conjunto do Movimento, uma concepção de saúde que expressa a saúde como direito de todos e dever do Estado, como resultado da melhoria das condições de vida, do acesso à terra e à reforma agrária, ressaltando a importância do saneamento, da moradia, do incentivo à produção

agrícola, da educação, do acesso aos serviços de saúde. Tal perspectiva de saúde se insere na luta pela reforma agrária e reforma sanitária brasileira (MST, 2005, p. 8).

Uma sociedade com saúde é onde 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, Educação, Lazer, *Saneamento Básico*, transporte, *Saúde Pública*, Cultura, Meios de Comunicação, energia elétrica – onde haja Justiça, Igualdade, Participação e Organização (MST, 2000, p.12, grifos dos autores).

De acordo com a abordagem da saúde na sua relação com o processo de produção e condições de vida, as intervenções devem ser projetadas nos determinantes do processo saúde-doença (formas de trabalhar e viver) e não nos resultados desses determinantes (assim como desenvolvido pelo modelo biomédico). Assim, além de afirmar a diferença entre os fatores sociais e biológicos, distingue o peso entre esses fatores, afirmando que são as formas de viver e trabalhar que determinam os processos biológicos. Daí a perspectiva da *determinação social*.

No entanto, se a Saúde Coletiva conseguiu elaborar um pensamento social sobre a saúde que a considera a partir das relações de produção, as normas biomédicas reduzem a doença e a saúde ao “contorno biológico individual, separando o sujeito de seu contexto integral de vida”. Deslocam as causas das doenças da sociedade, do ambiente, das condições de vida e trabalho e passam a situá-las no próprio organismo, em suas causas endógenas e nos padrões de comportamento dos indivíduos. A responsabilidade da saúde passa da sociedade para o indivíduo, atribuindo ao mesmo a culpa por seus problemas de saúde (MINAYO, 1997, p. 34).

É nesse sentido que a abordagem da saúde na sua relação com a produção propõe uma crítica ao discurso biomédico conservador, que coloca os problemas de saúde como problemas relacionados aos hábitos e comportamentos e não como problemas relacionados ao modo como as pessoas se inserem nas relações sociais de produção (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 21).

A abordagem biomédica focaliza sua ação na doença e a saúde corresponde a não ter doença, a ter o corpo em perfeito funcionamento. A saúde é tida como ausência de doença, daí o seu enfoque curativo (MINAYO, 1997, p. 33). Com isso, a Patologia tornou-se a disciplina científica que estrutura as bases da medicina, a partir de um discurso disciplinar sobre a doença, e não sobre a vida.

Para a medicina moderna, o conhecimento anatomopatológico dos órgãos, tecidos e sistemas componentes do ‘organismo humano’ como ‘sede das doenças’ será o objeto de conhecimento privilegiado. A saúde passará a ser vista não mais como afirmação da vida, mas como ausência de doenças (FRANÇA LIMA, 2007, p. 64).

Aqui destacamos as primeiras considerações sobre os valores que emergem do debate de normas presente nas atividades pesquisadas: destas emergem valores que relacionam a saúde às condições sociais, condições de vida e relações de produção. Por meio da atividade propõem uma desconstrução do caráter tecnicista/assistencialista da medicina, que, por sua vez, desconsidera o contexto e as condições de vida e trabalho no processo saúde-doença. Nesse sentido, as/os trabalhadoras/es investigados propõem, seja por meio da atividade produtiva, docente ou através da atividade do cuidado, normas que situem a saúde no conjunto das relações sociais de produção.

E assim, a vida não é indiferente ao meio, é também instituição do seu próprio meio, como afirma Canguilhem. E a atividade é sempre, de imediato, debate de normas entre um ser vivo e um meio saturado de valores. “Constatar que os trabalhadores se apropriam das normas, mascaram, transgridem, jogam com elas inventando novas normas, em resumo renormalizam permanentemente, significa que há vida, significa a possibilidade de dominar o sistema” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010 p. 81). Do contrário, se o prescrito é a realidade, então o homem é escravo do sistema.

Percebemos, também, que os valores inscritos nas práticas de saúde, ao trazerem uma dimensão da saúde relacionada às questões sociais, trazem em si valores relacionados ao fortalecimento da reforma agrária e enfrentamento do agronegócio no campo. São, portanto, valores de saúde que apresentam estreita relação com horizontes sociais mais amplos a serem perseguidos na luta pela reforma agrária.

Na perspectiva Ergológica, os valores inscritos nos debates de normas podem atender a interesses privatistas e mercantis, ou a valores de interesse público. Instaura-se um jogo entre dois polos. De um lado, o polo orientado por valores mercantis, mensuráveis e quantificáveis que visam utilizar a “atividade humana sob o enquadramento de contratos mercantis”, e de outro, os “valores referentes ao bem viver em comum”, que não são mensuráveis, e que se espera e se reivindica que sejam assumidos pelo Estado - polo da sociedade de direito (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 250).

Esses polos apresentam entre si relação problemática, mas interagem, consideram-se (um influencia o outro) e integram-se ao conjunto das normas antecedentes (como dimensão macro) que, por sua vez, se entrelaçam com a atividade (dimensão micro). “Do mais local na

atividade ao mais global na escala da sociedade: debates permanentes de normas e valores” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 250).

Nesse sentido, a Ergologia propõe um ‘espaço de três polos’ para analisar o que ocorre na dialética micro e macro. No polo I configuram-se as *dramáticas do uso de si* ou *debate de normas*, o polo das gestões do e no trabalho. Este polo mostra que toda atividade de trabalho não se faz sem o componente vida humana, e a história não é um simples processo mecânico. No polo II temos o polo do mercado, que propõe normas e hierarquias em função dos valores mercantis e seus imperativos. No polo III temos o polo do político, que tenta fazer valer os valores do bem comum, que, por sua vez, são reivindicados do Estado. Há uma interação entre os três polos em conjunto, que estão em tensão permanente (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 253-6).

Assim, o trabalho dos valores oscila entre o polo universal e o polo do singular. O ser humano, como sujeito normativo, por meio da atividade, busca recentrar o meio de vida em torno de normas próprias e, conseqüentemente, influenciar o polo universal dos valores (CUNHA, 2007a, p. 4).

Contudo, de acordo com o Coletivo Nacional de Saúde, pensar a saúde no seu conceito ampliado, a partir da qualidade de vida e das necessidades das populações do campo é um enfoque não praticado na sociedade, inclusive nas próprias instâncias de coordenação do MST. A visão assistencialista de que saúde é cuidar das pessoas doentes, seja nas áreas, seja nas mobilizações, ainda é bastante frequente, tanto na base quanto na direção do Movimento (CARNEIRO, 2007, p 45).

Além disso, no âmbito da atividade agrícola, evidenciamos que os sujeitos que desenvolvem um trabalho de referência em agroecologia apresentam uma série de dificuldades como: dependência de insumos (especialmente sementes industrializadas); uso de agroquímicos, embora sejam casos raros ou pontuais; dificuldades de socialização das tecnologias sociais (como é o caso de Margarida que, mesmo em um assentamento com experiências de homeopatia animal, utiliza remédio industrializado contra carrapato na sua criação animal); e dependências de tecnologias externas oriundas das indústrias agroquímicas e empresas extensionistas. Os sujeitos relatam, ainda, as dificuldades inerentes à própria produção orgânica, que é tida como mais trabalhosa do que a produção convencional, conforme apontado por Margarida:

Lá na minha horta dá muita tirica. E eles falam pra mim assim: “ - Oh, você tá doida, bate um remédio nisso”. Não foi uma vez que as pessoas falaram: “- Por que você não bate um remédio aqui, um remédio ali? Não vai dar não”. Pois que fique

esse mato aí, que eu produzo as minhas coisas no mato. Não é aquela horta, onde você chega e tem aquela horta limpa, não. Não é uma horta limpa. Está lá no mato. Eu tiro os produtos de lá. Porque lá é um mato, você limpa hoje e amanhã está lá. Ele cresce muito rápido. Mas eu não me preocupo, porque, se for pra eu bater o veneno aqui, eu não mexo com nada. Mexo com produto nenhum, porque eu não uso remédio... O que eu planto aqui produz, com essa tiririca aí... Já acostumei a trabalhar com ela, não me perturba. Mas se fosse outra pessoa, não mexia não. Agora, diz que tem homeopatia também que a controla ... (Margarida)

Essa situação é agravada pela alta degradação ambiental das fazendas desapropriadas para fins de reforma agrária; pelo alto custo da produção agrícola familiar; pela falta de assistência técnica nos assentamentos do MST de Minas Gerais desde 2007; pela falta de incentivo por parte das políticas públicas para a agricultura familiar e reforma agrária, entre outros fatores.

Tais desafios também foram apontados por Santos (2011, p. 98), ao pesquisar as condições de saúde-ambiente-trabalho em um assentamento do MST no Rio de Janeiro. Os resultados dessa pesquisa evidenciam que as dificuldades do desenvolvimento da produção agrícola familiar estão relacionadas às variabilidades climáticas, falta de crédito, dificuldades de comercialização e lentidão no desenvolvimento do projeto de assentamento. Resultados semelhantes também foram identificados por Scopinho (2010, p.1580) em uma pesquisa realizada em um assentamento do MST no estado de São Paulo.

Esses desafios geram confronto de normas que se instauram no âmbito da atividade, relembrando-nos que a atividade ocorre imersa em um meio que interfere diretamente nas escolhas.

[...] quando você pega uma área que assim está infestada demais, então não tem como você querer ir ao pé da letra, não. Agora, depois que você faz o pecado, você tem que rezar muito, pra não cometer outro e pagar essa pena, né? Então, eu confesso que eu vou pagar essa penalidade por ter colocado esse veneno lá, de tarja verde, é só para poder coisar... Hoje não. Hoje as formiga que estão lá, qualquer uma que sair lá, já não é com veneno mais, é controle. Eu já tenho condição de controlá-las. Porque não precisa mais (Francisco).

Esse confronto também é vivenciado por Dorcelina, que confidencia os dilemas colocados entre ser militante da saúde e, ao mesmo tempo, viver em um lote no qual o companheiro faz uso de veneno contra formiga. Ela relata que, por causa desse confronto, já pensou em sair do Coletivo de Cuidadoras.

Às vezes, eu penso em sair da saúde. No dia em que fui no Oziel, pensei em chegar lá e falar com as meninas, mas não tive coragem, quando cheguei lá. Quando falaram na casa, eu fiquei mais alegre e pensei: “- Agora eu não vou sair mais”. Por

que eu vou trabalhar na saúde? Igual àquele dia lá em casa... Trabalhar e ficar no meio da saúde e no meio do veneno? (Dorcelina)

As citações anteriores evidenciam o grande desafio de se instituir novas normas, mesmo quando os valores encontram-se definidos. De acordo com Canguilhem, uma norma pura e simples não é norma; só se torna referência quando instituída como tal, uma vez que a sociedade não se coloca como um todo unificado em relação às normas sociais. A pluralidade de normas relaciona-se com a pluralidade de valores que circulam na atividade, e a relatividade do normal depende, portanto, dessa multiplicidade de valores (CANGUILHEM, 2001, p. 118). Daí o grande desafio de se instituir novas normas.

Ressaltamos ainda que as experiências observadas parecem repercutir principalmente em termos de saúde relacionada à segurança alimentar, saúde do trabalhador e preservação dos recursos naturais, do que em termos de recuperação de áreas degradadas. Este consiste em um grande desafio ao fortalecimento da agroecologia, que decorre do alto grau de degradação ambiental dos assentamentos e acampamentos na região e da falta de incentivos por parte das políticas ambientais para esses territórios.

3.1.2 A dimensão normativa nas práticas de promoção da saúde

Na perspectiva de projetar as intervenções em saúde nos determinantes do processo saúde-doença situam-se as atividades desenvolvidas no âmbito do que podemos denominar de ‘promoção da saúde’.

A promoção da saúde é um termo que vem sendo elaborado por diferentes atores, técnicos e sociais, ao longo das últimas três décadas. Para Buss (2009, p. 23), o que caracteriza este conceito, na atualidade, é o “papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde”, por reconhecer que a saúde é produto de uma série de fatores ligados à ‘qualidade de vida’. Por esse motivo, tais atividades estariam mais voltadas aos grupos populacionais e ao ambiente, compreendidos em seu sentido amplo. Aqui entram estratégias ligadas às políticas públicas, à promoção da saúde ambiental, ao reforço do protagonismo dos indivíduos e das comunidades diante da própria saúde.

Dentre os marcos da construção desse conceito, destaca-se a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde e a Carta de Ottawa, em 1986. No documento final da Conferência, foram ressaltados a equidade na promoção da saúde, os determinantes múltiplos da saúde e a intersetorialidade. Como campos centrais de ação para a promoção da saúde foram levantadas ações relacionadas a políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à

saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. O documento afirma que a promoção da saúde é mais abrangente do que a proposta de promoção de hábitos saudáveis, e não deve ser responsabilidade exclusiva do setor de saúde. E como condições e requisitos para a saúde, propõe: “paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (Brasil, 2002 apud BUSS, 2009, p. 30).

Na III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Sundsväl, no ano de 1991, a relação entre saúde e ambiente foi alvo de destaque e os termos equidade e biodiversidade foram singularmente ressaltados. Entre os apontamentos, ressaltam-se: “superação da pobreza, desenvolvimento sustentável, pagamento do débito humano e ambiental acumulado pelos países industrializados com os países em desenvolvimento, [...] gerenciamento público dos recursos naturais, respeito aos povos indígenas”. Já na IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jakarta, enfatiza-se o surgimento de novos determinantes da saúde relacionados aos fatores transnacionais e à integração global da economia, além da continuação da degradação ambiental (BUSS, 2009, p. 34-5).

Na perspectiva da promoção da saúde, chama especial atenção a atividade docente que envolve saúde e meio ambiente nas escolas dos acampamentos e assentamentos pesquisados. Em 2011, tivemos a oportunidade de vivenciar a feira de ciências na escola do assentamento 1º de Junho, que ocorreu no final do 1º semestre letivo. Teve duração de uma noite e contou com a participação de toda a Escola. Os temas trabalhados foram: sementes, reciclagem do lixo, plantas e frutos medicinais. Houve exposições de sementes trazidas pelas crianças de suas casas; dos produtos da oficina de arte com lixo reciclável, também desenvolvida pelas crianças; exposição sobre reciclagem, plantas e frutos medicinais desenvolvida pelo alunos da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Durante a Feira, as professoras apresentaram trabalhos, recitaram poesias e contou-se ainda com uma fala de Roseli, do Setor de Saúde Regional, sobre a natureza e a saúde. Foi servido um lanche com alimentos medicinais. Estiveram presentes diversas pessoas, entre crianças, jovens e adultos, alunos, professores, funcionários e pessoas da comunidade e município. Helenira relata o desenvolvimento da feira de ciências realizada no ano de 2010:

Aqui na Escola, a gente tem feito algumas feiras de ciências. No ano passado nós fizemos, e um dos temas foi plantas medicinais, e aí as crianças... Por turma, a gente decidiu usar plantas que curam, então foi a planta medicinal, plantas que alimentam e plantas que embelezam, que eram as flores. Então, cada turma enfeitou a sala, trouxe para... E a comunidade passou pra ver. Ali havia chás nas salas das plantas, nas plantas que alimentam, havia frutas. Eles fizeram, aprenderam a fazer o suco de

inhame, que eu não conhecia até então. Então eles fizeram, serviam para o pessoal na sala dos remédios, do chazinho. E prepararam plantinhas ornamentais para poder doar também. Quem passava, levava plantinha pra casa. Então foi muito interessante, envolveu a comunidade e, este ano, nós estamos querendo fazer uma feira, repensando essa, mas colocando outras coisas que venham contribuir (Helenira).

Na escola do assentamento 1° de Junho, também é importante citar a realização das oficinas práticas desenvolvidas fora da sala de aula, nas quais se observa a preocupação em se articular a atividade educativa às temáticas ambientais. Tais atividades envolvem ações de plantio e cuidado de mudas, reflorestamento de áreas degradadas, recuperação de nascentes e tratamento de água, e contribuem para o desenvolvimento de valores relacionados ao cuidado com o ambiente entre as crianças do assentamento.

É gratificante o resultado, se você observar que as crianças têm preocupação de cuidar melhor das árvores, de estarem plantando, de estarem levando muda pra plantar. Os do Limeira também de estar cercado a área lá, de estar fazendo a horta. Eles tiveram também um viveiro. E é assim... (Helenira)

Já na escola do acampamento Juscelino dos Santos, as estratégias pedagógicas desenvolvidas por Iara são: pesquisa de incidência de doenças na comunidade, livro de receitas da comunidade, oficinas práticas de plantas medicinais, pesquisa sobre o uso de plantas medicinais na comunidade, práticas de produção de alimentos, oficinas sobre sexualidade, além dos saberes populares de saúde trabalhados em aulas de ciências. Outra iniciativa recente é a horta, que propõe atividades principalmente nas aulas de ciências. Com a ajuda dos alunos e funcionários, cultivam espécies alimentícias e medicinais. Iara tenta envolver também as demais professoras da escola, para que cada disciplina trabalhe a horta na interface com sua temática. Além da horta, nas aulas de ciências ela propõe o trabalho de embelezamento da escola, que é assumido pelos alunos.

No início, com a turminha de 3° e 4° ano, nós fazíamos um trabalho de pesquisa com as famílias pra saber quem tem pressão alta, quem não tem, o que se entende por pressão alta. Algumas pesquisas assim... Pra poder estar trabalhando com os meninos essa questão. Quando nós chegamos aqui, por exemplo, muitas crianças não gostavam de comer taioba. A gente já teve uma horta uma vez, e eles não gostavam muito. Eu trabalhava muito a questão da alimentação com eles, daí no ano passado nós fizemos um livrinho de receita, coletamos as receitas de cada família, como forma de incentivar a comunidade a trocar as receitas, o que cada um faz, né? O que faz de diferente pra poder passar para as outras crianças. É uma forma de estar preservando. Cada um trouxe a receita. “O que sua mãe faz de gostoso, de que você gosta muito?” Aí, cada criança trazia a receita, e nós construímos um caderninho. Eu achei que foi muito legal, e de vez em quando nós experimentávamos as receitas, né (Iara).

Para as educadoras entrevistadas, a atividade desenvolvida fundamenta-se na valorização e socialização dos saberes populares locais; na socialização de saberes e técnicas tidas como sustentáveis e saudáveis e que devem ser fortalecidas no cotidiano da comunidade; na valorização da reforma agrária e da agricultura familiar como perspectiva de desenvolvimento para o campo. Por isso, buscam desenvolver atividades relacionadas às questões concretas da vida da comunidade.

Além de trabalhar em sala de aula, o que eles podem levar de concreto pra casa ? Pra eles aprenderem e falarem: “- O que eu aprendi na escola?” Eu estava conversando com o oitavo ano, e nesse dia eu falei com eles: “- No final, eu quero que vocês falem: – Hoje eu me alimento direito porque eu aprendi na escola, hoje eu como tal verdura porque aprendi de uma forma diferente”. Numa avaliação, eu quero ouvir isso de vocês (Iara).

Para Buss (2009 p. 20, 38), nas ações de promoção da saúde destacam-se a valorização do conhecimento popular, o maior protagonismo da população a partir do uso desse conhecimento, o desenvolvimento da saúde ambiental, além da articulação com movimentos sociais. A estratégia da promoção da saúde, mais do que uma ferramenta técnica na saúde, consiste, portanto, em uma prática social, política e cultural.

Nesta perspectiva se insere a educação do campo, que visa a valorização e legitimidade dos/as protagonistas do/no campo enquanto produtores/as de conhecimento que resistem e constroem outras propostas de trabalho e vida no campo, que se orientem por uma perspectiva de transformação social. Apesar de valorizar a escola, “luta para que a concepção de educação que oriente suas práticas se descentre da escola, não fique refém de sua lógica constitutiva, exatamente para poder ir bem além dela enquanto projeto educativo” (CALDART, 2009, p. 38).

Se esse processo traz consigo uma proposta de vida no campo, não pode reduzir suas ações à escola, mas ter em vista a totalidade do processo educativo que se desenvolve nesse espaço. Com isso, a educação do campo também nos remete ao atual contexto da luta de classes no campo brasileiro, marcado pelo fenômeno conhecido como agronegócio, conforme destacado anteriormente.

Essa preocupação foi evidenciada nas atividades docentes pesquisadas. Para Helenira, a escola deve propiciar ao aluno a reflexão sobre o futuro do assentamento, além de contribuir para o desenvolvimento do assentamento ou acampamento como local de produção de alimentos em uma perspectiva agroecológica.

Pela própria escola, né, pela formação dos meninos que estão em cada família, é o sonho da gente também estar criando uma escola que tenha a preocupação com a agricultura, com os problemas da agricultura, que são da terra. Nós fizemos alguns seminários pra discutir Escola Agrícola. Era um grande sonho... Era não, ainda é um sonho criar uma escola pra onde a criança vá pra aprender na prática o trabalho com a terra. O trabalho com criações, e que aprenda lá, na experiência da escola, pra que leve isso pra família. É um grande sonho nosso. Eu acredito que a gente vá colocar isso em prática ainda. Então, foi isso que levou a gente a estar se envolvendo nessas questões [refere-se às ações educativas envolvendo saúde e ambiente], e o próprio compromisso com o assentamento (Helenira).

Que terra, as pessoas que hoje são donas, vão deixar para os filhos? Uma terra cheia de erosão? É esse questionamento que a gente levanta. O que nós estamos preparando para o futuro do assentamento? (Helenira)

Na base da educação do campo encontramos, portanto, um vínculo com os processos produtivos. Tal proposta questiona a formação para o agronegócio que, por sua vez, propõe uma formação para os trabalhadores do campo voltada para a integração da agricultura ao desenvolvimento do capital, defendendo o discurso da modernização, da competição e do mercado. A educação do campo propõe uma preparação para o trabalho que tenha como perspectiva a construção de uma nova matriz tecnológica de produção, baseada na sustentabilidade, nas relações de cooperação e na agroecologia.

Por outro lado, destacamos que, na base dessas ações envolvendo saúde e ambiente, encontramos o enfoque de uma perspectiva crítica da educação em saúde, assim como proposto pela educação popular em saúde.

De acordo com Stotz, David e Wong Un (2005, p. 2-3), a educação popular em saúde trata-se de “um ‘movimento social’ singular, composto por profissionais, pesquisadores, militantes de organizações”, que possui como perspectiva ampliar os esforços de emancipação das camadas populares diante do tecnicismo, da normatividade social e da passividade decorrentes do modelo biomédico. Recusa a mercantilização do direito à saúde, e propõe uma educação emancipatória, com valorização dos saberes das classes populares e da manifestação das iniciativas dos sujeitos.

Tal proposta apresenta-se como crítica à educação sanitarista, orientada pelo modelo biomédico. Nesta, a educação visa ‘moldar’ o comportamento das pessoas segundo padrões de normalidade – para prevenir os comportamentos individuais de risco ou aderir a uma determinada terapêutica. Também se alimenta da crítica ao normal e o patológico de Canguilhem, ao considerar o sujeito como desviante, que precisa assumir o seu papel de ‘paciente’ para retornar à condição de normalidade na saúde. Com isso, os problemas de

saúde são reduzidos à sua dimensão biopsicológica, e culpabiliza-se o sujeito pelo seu sofrimento (STOTZ, 2007, p. 49).

A educação popular em saúde, pelo contrário, visa justamente a compreensão das causas das doenças e contribuir ao processo de organização da população para superá-las. Assume para isso uma abordagem freiriana da educação, e preocupa-se em construir uma visão articulada sobre os processos de saúde e doença e as relações de dominação e exploração da força de trabalho. Para isso, toma-se, como ponto de partida do processo pedagógico, os saberes construídos no trabalho, na vida social, e nas lutas populares (GOMES, MEHRY, 2011, p. 11; STOTZ, 2007, p. 55).

Assim, a educação popular em saúde apresenta-se como uma ferramenta crítica nas práticas de promoção da saúde:

O modelo da promoção, no qual a educação em saúde se apresenta como um dos seus eixos de sustentação vê-se diante do desafio de não reproduzir, a partir da incorporação instrumental da categoria de risco e da ênfase na mudança de comportamento, a mesma redução operada pelo higienismo, que ao responsabilizar o indivíduo pela reversão da sua dinâmica de adoecimento, acabou por culpabilizá-lo, esvaziando a compreensão da dimensão social do processo saúde-doença (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009, p. 160).

Nessa perspectiva, propõe-se a educação sobre bases emancipatórias, como apontado por Morosini, Fonseca e Pereira (2009, p. 157):

[...] numa perspectiva crítica a educação parte da análise das realidades sociais, buscando revelar as suas características e as relações que as condicionam e determinam. Essa perspectiva pode ater-se à explicação das finalidades reprodutivistas dos processos educativos ou trabalhar no âmbito de suas contradições, buscando transformar estas finalidades, estabelecendo como meta a construção de sujeitos e projetos societários transformadores.

Diante do exposto, identificamos que as ações educativas envolvendo saúde e ambiente nas escolas pesquisadas – as quais consideramos aqui como prática de promoção da saúde – trazem em si valores articulados a ‘projetos societários transformadores’ tal como proposto pela educação popular em saúde e pela educação do campo. Tais valores podem ser percebidos nas estratégias de fortalecimento dos saberes locais; nos vínculos com as relações de produção na reforma agrária; no estímulo ao protagonismo dos educandos diante de suas comunidades; e no fortalecimento de saberes de bases sustentáveis no âmbito do cuidado em saúde e da agroecologia.

E assim, os sujeitos desta pesquisa nos mostram que “[...] a atividade é conduta industriosa, decisão – julgamento orientado por critérios; arbitragem baseada em valores”. Nesta arbitragem ocorre uma relação entre os debates enraizados localmente e o debate público mais geral, como “[...] apropriação feita no mundo dos valores no qual estamos imersos” (CUNHA, 2007a, p. 2-3). Dessa forma, a dialética micro/macro é percebida no debate de normas e valores presentes na atividade.

Percebemos, então, que a educação do campo merece ser destacada por sua contribuição às ‘práticas de saúde no MST’. Mas, conforme destacado pelo próprio Coletivo Nacional de Saúde na Cartilha “Relato de experiências em saúde” (MST, 2005, p.37), as escolas dos assentamentos e acampamentos são pouco exploradas como espaços de promoção da saúde nos assentamentos e acampamentos.

Também na perspectiva da promoção e da educação popular em saúde destacamos a atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Coletivo Regional. Percebemos que tais atividades também trazem em si valores relacionados à ‘projetos societários transformadores’, à medida que, por meio do cuidado, buscam contribuir para que os Sem Terra atuem no enfrentamento aos potenciais de adoecimento na reforma agrária.

Aquí é uma região que usa muito veneno, usa muito agrotóxico, então, as pessoas vêm intoxicadas. O melhor que a gente achou pra desintoxicar foi o carvão, o uso do carvão. Muita gente chega intoxicada, com dor de cabeça, com ferida no corpo, mas não aceita que é do agrotóxico. Agora... tem uma família que entendeu que era. O menino menor teve uma crise de bronquite e não adiantou o remédio. Aí nós fomos conversando com a família, pedindo pra fazer uma experiência junto com eles. Quando eles chegavam [molhados] de veneno, daí a gente observava. Eu observava junto com eles, daí a pouco o menino tinha crise. Eles mesmos foram compreendendo, e daí não usaram mais o veneno (Rosa).

Na perspectiva da promoção da saúde hegemônica, a abordagem provavelmente atuaria no sentido de orientar em relação aos equipamentos de segurança a serem utilizados no trabalho agrícola. Não se questiona a realidade do uso de agrotóxicos nos territórios rurais, pelo contrário, busca-se adaptar-se a ela, buscando-se apenas atenuar o risco.

Já a atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Setor busca promover a valorização do cuidado com o ambiente, a alimentação saudável, o estímulo à agricultura orgânica. Busca descentrar-se do cuidado na saúde e avançar no sentido de promoção da autonomia e da ampliação da visão sobre a saúde na sua relação com as condições de vida.

Quando as pessoas aprendem que precisam de uma água pura, de qualidade, que eles precisam de um remédio de qualidade, aí eles aprendem a preservar também, a cuidar da nascente, a não jogar o lixo pra todo lado, a fazer uma horta. A gente fala.:

“- Não adianta. Você precisa ter uma horta, precisa ter cebolinha, salsinha, precisa ter couve. Você precisa cuidar da horta”. E aí a pessoa já vai criando esse interesse em fazer uma horta. Aí a gente também coloca que não adianta depredar... Quando uma pessoa descobre que uma árvore é boa pra certo tipo de doença, eles acabam com a árvore, cortam, tiram a casca, tiram todas as folhas, estragam. Então, o tratamento também é isso. Eu penso que isso vem em consequência do tratamento que a gente faz. Na medida em que uma pessoa começa a tomar o chá, começa a fazer esse tratamento, ela aprende, também, que precisa cuidar da natureza, que não pode fazer queimada, que não pode, por exemplo, aqui tem o uso da pilha do rádio, e não pode jogar em qualquer lugar, porque ela vai pra água e vai contaminar. Não pode ficar jogando o plástico pelo quintal afora. Tem que ter o lugar certo. Eu acho que isso é importante... Cuidar da água, preservar a água, economizar a água, que é um bem precioso que está no fim (Rosa).

O Setor de Saúde Regional, para além da atuação com foco nos indivíduos, propõe ações coletivas que envolvem o conjunto das famílias assentadas e acampadas, em especial, as mulheres Sem Terra. Em outros momentos, desenvolveram oficinas de saúde nos assentamentos e acampamentos da região, articulando os saberes das plantas medicinais com os saberes da alimentação saudável, em uma perspectiva de socialização e valorização dos saberes populares e biodiversidade local. Recentemente, iniciaram o desenvolvimento de oficinas de geoterapia nas áreas, cujo objetivo é sensibilizar as mulheres do MST para as questões da saúde, para o uso da geoterapia como recurso terapêutico e para a importância do cuidado com os recursos naturais. O desenvolvimento dessas oficinas tem fortalecido a reflexão sobre a agroecologia como estratégia a ser fortalecida no trabalho do Setor. Há também o objetivo de construir espaços de educação popular em saúde que propicie o protagonismo das mulheres em suas próprias comunidades. Também o Curso de Plantas Medicinais e Terapias Naturais tem se mostrado como importante espaço de valorização dos saberes populares de saúde, de cuidado com o ambiente e preservação da biodiversidade.

Já em relação às atividades agrícolas pesquisadas, evidenciamos que Francisco eventualmente contribui no manejo de algumas áreas agrícolas do assentamento e desenvolve oficinas de agroecologia e meio ambiente na escola do assentamento ou em outros assentamentos do MST. Com isso, seu saber em agroecologia tornou-se referência na área e na região.

Em tais atividades, percebemos a circulação de valores relacionados à popularização e socialização do que se denomina como tecnologias sociais na agricultura. São práticas baratas, econômicas e que dão resultado. Francisco e Haydée acreditam que qualquer agricultor ou agricultora possa ser capaz do desenvolvimento das técnicas no âmbito da agroecologia, bastando apenas boa vontade, persistência e paciência, uma vez que os resultados não são imediatos.

Além disso, tais atividades trazem como implicações certa autonomia no manejo de recursos, insumos e produtos da agricultura, ampliando a autonomia dos sujeitos diante do monopólio das indústrias agroquímicas. Isso pode ser observado principalmente por meio da troca de mudas, plantas medicinais, sementes e medicamentos homeopáticos com as demais pessoas do assentamento. Tais práticas vão ao encontro do fortalecimento da agroecologia, que, de acordo com Luz (2005, p. 21), baseia-se em “tecnologias que valorizam os recursos naturais, o manejo sustentável da biodiversidade e a diversidade produtiva, garantindo a autonomia das famílias e preservando o meio ambiente e a saúde”.

Nesse sentido, destacamos aqui algumas reflexões que emergem sobre os valores inscritos nas atividades investigadas. Tais práticas, ao se referenciarem na educação popular em saúde e na educação do campo, propiciam a valorização de saberes e técnicas populares, seja no âmbito da agricultura ou da saúde; a socialização dessas técnicas, saberes e recursos, bem como a promoção da autonomia dos sujeitos na construção da própria saúde. Além disso, observa-se a valorização da biodiversidade e do cuidado com o ambiente.

Há, assim, uma dimensão forte dos saberes que se inscrevem na normatividade dessas práticas. De acordo com Schwartz, os saberes também estão na dependência do debate de normas. Uma vez que se inserem na história, estes “[...] não podem se desenvolver na neutralidade, assim como nós não podemos ser neutros quando fazemos nossa própria história”. Observa-se uma dimensão irredutivelmente política do trabalho e da produção e legitimação de saberes no trabalho. E a Ergologia nos leva a interrogar a intencionalidade desses saberes socializados e transmitidos na sociedade - “Esses saberes, não-neutros, gerados dentro da história do trabalho são saberes para quem, para quê?” (SCHWARTZ, 2003, p. 27-8).

Para o autor, os saberes e recursos engendrados no histórico podem consistir, em alguma medida, em uma “tentativa permanente de fabricação de um *viver em comum*”, em tensionar o polo da sociedade de direito (SCHWARTZ, 2003, p 28, grifo nosso). Mas, a socialização destes depende da correlação de forças na sociedade, das tensões que se estabelecem em relação a esse ‘bem comum’.

No entanto, é importante reconhecer que as atividades agrícolas pesquisadas, em raros momentos, são desenvolvidas em uma perspectiva mais coletiva dentro dos assentamentos, no sentido de envolver o conjunto das famílias da comunidade. Embora seja possível perceber a emergência de novos valores no âmbito da produção agrícola e meio ambiente, há que se considerar a necessidade de circulação desses valores entre as famílias do assentamento no sentido de propiciar as devidas renormalizações na atividade agrícola. Nesse sentido,

destacam-se os desafios inerentes à própria organização do assentamento para o fortalecimento da agroecologia e recuperação ambiental.

Esses desafios atingem diretamente as ações desenvolvidas nas escolas dos assentamentos e acampamentos, uma vez que a educação do campo propõe uma estreita relação entre a escola e a comunidade. Percebemos que a Escola do Assentamento 1º de junho acompanhou e protagonizou as experiências de agroecologia do assentamento. Atualmente, segue desenvolvendo algumas ações, embora com menor frequência quando comparado ao período de funcionamento da Cooperativa, e com menor envolvimento das famílias da comunidade.

A gente tenta levar uma discussão, porque agora, com o desfalque da cooperativa e das associações, a escola é a que consegue reunir com um objetivo comum (Helenira).

Percebemos que a Escola ‘acompanha’ o processo organizativo do assentamento: quando há iniciativa na comunidade, tais ações repercutem para dentro da escola. Já o contrário não possui a mesma validade: é muito difícil construir experiências na escola se elas não acontecem na vida comunitária. Na educação do campo, a escola sozinha não transforma a realidade, apenas faz parte do processo de organização dos assentamentos. Isso fica evidente ao se identificar que, no MST, as experiências mais avançadas de escola são aquelas em que os assentamentos encontram-se mais organizados.

Na perspectiva crítica da educação em saúde, pressupõe-se que os sujeitos sejam abordados enquanto indivíduos e coletividades, uma vez que os problemas de saúde não são vividos por indivíduos isoladamente. Por isso, a solução destes não passa apenas pela mudança de comportamento individual, mas por estratégias de atuação na vida das coletividades, ou seja, no âmbito das necessidades sociais (STOTZ, 2007, p. 56). Esse é um pressuposto central na educação popular em saúde, que orienta o desenvolvimento de ações com foco nos determinantes sociais da saúde e na valorização do protagonismo das populações.

Quando o Setor de Saúde Regional ou as educadoras das escolas chamam as famílias assentadas e acampadas para discutir a saúde e o ambiente nos acampamentos ou assentamentos, trazem para a esfera coletiva problemas que normalmente são resolvidos no plano individual, de forma paliativa. Por outro lado, percebemos que a saúde, tal como proposta pelo MST, requer um processo de organização dos assentamentos e acampamentos nos seus variados aspectos, perpassando pelos processos organizativos da comunidade e do

Movimento. Daí que podemos concluir que a saúde no MST apresenta estreita relação com a organização interna e com a própria luta por reforma agrária.

Assim, ressalta-se o papel da organização coletiva como um aspecto essencial à construção de normas que se contrapõem à perspectiva autoritária da promoção e da educação em saúde, orientada pelo modelo biomédico. A Ergologia nos mostra que a história se reescreve permanentemente a partir de tensionamentos de valores e normas instaurados por grupos sociais. Novas normas de construção de saberes, de construção do social - ‘renormalizações’ incessantes - reaparecem em todos os lugares onde os grupos humanos se mobilizam para produzir (SCHWARTZ, 2003, p. 24).

Instaura-se um “vai e vem entre o microscópico da atividade e o macroscópico da vida social”. Esse vai e vem é potencializado por meio de grupos coletivos, constituindo uma pressão ao polo do mercado ou ao polo do político. Contudo, antes de se estabelecer essa pressão, é preciso que o debate se instaure no mais micro da atividade, nas dramáticas do uso de si, ao nível de cada pessoa. E assim, a atividade apresenta-se como forma de se colocar na história. Nela expressam-se contradições e crises. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 264).

É importante considerar que o que o MST propõe como valores e princípios para a saúde engloba a totalidade do Movimento e deve ser cultivado pelo conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras rurais Sem Terra. A saúde passa a ser uma tarefa de toda a Organização e não somente do Setor, e cultivada por cada integrante do MST. Para isso, os militantes atuam como verdadeiros mobilizadores e facilitadores da saúde nos assentamentos e acampamentos. Esse é um elemento significativo para compreendermos a dimensão normativa da saúde na luta pela reforma agrária, assim como ressaltado por Carneiro:

A experiência do movimento coloca a saúde como objeto de luta pela valorização da vida. A saúde passa a significar conquista da luta popular. Esse talvez seja o grande diferencial da ação do MST: *seu processo organizativo*. O resgate da politização da saúde, no sentido de valorizar os princípios originais do SUS, baseados na promoção da saúde e na participação popular, é outra estratégia importante para fazer frente ao processo de mercantilização e medicalização da saúde no Brasil. A necessidade de se implementar a intersetorialidade é fortemente reivindicada, principalmente para atender às demandas por saneamento rural, moradia, saúde ambiental e produção de fitoterápicos. Tratam-se de lutas por melhores condições de vida daqueles que vivem nos assentamentos e acampamentos, bem como para a preservação ambiental e a geração de renda. Frente a esses desafios, o movimento vem investindo na formação de militantes e na delegação de responsabilidade para todos os níveis da organização para serem capazes de atuar na saúde (CARNEIRO, 2007, p. 116, grifo do autor).

Um balanço dos desafios e perspectivas do Setor de Saúde no MST, realizado em 2009, mostrou que estes vão desde a garantia de uma organicidade da saúde em nível local,

regional e estadual à introdução das reflexões desenvolvidas pelo setor no conjunto da organicidade do Movimento (MST, 2009, p. 3). Esse é um grande desafio para que os valores da saúde inscritos nas atividades que pesquisamos propiciem a renormalização das normas biomédicas na saúde, uma vez que cada atividade renormalizada e singularizada necessita de um terreno coletivo que lhe atribua novas significações (BARROS, 2007, p. 119). Ou seja, todo ato de trabalho, por qualquer que seja, só se torna possível se inserido em um coletivo que o autoriza e o enquadra.

Assim, o equilíbrio individual/coletivo deve ser considerado nas práticas de promoção da saúde, e na dimensão coletiva é importante considerar o peso atribuído ao Estado na resolução dos problemas de saúde das populações. Não basta apenas desenvolver ações coletivas, é preciso que estas efetivem a saúde como direito. Do contrário, as ações de saúde voltam-se por responsabilizar indivíduos e comunidades por seus problemas de saúde.

No ‘espaço de três polos’ proposto pela Ergologia temos que a efetivação da saúde como direito depende do potencial de tensionamento do polo da atividade em relação ao polo orientado pelos valores do bem-viver em comum. De acordo com Schwartz, espera-se e reivindica-se que “esses valores sejam assumidos por instituições como as de cunho político: os Estados e as entidades democráticas encarregadas de fazer viver na história tal conjunto de valores” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 250).

Dessa forma, destacamos outro desafio inerente às práticas de promoção e educação em saúde: refere-se à luta por melhores condições de vida. Tais práticas devem se articular à luta política por saúde que, no âmbito da ação, envolve reivindicar do Estado atuação nas condições de vida e saúde. Com isso, o papel atribuído ao indivíduo e ao social varia segundo a concepção de educação e promoção em saúde, uma vez que há que se considerar o peso dado ao social e ao Estado, bem como o peso atribuído ao segundo nas soluções desses problemas. Também por esse motivo a educação popular em saúde diferencia-se da educação sanitária que se orienta pelo modelo biomédico (STOTZ, 2007, p. 53; MOROSINI, FONSECA, PEREIRA, 2009, p. 160).

Para o MST, a saúde se liga à luta pela Reforma Agrária e a todas as lutas por melhores condições de vida, em especial à luta dos povos excluídos e marginalizados das políticas públicas (MST, 2005, p. 2). Além de se reconhecer o papel dos determinantes sociais, a Saúde no MST passa também pela luta pela superação dessas iniquidades. E essa dimensão normativa da saúde se dá por meio da própria luta do Movimento.

Eu fiz um desenho, a ideia pra mim de saúde é que eu acho que a saúde é o povo construindo Movimento, né? E construindo a luta. Acho que isso também é saúde, é acabar com os despejos, é conquistar a terra, acho que isso faz parte da saúde dentro do Movimento. Porque você vê o povo, o cansaço... Ontem eu vi Dorcelina falando: “- Eu não aguento mais, estou cansada”. Então é esse processo de despejo, de desgaste com a luta, que não saem as conquistas, né? Esse INCRA que não faz... Então essa concentração de terra é uma doença, é uma doença do mundo. O lixo é uma doença do mundo e a concentração também, de terra, de poder. E coloquei que eu acho que são as nossas plantas, os alimentos, o povo... Eu vinha pensando que estar junto é bom demais, a gente fica mais forte, fica mais saudável. E o estudo também, né? A importância de a gente estar fazendo o estudo, comendo bem, comendo as coisas que nós plantamos, que o povo planta na terra, trabalha, enfim (Dandara).

Na fala de Dandara fica explícita uma concepção de saúde que passa pela luta pela terra e pela reforma agrária. Passa pelo povo conquistando a terra, produzindo os alimentos da agricultura familiar, pelo estudo e pelo trabalho como conquistas da reforma agrária. Estar na luta, organizados/as com os/as demais Sem Terra, é fator de fortalecimento em saúde.

Se tomarmos novamente como objeto de análise os ‘eixos da saúde’ construídos pelo Setor Regional, temos que, entre outros fatores, a saúde passa pela luta por reforma agrária e por um projeto popular. Essa é uma dimensão que se aproxima bastante do conceito de saúde formulado pelo Setor Nacional, que propõe que: “[...] ter saúde é ter a possibilidade de lutar contra o que nos agride e nos ameaça, inclusive a doença. E a intervenção em saúde deve, portanto, fortalecer essa capacidade de lutar” (MST, 2007, p.1).

Tal perspectiva dialoga com a dimensão normativa da vida de Georges Canguilhem, na qual o homem é um ser que busca sempre estabelecer novos valores no meio.

Para desenvolver a teoria sobre a dimensão normativa da vida, Canguilhem fundamenta-se em estudos estatísticos que mostram a influência da ação do homem (ações individuais e coletivas) sobre si mesmo nos processos de saúde. Nesses estudos, o homem normal é apresentado como homem mediano, ou seja, “[...] bem abaixo das possibilidades fisiológicas em que os homens em situação de influir sobre si mesmo e o meio são” (CANGUILHEM, 2009, p. 119). E assim propõe o ser humano como um ser para quem é possível romper e criar novas normas.

Saúde, para Canguilhem, não é apenas se adaptar às exigências do meio, é ser normativo, é abusar do meio e poder tornar-se doente - “a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde”. Nessa dimensão, a saúde expressa segurança na vida, uma vez que representa uma maneira de “abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (2009, p. 151-2).

Essa ideia foi percebida por Carneiro (2007, p. 45) em uma análise sobre a concepção de saúde dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde, para os quais a 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.

E afirma ainda que, nessa luta social, as famílias incorporam todas as suas dimensões: produção, saúde, educação, cultura, lazer, e “na condição de sem terra são lutadores da saúde no sentido mais profundo desse significado” (MST, 2005, p. 5).

Em seus estudos, Canguilhem analisou pesquisas que relacionavam os gêneros de vida com as constantes fisiológicas, com o objetivo de compreender os exercícios de adaptação do homem às necessidades do meio e as doenças funcionais decorrentes. Nesse sentido, conferiu à adaptabilidade e variabilidade essa capacidade que o homem apresenta diante das exigências do meio, de manter a normalidade, de sobreviver³² (2009, p. 230).

Mas, segundo ele, não basta somente observar o fenômeno da adaptabilidade, mas também levar em conta todas as circunstâncias – estudar o meio físico, o meio social³³, as condições de vida e de trabalho – e as finalidades da adaptabilidade. “Em resumo, para definir o normal, é preciso tomar como ponto de referência os conceitos de equilíbrio e adaptabilidade, é preciso levar em conta o meio externo e o trabalho que o organismo ou suas partes devem efetuar”. Propõe, assim, uma espécie de fisiologia do trabalho, do lazer, do homem em situações culturais geradoras de agressões variadas, o que ele denomina de fisiologia aplicada (CANGUILHEM 2009, p. 231-4).

E assim, o autor concluiu que frequências estáticas (médias) não traduzem apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Ou seja, a normatividade vital (fundada nos valores da própria vida) e a normatividade social (construção social da realidade) se relacionam, definindo o normal e o patológico (CANGUILHEM, 2009, p. 116-7).

No entanto, “o meio só pode impor algum movimento a um organismo quando este organismo se propõe primeiro ao meio, conforme certas orientações próprias”. Do contrário, tem-se uma relação patológica (CANGUILHEM, 2001, p. 115). “O que caracteriza saúde é a

³² Canguilhem recorda que o homem é o único ser vivo que se adapta ao meio, variando no seu local o ambiente de atividade e com isso se mantém vivo. E ele faz isso através da técnica e do trabalho.

³³ Ao se referir ao meio, o autor considera as dimensões impostas pelo meio físico e as condições socialmente construídas – o que ele denomina de mundo da natureza e mundo da cultura. Considera, assim, que estímulos externos não são vividos como fatos físicos brutos.

possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e instituir novas normas em situações novas”. A saúde é, assim, uma margem de tolerância às infidelidades do meio. Tais infidelidades não são meros acidentes, mas seu devir, sua história (CANGUILHEM, 2009, p. 148-9).

Nesse sentido, a própria dinâmica da vida no campo, de trabalhadores/as explorados/as e excluídos/as das relações de produção, leva os/as trabalhadores/as sem-terra a se inserirem e se organizarem na luta pela terra e pela reforma agrária.

Essa dimensão normativa da saúde é um elemento percebido principalmente pelos militantes de saúde, mas que pode apresentar baixa expressão entre as famílias da base do Movimento. Em minha monografia de especialização, pesquisei as concepções de saúde de trabalhadores/as pertencentes a um assentamento do MST da Região Metropolitana. Na análise foi possível identificar uma centralidade das categorias *trabalho*, *alimentação* e *higiene*, o que confirma o peso atribuído aos determinantes sociais na concepção de saúde-doença dos sujeitos investigados (RÜCKERT, 2008, p. 48).

A dimensão normativa da saúde também é um aspecto que se apresenta na análise das concepções, embora os sujeitos entrevistados não tenham estabelecido essa relação de forma direta. Nenhum entrevistado reconheceu a saúde como capacidade de lutar, mas a maioria reconhece os impactos da luta do MST na melhoria da própria saúde. Entre os aspectos de saúde citados, decorrentes da inserção no MST, ressaltam-se: o ambiente saudável no campo; diminuição da violência; desenvolvimento de redes de apoio social; acesso ao conhecimento; fortalecimento dos saberes populares de saúde; melhoria econômica (RÜCKERT, 2008, p. 33-5).

Echternacht (2008, p. 49) afirma que a relação entre o ser humano, as relações de produção e o processo saúde-doença não deve ser percebido apenas na sua relação determinística. A partir da normatividade vital de Canguilhem, concluímos que o meio não age diretamente sobre a ordem biológica sem que esta desenvolva uma reação ao meio. Assim, saúde e doença são construídas a partir da interação entre condições materiais de produção da vida e da saúde, mas também a partir da elaboração de sentidos.

Esta consiste em uma importante contribuição da dimensão normativa da vida à concepção do processo saúde-doença, conforme elaborada pela teoria da determinação social da saúde: o ser humano elabora sua concepção de saúde-doença a partir da sua relação com o meio, mas ao mesmo tempo reage ao meio, tentando imprimir nele suas próprias normas. Essa reação, para as famílias assentadas e acampadas do MST, muitas vezes ocorre por meio da própria luta pela terra, pela reforma agrária e por um novo projeto de sociedade, assim como

afirmado na fala de Dandara, na construção dos eixos da saúde do Setor Regional VRD e na própria concepção de saúde do Coletivo Nacional.

A importância da luta por reforma agrária na promoção da saúde do campo foi destacada por Carneiro (2007) em sua tese de doutorado. Nesta, o autor aponta a reforma agrária como importante estratégia de luta por segurança alimentar, ao comparar as condições de vida e saúde de trabalhadores rurais boias-frias, trabalhadores assentados e trabalhadores acampados, no município de Unaí, MG. Os resultados da pesquisa mostraram que os boias-frias possuíam alto índice de insegurança alimentar, quase duas vezes mais que as famílias acampadas e quatro vezes mais que as famílias assentadas.

Na investigação das condições de vida e saúde dos trabalhadores boias-frias, o autor identificou como fatores prejudiciais à saúde: trabalho inconstante e temporário, renda baixa e inconstante, regime intensivo de trabalho, precariedade das condições de trabalho, alta exposição aos agrotóxicos e conservação da comida. Já entre as famílias assentadas, identificou-se que as limitações de infra-estrutura e a falta de incentivo à produção são fatores que impedem a ampliação da produção para além do auto-consumo e que gere renda (CARNEIRO, 2007, p 115).

A inserção no MST é destacada em vários estudos como potencial de fortalecimento em saúde (GAIA, 2005; CARNEIRO, 2007; SCOPINHO, 2010; SANTOS, 2011, RICARDO, 2011). Em uma pesquisa realizada pela FAO/INCRA, a organização política do MST foi apontada como um fator importante no desenvolvimento dos assentamentos de reforma agrária no Brasil, o que foi atribuído ao forte potencial de articulação e negociação do MST com os órgãos públicos. Além disso, a análise dos assentamentos com organização coletiva do trabalho mostrou que esta potencializa a diminuição das desigualdades entre as famílias (BITTENCOURT et al, 1999 apud CARNEIRO, 2007, p. 22).

Destacamos, assim, o próprio protagonismo do MST na promoção da saúde, uma vez que, segundo Carneiro, as experiências de promoção de saúde desenvolvidas nos assentamentos e acampamentos trazem significativas contribuições para o planejamento de políticas para a saúde do campo:

[...] pode-se afirmar que o MST possui um importante papel de indutor do processo de elaboração e execução de políticas públicas, possibilitando a seus participantes o exercício da cidadania ao mesmo tempo em que tenciona o Estado a cumprir seu papel. A construção de uma política de saúde para as populações do campo poderá ser uma oportunidade para gerar *novo ciclo para o SUS*, em que a promoção da saúde deverá ser peça fundamental rumo a um projeto de desenvolvimento de País que distribua riqueza e seja ecologicamente sustentável (CARNEIRO, 2007, p. 116, grifo do autor).

Nos últimos anos, o Setor Nacional vem desenvolvendo lutas e negociações por políticas públicas de saúde no campo, seja no âmbito da assistência, seja no âmbito da melhoria das condições de vida nos assentamentos e acampamentos. Entre as principais conquistas no campo das políticas públicas citamos a Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e da Floresta, para a qual se contou com a contribuição da capacidade organizativa e reivindicatória do MST.

É importante considerar que o MST propõe como política de saúde do campo o fortalecimento e consolidação do SUS. Mas, reconhece que ainda são muitos os obstáculos a serem percorridos para que os princípios definidos na constituição brasileira sejam de fato cumpridos. O que se observa na realidade é um modelo urbano que se reproduz no meio rural, sem considerar os determinantes sociais da saúde do campo, a realidade agrária e seus impactos na saúde dessas populações. De acordo com Carneiro:

A criação do Grupo da Terra fez, pela primeira vez na história brasileira o ‘público alvo’ da política nacional de saúde para o campo participar diretamente do processo de sua construção, antes dominada por tecnocratas e representantes dos anéis burocrático empresariais. No entanto, apesar dos avanços da criação do SUS, os incentivos para atuação na saúde do campo ainda são tímidos, existindo uma distância do que é preconizado na lei e o que chega à base do sistema de saúde (CARNEIRO, 2007, p. 115).

Tal Política é uma conquista não só do MST, mas também de outras organizações sociais do campo, e o seu texto reconhece a necessidade da superação do modelo de desenvolvimento econômico para a saúde dos povos do campo e da floresta; a importância da construção de uma relação homem-natureza sobre bases sustentáveis; a extensão da cobertura da assistência à saúde dessas populações, sem desconsiderar as especificidades das mesmas; e reforça as estratégias da transversalidade e da intersetorialidade das políticas públicas (CARNEIRO; BURIGO; DIAS, 2012, p. 696).

No Vale do Rio Doce, o MST é reconhecido pelo seu potencial de organização política, articulação com outras organizações da sociedade civil, reivindicação junto aos órgãos públicos, participação e contribuição nas lutas e processos organizativos do MST do Estado. Nessa organização, a contribuição das integrantes do Setor de Saúde é perceptível, cujo trabalho não se limita ao campo específico da assistência em saúde, pelo contrário, assumem papel de destaque e liderança nas diversas tarefas organizativas do Movimento.

No campo da saúde, o que percebemos é um potencial de articulação do Setor Regional com organizações e entidades, principalmente no que se refere ao trabalho com as

práticas populares de cuidado. Nesse sentido, destacamos a articulação com instituições de ensino, entidades religiosas e associação de terapeutas. Por outro lado, é importante ressaltar que as ações que o MST desenvolve no campo da saúde na região, trazem pouco impacto em relação às políticas públicas de assistência à saúde nos assentamentos e acampamentos. Embora o Setor Regional desenvolva um importante trabalho relacionado ao uso das práticas populares de cuidado, esse trabalho praticamente não se relaciona com os serviços de saúde e, dessa forma, não se observa a efetivação das mesmas como direito das populações assentadas (e quem dirá das acampadas). Além disso, as pautas relacionadas ao saneamento ambiental e à moradia, com alguma dificuldade, são apropriadas pelas integrantes do Setor.

Nesse sentido, percebemos que a dimensão normativa da saúde destaca-se nas lutas gerais do Movimento e nas ações de promoção em saúde, mas apresenta baixa expressão, se tomarmos como referência a luta por efetivação de políticas públicas de saúde. Este é um desafio reconhecido pelo setor, que aponta para a necessidade de formação política e técnica sobre a temática das políticas públicas, para fortalecer mais essa frente de atuação. Contudo, é importante destacar o conflito instaurado pela própria dificuldade de diálogo entre a medicina popular e a medicina oficial nas reivindicações por políticas de assistência à saúde da população do campo.

Nesse sentido, é que percebemos que a luta por políticas públicas de saúde ainda consiste num grande desafio à construção de novas normas no âmbito da saúde por parte do MST na região do Vale do Rio Doce.

3.2 A DIMENSÃO DO CUIDADO INSCRITA NO COLETIVO DE MULHERES CUIDADORAS

3.2.1 O cuidado como possibilidade de superação do ‘tecnicismo’ das ações assistenciais

Outra perspectiva analisada é a apresentada nas práticas desenvolvidas pelo Coletivo de Mulheres Cuidadoras, na qual o cuidado configura-se como elemento norteador do processo organizativo, das ações do Coletivo e das relações com as demais pessoas.

Alguns estudos afirmam que a tarefa materna instintiva foi a primeira forma de manifestação do cuidado. Tais estudos identificam essa atividade ainda no período Paleolítico, no qual homens e mulheres, através da organização de bandos nômades, propiciaram o desenvolvimento de relações de cuidado (VAGHETTI et al, 2007, p. 268, 270).

Já o cuidado da saúde ou da doença foi desenvolvido inicialmente a partir de uma perspectiva mais instintiva, restrita principalmente às medidas higiênicas, dada a escassez dos conhecimentos no âmbito da terapêutica. Acompanhando as mudanças sociais e culturais da humanidade, o cuidado se institucionalizou e, na Idade Média, passou a ser atribuição dos religiosos. Fenômeno que contribuiu para que o cuidado passasse a ser compreendido como “ato de caridade e modelo vocacional religioso”, característica que persiste até os dias atuais (VAGHETTI et al, 2007, p. 270-1).

Na modernidade, o cuidado em saúde assumiu identidade profissional e legitimou-se como saber científico. Sofreu influência das transformações econômicas e sociais do sistema capitalista, ao incorporar o desenvolvimento científico e tecnológico e ocupar e restringir-se aos espaços das instituições hospitalares. Como consequência, perdeu de vista o ser humano na sua dimensão integral e se alienou das dimensões sociais e coletivas da saúde. A partir de então, voltou-se para a doença, e as formas de cuidado que não visassem o tratamento da doença passaram a ser excluídas. Com isso, “o cuidado foi relegado à sua forma mais pura e instintiva, o cuidado afetivo/amoroso” (VAGHETTI et al, 2007, p. 272-3).

Dessa forma, vivenciamos um processo de desapropriação de saberes e valores do cuidado no cotidiano das populações em geral, para restringir-se às instituições médico-hospitalares. E assim, a assistência em saúde assumiu o sentido de um conjunto de procedimentos orientados tecnicamente para o tratamento de patologias.

Sem perder de vista o cuidado no seu sentido mais amplo, no caso das mulheres do Coletivo, a atividade visa suprir principalmente as necessidades de saúde das pessoas acolhidas. Entre as práticas desenvolvidas citam-se: atendimento de diagnóstico, utilização de plantas medicinais e outras práticas populares de cuidado, cuidado com a alimentação, acompanhamento das pessoas doentes aos serviços de saúde, acompanhamento às internações hospitalares, um momento de escuta e diálogo, acolhimento de gestantes, acolhimento de pessoas doentes em suas próprias casas, cuidados espirituais, entre outras formas de desenvolver a atividade do cuidado.

Assim, ao nos depararmos com os valores que circulam a atividade do cuidado desenvolvido pelas mulheres do Coletivo de Cuidadoras, percebemos que este assume um sentido mais amplo que o ‘tratamento de patologias’. Para as mulheres do Coletivo, ele se apresenta como uma *atitude* perante a vida e o outro. Algo inerente a elas próprias, que se expressa na forma de atenção, zelo, escuta, diálogo, carinho.

Eu gosto muito de viajar, apesar de ter as dificuldades da saúde, mas eu acho que quando eu viajo eu consigo contribuir mais. Consigo me desdobrar mais, sabe? Me esforço mais, apesar de que o problema de saúde as vezes impede. Mas aquelas lutas, viagens, aquele cuidado... Meu corpo tem muito isso. Pra dentro do ônibus. E ninguém percebe, mas eu fico vigiando quem é que sai... medo de ficar alguém, sabe? Medo de ficar alguém. De perder alguém. De alguém adoecer e não falar conosco. Então, assim, eu gosto muito disso, eu curto muito isso, esse contato direto com as famílias, pra mim, não tem dinheiro que paga, não tem. Não tem ideia do que é ir a um acampamento e dar uma abraço em uma pessoa. Isso é muito bom. (Olga)

O cuidado é percebido pelas mulheres em uma perspectiva ampla, que se refere à atividade que desenvolvem no dia a dia, em diversos momentos e ocasiões, no sentido de minimizar o sofrimento do outro e contribuir para a promoção da vida na sua perspectiva mais humanizadora do termo.

Leonardo Boff (1999) e Ricardo Ayres (2004), a partir da fábula “Ser e Tempo” de Heidegger, traçam algumas considerações sobre o cuidado como *modo de ser*. De acordo com Boff (p. 91), na origem do termo encontramos o sentido mesmo de cura: “cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação”. Para o autor, cuidar, mais que um ato, é uma atitude. “Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”. Uma atitude que se desdobra em muitos atos.

Mas o cuidado surge a partir do momento em que o outro possui importância para mim, e por isso me dedico a ele (BOFF, 1999, p. 91). Há, assim, uma dimensão de encontro com o outro, de buscas e compartilhamentos, no sentido mais humanizador e emancipador da atividade, assim como demonstrado por Olga:

Tem uns casos muito bons. Tem um caso de um moço que eu acho ainda que ele vai cair pra eu cuidar dele... É um senhor, e ele tem muitas dificuldades e ele apanha muitos bichos no pé. Eu falo com você que eu tinha uma alegria, mas não é prazer de tirar os bichos, mas o prazer dele me procurar pra eu cuidar dos pés dele. Há pouco tempo, eu fiquei sabendo que ele estava no hospital e que estavam até com nojo dele. Desculpa que estou chorando, mas é porque me deu saudade mesmo. Alguém falou assim: “- Nossa, Olga, aquele velho de quem você cuidava no acampamento, está precisando de ajuda e até perguntou por você”. E eu vi que não tinha condições de ir até lá, porque ele estava internado já há alguns dias. Já estava nas mãos do médico, e eu pensei: “- Pô, se eu pudesse ir lá e tirar ele e trazer ele aqui pra casa, mas eu não posso fazer isso”. A situação dele hoje já está complicada. Ele é diabético, a pressão subiu... Eu vejo que não tenho essa condição de cuidar... Isso me deixou muito contente. E as meninas, também, que iam para ter os bebês e ficavam lá em casa. Teve uma que foi pra ter a criança, e ela tinha que ficar 30 dias lá em casa. Ela ficou 29 dias. No dia em que ela saiu, ela teve o bebê. Aquilo mexeu muito comigo, e daí um dia ela falou: “- Não, eu vou lá no barraco”. No dia em que ela saiu, ela teve a criança... Então, assim... É muito bom, e eu me sinto melhor de poder estar contribuindo, de poder estar fazendo. E são mais e mais casos, né. Café quentinho, eu gosto muito disso, de ter uma comida boa. Se eu tivesse condições, meu barraco teria muita fartura. A gente vê nas nossas áreas uma carência muito grande. Os companheiros velhos que moram sozinhos, e as próprias companheiras

que têm essas dificuldades com a comida, de estar moendo uma cana ali, fazendo um café, essas coisas assim... Eu acho que viver isso... pra mim são milhões de riqueza que eu vejo, de cuidado mesmo... (Olga)

No cerne do cuidado está a proposta de encontro, de fortalecimento da vida e da dignidade humana. Para desenvolver a atividade, não se mede esforços. Elas estão sempre disponíveis. Questionam como as pessoas podem tornar-se apáticas diante do adoecimento. Para elas, o adoecimento não deve ser o estado normal das pessoas, pois para todas as situações de adoecimento há algo a ser feito.

É aquilo que Iara falou... “- E na hora que chega o marido e cobra...” “- Ah, eu fui fazer isso...” Então, não é hoje que vai mudar. Ele sabe que sou disponível. Se a pessoa precisar, eu tenho disponibilidade pra ajudar. Eu acho que a saúde é o principal. Se você precisar de mim hoje e eu falar que amanhã vou te ajudar, não vai resolver... Ou é hoje ou não é. É a hora que falo com as pessoas que fica muito a desejar... Se a pessoa precisa de um chá agora, e eu falo: “- Depois eu faço pra você...”, e depois eu esqueço e não faço, eu não cumpro a minha tarefa. Pra você ajudar o próximo, é na hora. Se pedir pra fazer um chá, eu vou fazer. Se quiser tomar em outra hora, é critério seu (Clara).

Não pode ser comum você ver uma pessoa doente e achar que não tem mais jeito. Sempre tem um jeito... Sempre tem que ter. A gente tem que buscar esse jeito, né... (Rosa)

Na atividade do cuidado, elas desenvolvem o que estiver ao seu alcance, seja como terapeutas, seja como acompanhantes. É comum vê-las acompanhando outras pessoas aos serviços de saúde, assim como apontado por Clara:

Igual você estava falando de médico... Da vizinha lá na roça que precisou ir pra Itambacuri, e eu fui com ela, e lá eu fiquei oito dias de acompanhante. Pra mim tanto faz o alternativo ou o convencional... Precisou e eu posso ficar, eu estou contribuindo... (Clara)

Boff e Ayres defendem que o ser humano é um ser de cuidado, que este se encontra na sua essência, o que o eleva à *categoria de ontologia*. Em sua perspectiva ontológica, o sentido do cuidado se configura como um aspecto que integra o crescimento e desenvolvimento humano, algo fundamental na relação entre seres humanos e com o mundo (VAGHETTI et al, 2007, p. 268).

Sem o cuidado ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Se ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que tiver a sua volta. Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana (BOFF, 1999, p. 34).

Boff (1999, p. 91) afirma ainda que, por causa da sua própria natureza, o cuidado pode ser ao mesmo tempo desvelo e atenção, preocupação e inquietação, dada à característica relacional do cuidado, de envolvimento e afetividade com o outro. Essa preocupação excessiva pode ser percebida em Olga:

Tem hora que eu sou até chata, né. Querer que meus meninos comam a comida sem gordura, com pouca gordura. Então, assim... Eu vejo que vou ter que ter um controle aí... (Olga).

As principais técnicas utilizadas são remédios à base de plantas medicinais, bioenergética, radiestesia, geoterapia, homeopatia, florais, alimentação saudável, fortalecimento espiritual, fluidoterapia (passe espiritual e reiki), aromaterapia e também o diálogo. A atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Coletivo desenvolve-se de forma processual, a partir de um acompanhamento permanente, e não de forma pontual. Geralmente, o tratamento dura alguns dias, elas recebem as pessoas em suas casas ou vão ao encontro delas. O primeiro passo é conhecer melhor a pessoa, diagnosticar o problema de saúde, quais plantas têm em sua casa e quais os hábitos de vida. A partir disso, propõem algum tipo de tratamento. Raramente fazem sozinhas, geralmente é de forma cooperada.

A maioria dos atendimentos ocorre por meio de visitas ou encontros mensais. Algumas demandam um cuidado mais intensivo e, nesses casos, elas hospedam essas pessoas em suas casas por alguns dias. Na hospedagem, buscam oferecer uma alimentação mais saudável, desenvolvem seções de aplicações de argila, entre outros recursos, de forma a tornar o tratamento mais completo. Esta é também a ideia da casa de tratamento, que visa constituir-se como espaço de referência em saúde do MST, na região e no estado de Minas Gerais.

E assim, buscam articular o tratamento com uma alimentação saudável, com o cuidado espiritual, o diálogo, a promoção de hábitos saudáveis e a educação em saúde. Por meio da atividade do cuidado, as mulheres do Coletivo buscam desenvolver uma prática de saúde que considere o sujeito no seu contexto e necessidades, considerando a complexidade de aspectos que integram a saúde. Percebem os processos de adoecimento do corpo na sua relação com a dimensão mental e espiritual e é nesse sentido que lançam mãos dos recursos que consideram o ser humano em uma perspectiva integral.

Chama atenção a história de Olga, marcada pelo sofrimento mental, adoecimento, internações e dor, mas também de resistência, superação e crescimento. Olga nos relata a sua experiência de ser cuidada de ‘maneira agressiva’, marcas que só foram superadas após ter conhecido o cuidado no MST. Em sua trajetória de sofrimento mental conheceu o cuidado do

enclausuramento, da internação psiquiátrica, conforme descrito por ela. No MST, conheceu o cuidado em outra perspectiva, o cuidar da ‘maneira certa’:

Eu sentia essa rejeição dos outros cuidarem de mim. Eu sentia isso, e na verdade, isso começou muito na família... Daquele cuidado com outras palavras, aquele cuidado agressivo, de levar para o hospital, de batalhar uma clínica, de fechar dentro do quarto, de que não podia isso, daí eu falei: “- Não, daí eu encontrei nós, MST, nós, os Sem Terra”. As meninas têm um carinho muito grande, e começamos. Eu já cheguei nessas reuniões de saúde tendo crise epilética. A Clara e a Dorcelina sabem o que elas passaram comigo, e tomando Gadernal. Tomando Gadernal lá no Oziel (Olga).

Nessa caminhada, ela aprendeu a desenvolver o cuidado com a própria saúde e a conviver com a sua situação de portadora de sofrimento mental. Olga reconhece que grande parte de sua superação deve-se principalmente ao diálogo e ao cuidado entre as integrantes do Coletivo:

[...] todas as formas que eu pensei em trazer né, em representar, pra mim eu não tenho experiência maior de todo o período que eu tive doente, todo o período aquele tempo que eu passei, do que se não partisse disso aqui [o diálogo]. Enquanto eu não consegui a confiança de dialogar pros outros que eu precisava de ajuda, enquanto eu não conseguia me conscientizar de que esquizofrenia não era uma doideira, que hoje eu posso falar assim e bater no peito: “- Olga não é doida, eu apenas faço um tratamento comum”. Hoje eu consigo encarar isso. Mas isso demorou cinco anos. Enquanto eu estava lá fora com os psiquiatras, está aqui o [meu filho] de testemunha: “- Minha mãe tem que tomar remédio e ficar dentro do quarto”. É ficar quieta, minha família, porque, realmente, esquizofrenia dá essa pane mesmo na família. Mas aí eu consegui com esse grupo. A gente tem a confiança na Rosa, na Dorcelina, de começar daí a pedir ajuda e a contar que hoje eu vejo meus psicólogos, as minhas psicólogas, eu sempre falo isso, mas foi através do diálogo. Enquanto eu estava me entupindo dos outros medicamentos, não me abria. Muitas vezes eu era até barrada pra começar a contar. “- O que você fez essa semana?” Aí eu contava: “- Ah, eu raspei a cabeça, eu vesti todas as roupas que eu tinha.” “- É assim mesmo, o esquizofrênico faz isso mesmo”. E cada vez eu ia tendo mais surtos, né? Aí eu consegui ajuda através do diálogo, também com a confiança. Bianca sabe como eu entrei no Curso de Saúde Ambiental, as dificuldades que eu tive, né? E foi só esse diálogo assim, que fez com que eu descobrisse e encarasse que não é uma doença, mas que é uma coisa do dia a dia que nós estamos encarando aí (Olga).

Dessa forma, outra dimensão importante na atividade do cuidado é o diálogo das cuidadoras com as pessoas que recebem o atendimento. O cuidado é também momento de escuta, de conversa, de compreender o contexto e as necessidades dos sujeitos. São atos identificados por elas como eficazes na terapêutica.

O tratamento é muito bom e recupera as pessoas, principalmente quando a pessoa tem depressão, e quando você conversa com ela, desabafa tudo. Costuma melhorar só com conversa. Às vezes, a pessoa está precisando é de diálogo, e nem sempre o médico vai entender o que você tem e o que você não tem, porque ele nunca tem

tempo pra conversar. Ele ganha é por cabeça, por consulta, e não por diálogo.
(Clara)

Pinheiro (2009, p. 113) afirma que o cuidar em saúde é uma “atitude interativa, que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo o acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida”. E essa escuta está relacionada a um interesse por compreender o contexto de vida das pessoas, o que pode ser percebido na importância de se conhecer o outro, sua vida, seus hábitos, compreender seu problema.

Outra coisa que me marcou também foi o convívio com as famílias pra saber o que elas comem, o que bebem, como vivem, como é a casa, o ambiente em que elas estão vivendo, com quem elas convivem, qual o meio social delas ali, qual a convivência social... Porque isso ajuda no tratamento, na recuperação, e aí, isso eu aprendi com a dona de 98 anos... Estava quase inteirando 100 anos. Ela não passava um chá pra uma pessoa sem conhecer o quintal dela. Tinha que saber qual era a planta que saía no quintal, o que ela tinha plantado em volta da casa, o que ela comia, pra daí ela saber o que iria passar pra uma pessoa (Rosa).

Percebemos, dessa forma, que as práticas desenvolvidas pelas mulheres do Coletivo contemplam o que Stotz (2007) denomina de dialética individual/coletivo a ser considerada nas práticas de educação popular em saúde. Contemplar tal dialética implica em considerar o sofrimento vivido pelo sujeito e seu direito à saúde, sem desconsiderar o seu contexto de vida. Uma dimensão não pode secundarizar a outra. A questão consiste em “como organizar as práticas de saúde de modo a contemplar a dialética do individual e do coletivo” (STOTZ, 2007, p. 53-4). Nesse sentido, Pinheiro (2009, p. 113) reconhece o cuidado como possibilidade de inclusão da relação intersubjetiva na assistência.

Já a perspectiva biomédica privilegia a intervenção em saúde em uma perspectiva descontextualizada e curativa, focada no adoecimento e não nas condições e na qualidade de vida. Tal perspectiva reduz a saúde à doença, e o ser humano e seu contexto à parte do corpo. As práticas biomédicas são consideradas, dessa forma, como paliativas, por não atuarem nas causas propriamente ditas. Tais práticas atuam em aspectos específicos, quando na realidade os processos de adoecimento são bem mais complexos (BARROS, 2002, p. 75).

Canguilhem afirma que essa fragmentação e reducionismo presentes nas ideias médicas originaram uma distinção entre a doença e o doente, deslocando o local da observação e de análise do sujeito para o organismo na sua especificidade – o órgão, o tecido, a célula, o gene. Paralelamente, na profissão e na formação médica, viu-se declinar a autoridade do conhecimento do clínico geral para os médicos especialistas, “engenheiros de

um organismo descomposto tal como uma maquinaria”. Como consequência, há uma perda de referência às situações vividas pelos doentes e presenciamos uma redução destes à própria doença, uma vez que se elimina a preocupação sobre a sua gênese (CANGUILHEM, 2005, p. 28-30).

E assim, entre os limites do modelo biomédico levantam-se: a impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para diversos problemas de saúde e, inclusive, aos componentes psicológicos e subjetivos que acompanham os processos de adoecimento; além dos altos custos envolvidos nas novas tecnologias médicas (BARROS, 2002, p. 79).

Através do cuidado, as mulheres mobilizam valores como solidariedade, valorização da vida e das relações mais humanas e justas. São valores articulados a um projeto de sociedade, onde não cabem a desigualdade, a exploração, a violência, o descaso com os seres humanos e o planeta. Articulam-se, portanto, a uma concepção ampliada de saúde e a um novo projeto de sociedade.

Acho que aí entra o cuidado. A questão do cuidado, o diálogo. O cuidado que a gente tem que ter no dia a dia. O jeito de lidar com as pessoas. Naquela cartilha nossa do Setor de Saúde, aquela antiga nossa tem os valores, né? Aí eu lembro que lá tem umas imagens que você olha, e vê a contribuição do homem nas tarefas de casa, o cuidado com a alimentação de todo mundo. Até hoje, nas nossas áreas, ainda tem gente que fala assim: “- Ah, eu faço é comida de qualquer maneira, porque pra pobre e porco tudo é uma coisa só.” E quando a gente começa a discutir a saúde, você tem uma nova visão disso aí. É a tarefa que você vai fazer? Te coube aquela tarefa de fazer comida, tem que ser feita com carinho, né? E nós estamos perdendo as águas que estão sendo privatizadas pelas usinas. Daqui a alguns dias, nós não temos mais água pra beber, né? E os cuidados com os seres humanos? A gente vê que quem mata um tatu pega cinco anos de cadeia, quem mata cinco sem-terras continua indo pras praias da Bahia, sem nenhuma punição, continua tranquilo³⁴. Quem tira a vida do ser humano continua aí solto. E aí, a gente fica vendo os valores, né? Porque, um tatu, claro que é importante preservar um tatu, mas ficar preservando tatu e jacaré se não houver os seres humanos? (Rosa)

Acho que a Rosa traz é um projeto mesmo, outro projeto pra essa sociedade. Esse cuidado com o planeta, esse cuidado com o ser humano, essas novas relações. É um projeto diferente desse capitalista mesmo (Dandara).

Ao proporem uma abertura ao outro e aos contextos de vida, ao incorporarem uma visão ampliada das necessidades de saúde, a escuta e o diálogo, a atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Coletivo possibilita captar a saúde na sua complexidade. Com isso, propõem novos valores nas ações de saúde, orientados por uma concepção de ser humano em uma perspectiva integral, nas suas dimensões biológica, psíquica, econômico-

³⁴ Refere-se ao Massacre de Felizburgo, em que cinco trabalhadores Sem Terra foram assassinados no Acampamento Terra Prometida, no Vale do Jequitinhonha, em 20 de novembro de 2004, a mando de Adriano Chafik, grileiro de terras, que se afirma proprietário da fazenda.

social e cultural, contrapondo-se aos valores relacionados a uma visão restrita de saúde (biologicista), assim como proposto pela concepção biomédica. Esse é um debate de normas que deve ser compreendido a partir do conflito que se instaura entre a concepção ampliada de saúde e a ‘saúde como ausência de doença’, tal como discutido na seção anterior.

Pereira (2007, p. 147) afirma que o cuidado na saúde pode apresentar dois sentidos, que podem ser assim caracterizados: o sentido acrítico, que privilegia seu caráter instrumental e se orienta pela perspectiva biomédica; e o sentido crítico, que privilegia o potencial humanizador da atividade. Este segundo sentido foi fortemente identificado na atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Coletivo.

Canguilhem critica a ilusão tecnicista e cientificista da atividade e afirma que, “se se pudesse estabelecer que na raiz dos valores sociais não se encontra elemento da natureza de escolha [...] então os problemas da organização do trabalho poderiam ser tomados integralmente pela ciência” (2001, p. 113).

A Ergologia nos mostra que, por mais técnica que pareça, toda tecnologia inscreve-se num projeto de vida, com suas dimensões econômicas e sociais. Qualquer tentativa de neutralizar a técnica, reconhecendo-a como mera aplicação científica, consiste em uma falsa neutralidade, em desconsiderar o contexto e a finalidade para a qual a técnica foi desenvolvida e até mesmo como é aplicada. Pois, mesmo em tentativa de se operacionalizar a técnica em condições de ‘neutralidade’, as pessoas as aplicam segundo arbitragens próprias (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 125, 91).

Assim, se acreditarmos que o trabalho é pura execução, então nada circula entre as pessoas. Do contrário, se acreditarmos que há uma distância que se coloca entre o trabalho prescrito e o trabalho real, reconhecemos que este é influenciado diretamente pelas histórias dos sujeitos que trabalham. Diferentemente da execução, o uso de si é uma tentativa de recentrar o meio em torno daquilo que são suas próprias normas, para o qual é essencial a circulação de valores e saberes. No uso de si, o trabalhador faz uso do seu corpo, da sua inteligência, da sua história, da sua sensibilidade e seus gostos. E assim, o trabalho é encontro de um sujeito com o que ele é, o que viveu, e o seu vir a ser, e como tal portador de possibilidades várias de mudanças frente às infidelidades do meio (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 43, 190-2).

Ao adotar o cuidado como elemento central da assistência em saúde, as mulheres do Coletivo extrapolam os limites da biomedicina. Por meio do cuidado desenvolvem aproximação, diálogo, afetividade, espiritualidade, alteridade e subjetividade. Rompem com a atitude fria dominante no modelo da biomedicina. Percebemos, assim, um resgate do cuidado

como ‘modo de ser’, contrapondo-se à perspectiva tecnicista e biologicista da atividade. Com isso, essas mulheres nos mostram que os recursos técnicos utilizados por elas não se aplicam de forma neutra. Pelo contrário, elas revelam a resistência dos trabalhadores às medidas impostas pela racionalização científicista, como recusa e como criação (BARROS, 2007, p. 116).

É nesse sentido que o cuidado tem sido discutido na Saúde Coletiva como possibilidade de superação da perspectiva cartesiana, reducionista e tecnicista das ações assistenciais de saúde. Ayres afirma que a assistência em saúde apresenta, na sua composição, um misto de ciência e arte, embora a biomedicina se proponha restrita à ciência e esqueça a arte. Como consequência, observa-se um afastamento dos projetos existenciais que conferem sentido à atividade. De acordo com o autor, “é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que o originam e justificam” (AYRES, 2004, p. 83).

Na assistência em saúde, seja na condição de cuidadora popular ou profissional de saúde, a atividade nunca se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. Não há apenas a dimensão técnica da atividade, mas também uma dimensão intersubjetiva, a circulação de valores, escolhas a serem desenvolvidas a todo o momento, conforme nos mostra a Ergologia. De acordo com Ayres (2004, p. 84-5), a intervenção em saúde precisa se articular também a aspectos não tecnológicos e considerar a sua inserção na “construção de projetos humanos”.

Diante do exposto, destacamos que a atividade do cuidado, assim como desenvolvida pelas mulheres do Coletivo de Mulheres Cuidadoras, propõe justamente o resgate dessa dimensão intersubjetiva, da circulação de valores, da participação na construção de projetos humanos, assim como proposto por Ayres. E assim, quando a atividade assistencial se reveste de valores e de uma postura de escuta e diálogo, quando se apoia na tecnologia, mas não se resume a ela, temos que “a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter do cuidado” (AYRES, 2004, p. 86).

3.2.2 A terapêutica inscrita na atividade do cuidado

Na atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Coletivo identificamos um olhar para o organismo na sua totalidade e complexidade, que se reflete na busca pela personalização do tratamento. Na fala de Rosa, percebemos que, na atividade do cuidado, o sujeito tem centralidade no tratamento, e não a doença. Através dos recursos da Radiestesia e

Bioenergética e da produção de fitoterápicos (em especial, por meio dos destilados e das tinturas), conseguem personalizar a terapêutica, o que segundo elas, têm fornecido resultados surpreendentes.

Uma coisa que me marcou foi a gente ver que, com todo esse pessoal que a gente atendeu até hoje, não tem nenhum chá que foi repetido. As pessoas podem ter a mesma doença, o mesmo problema, porém o tratamento precisa ser diferenciado. Por exemplo, uma dor de cabeça de duas pessoas você não cura com o mesmo remédio. Então, isso me marcou... De ter vivido essa experiência de saber que a gente não usa o mesmo remédio pra todas as pessoas. Então, a gente não trata a doença, trata é a pessoa. Você não trata a doença. Às vezes, as pessoas procuram... “- Ah, eu estou com uma dor de estômago. Você vai curar meu estômago?” Aí eu falo: “- Não, nós não vamos tratar seu estômago, nós vamos tratar você”. Atrás dessa dor de estômago está um monte de outras coisas (Rosa).

De acordo com Canguilhem, a sociedade construiu um discurso sobre o normal de saúde e sobre o patológico. Uma noção que busca empreender um conceito de saúde, tomando-se como pressuposto o padrão de normalidade do organismo.

Com a evolução das disciplinas da patologia e da fisiologia, os fenômenos patológicos passaram a ser vistos como variações quantitativas dos fenômenos fisiológicos correspondentes. O patológico foi definido a partir do normal, e a doença tornou-se objeto de estudo da saúde. “É no Patológico, com letra maiúscula, que se decifra o ensinamento da saúde” (CANGUILHEM, 2009, p. 12).

E assim, a fisiologia encontrou no conceito de média um equivalente científico e objetivo do conceito de normal/norma. Uma vez que a média consiste em uma constante objetiva, a ligação entre os conceitos de norma e média se explica através da subordinação da média à norma. Canguilhem questiona os parâmetros de oscilação de um valor médio teórico fisiológico no qual os indivíduos são considerados normais. Fundamenta-se em autores como Claude Bernard, que afirma que “a utilização das médias faz desaparecer o caráter essencialmente oscilatório e rítmico do fenômeno biológico funcional”; e Vendryés, que propõe que as variações sofridas pelas constantes fisiológicas sejam interpretadas como desvios a partir de cada indivíduo (CANGUILHEM, 2009, p. 108-9).

Se o indivíduo normal é aquele em conformidade com as normas, que por sua vez, configuram-se como constantes que são determinadas pelas médias, então se corre o risco de considerar qualquer desvio como anormal. O que os estudos de Ryle (apud CANGUILHEM, 2009, p. 230) mostram, no entanto, é que “certos desvios individuais em relação às normas fisiológicas” não significam necessariamente índices patológicos. Com isso, Canguilhem defende uma teoria que propõe uma independência lógica dos conceitos de norma e de média,

considerando-se as incertezas dos princípios que separam o normal e o anormal entre os diversos indivíduos³⁵ e formula a teoria sobre *o normal e o patológico*.

Assim, “em matéria de normas biológicas é sempre o indivíduo que devemos tomar como ponto de referência” (CANGUILHEM, 2009, p. 134). É necessário partir da dimensão do ser, pois é nesse contexto que se define o que é normal ou patológico. O que é considerado normal em um indivíduo, pode não ser para outro; não há rigidez nesse processo. Dessa forma, o autor defende que não se deve definir o normal como um tipo ideal em condições determinadas, uma vez que a existência da média não traduz um equilíbrio específico estável, mas sim o equilíbrio instável de normas e formas de vida que se enfrentam a cada momento (CANGUILHEM, 2009, p. 118).

Diante do exposto, podemos afirmar que, quando as mulheres do coletivo afirmam tratar o ser e não a doença, elas reconhecem a complexidade na qual se insere o processo de saúde-doença-cuidado, que deve ser analisado e proposto a partir do próprio ser e na dinâmica da vida.

Outro aspecto que evidenciamos na atividade do cuidado refere-se a uma compreensão do adoecimento em uma perspectiva dinâmica. Como consequência, observa-se uma atitude de respeito à inteligência da natureza, de deixá-la agir por conta própria. Com isso, a terapêutica é utilizada principalmente para fortalecer o organismo e sua capacidade de reagir para combater a doença. Esta é uma expressão muito forte na atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Coletivo.

Geralmente é assim... A pessoa começa a ter um problema, e começa com stress, com depressão, e de repente tem um nódulo, tem uma inflamação no útero... É sempre assim, entendeu? Aí a gente tem que começar primeiro no estado mental, e a questão do floral... Eu passei pra ela o floral e umas tinturas antidepressivas. Aí, na segunda vez que ela veio cá, ela já veio bem demais, aí eu já passei um remédio para o problema de infecção que ela tinha no útero. Ela também estava com problema no estômago, mas agora eu acredito que, na volta dela aqui... Porque ela veio dia primeiro, ela deve estar bem melhor, mas não significa que ela não tenha outro problema. Geralmente, quando a pessoa tem uma doença mais grave, a outra não aflorou ainda. À medida que vai curando uma, vai aparecendo a outra... A pessoa tem que entender isso, que é um processo (Roseli).

Em entrevista concedida por uma integrante do Coletivo Nacional de Saúde, percebe-se a compreensão desta perspectiva complexa e dinâmica, ao se afirmar que, para o MST: “Saúde não significa ausência de doença. Consideramos o adoecimento um processo. Ele não acontece repentinamente e envolve as condições de vida” (DELLAZERI, 2006).

³⁵ “Não existe nenhuma linha de separação nítida entre as variações inatas, compatíveis com a saúde, e as variações adquiridas, que são os sintomas das doenças” (CANGUILHEM, 1995, p. 230).

Em Canguilhem temos que “o normal não é um conceito estático e pacífico, e sim um conceito dinâmico e polêmico” (2009, p. 201). Por outro lado, a doença não significa ausência de norma, e sim uma norma de vida ainda que inferior, já que não tolera mais tantos desvios impostos pelo meio. A doença surge quando o organismo não suporta mais as imposições do meio e se modifica a tal ponto de produzir reações catastróficas em si próprio. Por isso, ela não se manifesta de forma localizada, mas em todo o organismo (CANGUILHEM, 2009, p. 136-8).

Nessa perspectiva, curar implica restabelecer a dimensão normativa do ser; contribuir para o reaparecimento de uma nova ordem, a ser criada pelo próprio organismo (CANGUILHEM, 2009, p. 146).

Contudo, a ciência médica, ao observar como a natureza age na restauração da saúde diante do adoecimento, delegou, em grande medida, à técnica da medicina a função de imitar a ação médica natural. Compreende-se por imitar a ação de “reproduzir uma tendência, prolongar um movimento íntimo” e, portanto, intervir no corpo humano. Essa compreensão representa uma ideia de que o organismo doente é um objeto passivo e dócil às manipulações e solicitações externas. Para um corpo inerte, requer-se uma medicina ativa (CANGUILHEM, 2009, p. 10).

Inversamente, uma “consciência dos limites do poder da medicina, acompanha toda concepção do corpo vivo, que lhe atribui uma capacidade espontânea de conservação de sua estrutura e de regulação de suas forças”. Uma sabedoria que advém da própria natureza e, nesse caso, a medicina apresenta-se, principalmente, como expectadora desse processo (CANGUILHEM, 2005, p. 12).

A diferença entre uma medicina ativa e a medicina expectadora não incide tanto na dúvida sobre a reação do organismo, mas sobre a probabilidade e eficácia dessa reação (pertinência e suficiência). Essa dúvida, no entanto, não impede a decisão de intervir, ela precipita a intervenção. E assim, Canguilhem afirma que, se delegamos à técnica a tarefa de restaurar a normalidade afetada pela doença, “é porque nada esperamos de bom da natureza por si própria”. Trata-se de uma medicina que tem como base uma concepção de homem que pode manejar a natureza segundo seus desejos normativos, e “dominar a doença é conhecer suas relações com o homem vivo que deseja restaurar”. Daí a fundamentação da fisiologia e da patologia no modelo científico (CANGUILHEM, 2009, p. 10-1).

Na atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Coletivo, a saúde como dimensão normativa se mostra por meio de ações que levam ao fortalecimento e autonomia do

organismo, e totalidade corpo-mente. A função da terapêutica é propiciar com que a natureza atue por contra própria, considerando a complexidade dos processos de adoecimento.

É nesse sentido que elas fazem uso das plantas medicinais e demais práticas populares de cuidado como um dos principais dispositivos técnicos. Para elas, o principal sentido de se fazer uso dessas práticas está na promoção de autonomia dos sujeitos diante do uso de medicamentos alopáticos e da medicalização. Observa-se uma forte crítica à indústria farmacêutica e à alopatia, a qual é tida como um tratamento que não considera o ser humano na sua dimensão integral e que promove um círculo vicioso de dependência aos ‘medicamentos da farmácia’.

Eu tenho uma dona lá do Espírito Santo, e ela veio pra casa do irmão dela aqui do assentamento, e ela estava com diabetes, usando insulina. Ela me contou com uma alegria tão grande. Ela usava insulina injetável e ela mesma que aplicava. Aí eu dei pra ela uma dieta, e vieram as tinturas pra ela tomar, né... Mas ela voltou tão feliz, menina... Com dez dias a mulher já virou outra. Naquele mesmo dia, ela não tomou mais insulina. E pessoas que também fazem uso de Gardenal, né? São outros que ficam felizes demais quando eles conseguem tirar o remédio, porque incomoda muito. O efeito colateral dele é muito forte, e daí quando eles sentem que não precisam ser dependentes daquele medicamento, eles ficam felizes “pra danar”. Tem esses tipos de caso... O colesterol também é outro tipo de doença que a pessoa sente uma alegria quando é curada. Aqui no Barro Azul mesmo tivemos uns quatro casos de diabete, de usar insulina, e que foram curados. Foram curados mesmo e não precisaram tomar nada mesmo (Roseli).

Oh, Bianca... Eu penso que o que me motivou foi a gente ver que as pessoas estão sempre doentes. É um ciclo vicioso. As pessoas vão lá comprar um remédio pra dor de cabeça, daí o balconista já empurra um pra dor no estomago, e daí a pouco um pra pressão, e outro pra depressão. O que me motivou é saber que, só com as plantas, a gente consegue não entrar nesse ciclo vicioso (Rosa).

De acordo com Stotz (2007, p. 52), alguns dos esforços da educação popular em saúde atuam no sentido de contribuir para “libertar as pessoas da dependência dos médicos” e de capacitá-las a desenvolver práticas de cuidado com a saúde nos lugar dos profissionais. Aqui se observa uma crítica aos próprios limites dos serviços de saúde na modernidade e seus impactos culturais nos saberes da população.

As pessoas, às vezes, chegam perto de você, pessoas já com idade, e falam que engolem tanto comprimido... “- Ah, eu engulo cinco”... “- Ah, eu engulo seis por dia”. Pressão alta, diabetes está muito alta, e a gente saber que os mesmos remédios que eles estão engolindo, estão aqui no mato, e a gente não se dá conta disso. É isto que é a minha vontade: tirar a maioria das pessoas dos comprimidos, das farmácias, onde eles passam receitas e mais receitas... (Dorcelina).

Nas falas anteriores é possível perceber uma crítica à medicalização da sociedade, assim como indicado por Barros (2002, p. 77), que a define como a alta dependência dos indivíduos e da sociedade em relação à oferta de serviços médico-assistenciais. De acordo com esse autor, “é provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico resida no que se convencionou chamar de medicalização”. Esta resulta da crescente ‘intromissão’ da tecnologia médica na resolução dos problemas de saúde mais variados, cujas soluções não se encontram no plano fisiológico, mas principalmente nos planos psíquico, econômico e social. Consiste, portanto, em uma solução paliativa aos problemas de saúde da população (BARROS, 2002, p. 76).

O acesso aos serviços médico-assistenciais passa a ser tido como um bem de consumo e bons níveis de saúde passam a ser relacionados com o acesso a tais tecnologias. Em se tratando de medicamentos, é cada vez mais crescente a expectativa de que os mesmos sejam utilizados com a perspectiva de trazer conforto, segurança, tranquilidade, felicidade. Um padrão de consumo que reproduz as desigualdades sociais, gerando padrões de iniquidades, inclusive no acesso aos serviços médico-assistenciais mais essenciais (BARROS, 2002, p. 77-8).

Esse autor reconhece os avanços no campo das ciências biológicas a partir do Século XVII, mas afirma a necessidade de se questionar os rumos da medicina – descaminhos, estratégias e interesses - a partir da revolução industrial capitalista (BARROS, 2002, p. 73).

Sobre esse assunto, Batistella (2007b, p. 26) afirma que:

O monitoramento celular dos mecanismos bioquímicos fisiológicos e patológicos tem induzido o surgimento de novas doenças; o mapeamento do genoma humano e a abertura de novos horizontes terapêuticos com base na utilização de células tronco têm recolocado em pauta a discussão sobre saúde pré-natal, ‘cirurgias genéticas’ e questões éticas decorrentes. A transformação da saúde em valor individual na sociedade de consumo é atestada com a crescente preocupação com a adoção de comportamentos saudáveis, pela propagação de modelos de beleza ideal e sua busca por meio de dietas, cirurgia e indústria cosmética, bem como pela procura dos seguros privados de saúde.

Para Canguilhem, as críticas às instituições médicas não devem ter como consequência o retorno a uma ‘saúde selvagem’, que propõe o fim das instituições médicas. Para o autor, tal postura não implicaria em atingir a ‘verdade do corpo’. Entregar a medicina à especulação filosófica significa acreditar que é possível desenvolver uma reflexão sobre essa área do conhecimento, tendo em vista repensar inclusive seus pressupostos epistemológicos. Para isso, o autor defende o diálogo entre os saberes do profissional e do paciente. Este, não mais

passivo, mas sujeito da sua saúde e capaz de dialogar sobre os processos do seu corpo (2005, p. 48).

Em uma perspectiva crítica ao fenômeno da medicalização, o Setor Nacional de Saúde estimula o uso de plantas medicinais e outras práticas populares de cuidado pelas famílias assentadas e acampadas.

Além de garantirmos que o SUS se concretize de fato, temos também o desafio de resgatar e incentivar as práticas não convencionais, conhecidas como terapias alternativas. Nós, Sem Terra, temos muita tradição em usar plantas medicinais para consumo humano e animal. Isso é bastante tradicional para o povo do campo, que sempre produziu seus próprios medicamentos. Procuramos estimular o plantio e o uso correto dessas plantas, levando a informação e o conhecimento aos trabalhadores e às trabalhadoras rurais. Além das plantas, utilizamos a geoterapia, a acupuntura e a bioenergética, entre outras. São terapias que dão bons resultados (DELLAZERI, 2006).

Para o Setor de Saúde do MST, esta é uma forma de ‘resgate’ das culturas dos povos tradicionais, e resistência ao complexo médico-industrial³⁶ (MST, 2000, p. 22). Essa perspectiva também foi percebida nos estudos de Cimbliris (2007, p. 16) e Soares (2006, p. 70). Nesses trabalhos, os autores destacam a relação entre o uso de plantas medicinais por famílias pertencentes a assentamentos do MST e a promoção da autonomia em saúde por parte das mesmas, o que, segundo eles, se atribui ao resgate, difusão e valorização de técnicas e saberes populares em saúde.

Para as mulheres do Coletivo de Cuidadoras, o uso das plantas medicinais e outras práticas populares de cuidado possibilitam agilidade no diagnóstico e no tratamento, ação eficaz, atuação na ‘raiz’ dos processos de adoecimento, baixo custo e facilidade de acesso, entre outros aspectos.

E eu acho que o melhor remédio que tem é esse alternativo. Não conformo com esse remédio de farmácia. Pelo que você lê na bula, ele sara uma coisa e prejudica outra. O remédio do mato só sara aquele, ou não sara e pronto. Se você faz uma dosagem certa e toma de acordo, ele faz bem. Pelo menos, os que eu tenho feito, os que tenho tomado e dado para os outros, até hoje só fizeram bem. Não fez mal a ninguém. Graças a Deus, não. Já tratei de uma menininha que o médico havia desenganado. Ela estava com pneumonia. Eu tratei dela com pé de galinha... O sumo do pé de galinha e o picão. E o médico falou com ela: “- Daqui a três dias você volta aqui.” E daí, quando ela voltou, o médico perguntou o que ela tinha dado que a menina reagiu. Quer dizer, foi o remédio que a fez melhorar depressa e ela não teve mais (Clara).

³⁶ Conceito utilizado para explicar a articulação entre a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos e os hospitais privados.

Assim como o caso de Clara, elas relatam exemplos e mais exemplos de eficácia do tratamento com as práticas populares de cuidado, quando o tratamento convencional parece não apresentar mais resultado satisfatório. Mostram-nos exemplos concretos de construção de normas e valores que questionam a biomedicina.

Na atividade desenvolvida pelas mulheres do Coletivo é possível perceber a construção de uma relação de cuidado que tem como base a promoção da autonomia dos sujeitos sobre sua saúde, ao possibilitar com que as pessoas aprendam a cuidar da própria saúde. Seja por meio da apropriação de saberes em saúde; seja na construção de um conhecimento crítico sobre o processo saúde-doença; no acesso aos recursos da natureza para fins terapêuticos; ou da socialização dos valores relacionados ao cuidado.

Eu sempre passo [refere-se à socialização dos seus saberes de cuidado com as demais pessoas] e gostaria que ampliasse para mais pessoas. Eu acho até, na verdade, que cada família tem que ter o seu curador, né... Porque a doença chega sem esperar e tudo... Eu acho que isso deveria ser bastante difundido, de forma que todo mundo pudesse ter acesso com facilidade. Quanto mais pessoas tiverem, é melhor pra gente trocar experiências (Roseli).

Eu acho que isto é muito importante: não falar pra pessoa que isso está errado, mas deixar a pessoa perceber. Isso leva tempo. Isso leva mais tempo, mas é uma coisa em que eu acredito: a educação popular. Eu acho que a pessoa, aprendendo ali na prática o que ela pode e o que não pode, ela não vai esquecer nunca mais. É melhor do que a gente ficar arrumando remédio pra ela, né. É mostrar pra ela onde ela está errando, onde está o erro, como ela pode melhorar, como ela pode evitar de ficar doente. Pra mim, no tratamento é uma das coisas mais positivas a gente saber que as pessoas aprenderam a lidar com a própria saúde, né? Lidar com a vida (Rosa).

De acordo com Carriconde (2002, apud GOMES, MEHRY, 2011, p. 12), além do caráter terapêutico, as plantas medicinais apresentam relevância: antropológica, por resgatar e valorizar saberes das populações; pedagógica, por estabelecer uma relação de diálogo em torno dos saberes de saúde; econômica, por permitir acesso a um tratamento de baixo custo; ecológica, por garantir a preservação de espécies de plantas medicinais, muitas das quais, em risco de extinção; e social e política, por propiciar o desenvolvimento de redes de apoio e social e permitir que a temática do adoecimento seja tratada de forma coletiva por parte das comunidades.

Além dos aspectos citados, percebemos que, na base do uso das práticas populares de cuidado e da crítica à alopatia, encontra-se a ‘relação com a natureza’. Elas acreditam que as plantas, pelo fato de virem da terra, fazem bem para a saúde, diferente do uso do medicamento alopático. Para elas, a relação com a natureza desenvolve-se com base na energização, fortalecimento, respeito, admiração, entusiasmo e gratidão.

Sentimento? De gratidão, né... Eu sinto gratidão a Deus, porque eu estou dando conta de atender, e sinto gratidão também em ter oportunidade de estar trabalhando com a natureza. A gente fica alegre... Parece que não é a gente que vai. É ela que puxa a gente (Roseli).

Então, a gente começa a ter essa relação com as plantas. Lá em casa eu sei, agora nasceu muito quebra-pedra. Eu sei que vai aparecer muita gente precisando, com problema de rins, vai aparecer muita gente. Agora na casa da Comadre Clara, nasceu Buva até na parede, porque a casa dela é de barro. Aí eu falei pra ela: “- Presta atenção.” Ela falou assim: “- Olha, vem cá, até nas paredes nasceu Buva.” Mas não demorou um mês, né Comadre Clara, ela está precisando, o chá dela é só buva, só... Então você começa a ter essa relação com as plantas, relação de carinho, de companheirismo, né? E quando você começa a ter esse respeito por elas, elas entram na sua porta, começam a nascer na sua casa [...] Elas vêm procurar a gente, as plantas vêm. Nasceu planta lá em casa que eu não esperava nunca que iria nascer. Aí eu falava: “- Tem que deixar aqui pra eu poder ver quem que vai precisar dela, né?” Então a gente já tem essa relação (Rosa).

Na fala de Rosa percebemos o desenvolvimento de uma relação de companheirismo e respeito com a natureza, a qual elas acreditam ser recíproca. Dorcelina ressalta que se sente muito bem quando caminha no mato para a coleta de plantas medicinais.

Nessa relação, destaca-se a terra, que se apresenta como um elemento forte para as mulheres do Coletivo. Na citação abaixo podemos destacar o papel ocupado pela simbologia da *terra*:

Eu vejo, assim, que a pessoa planta e produz, mas eu vejo assim que o veneno... A pessoa vai lá e envenena a terra. Se ela envenenar a terra, gente, a terra é nossa mãe, é nossa vida. É ela que dá vida pra nós, é ela que nos sustenta. Agora, a pessoa passar a mão num veneno e colocar lá na terra? Então está matando a mãe? Mata a mãe dia a dia. Porque ela não vai produzir nada. Produz, mas vai produzir e matar a gente de veneno. Então, se a pessoa parar e pensar assim: “-Gente, é daqui, olha, colocou aqui, já está dando vida pra nós”. E se agora ela não dá? Aí todo mundo morre (Dorcelina).

Assim, a relação com a natureza implica em valores como cuidado, respeito e admiração. São valores que se traduzem em gestos como aprender a ouvir a observá-la, em sua sabedoria e sua beleza. Algo que se evidenciou com muita expressão na atividade das mulheres do Coletivo de Cuidadoras, que nos leva a perceber que essa relação com a natureza se insere na perspectiva mesma do cuidado assim como concebido pelas mulheres agricultoras.

Eu acho que a lição que fica é a de nosso contato com a terra, nós, agricultoras, e principalmente as mulheres agricultoras, a gente sente muita necessidade dessa energia da terra (Rosa).

Boff (1999, p. 35, 95) atribui ao cuidado essa forma de ver a natureza a partir de uma relação de respeito. Trata-se de uma forma de questionar o modelo de desenvolvimento científico dominante, no qual o ser humano, como ápice do processo de evolução, busca desenvolver com a natureza uma relação sujeito/objeto, de dominação e controle (perspectiva antropocêntrica).

Nesse sentido, acreditamos que a ‘relação com a natureza’, que se percebe também na atividade agrícola e na atividade docente, apresenta em sua base epistemológica o cuidado como modo de ser, que fundamenta justamente uma *relação de cuidado com a natureza*. E uma vez que este é considerado categoria inerente ao ser, podemos concluir que seus valores circulam nas demais atividades. Por esse motivo, optamos por abordar essa discussão nesta seção.

Na cartilha “Relato de Experiências de Saúde”, percebemos que essa relação passa por uma nova visão e uma nova postura homem/natureza. O MST reconhece que os militantes da saúde contribuem para:

[...] a construção de uma nova postura e visão de vida na terra e da terra com a vida. Reincorporando a tradição camponesa de dialogar com a natureza sendo parte dela – diálogo há muito rompido com a imposição do sistema produtivo predador que separa o homem da natureza e tem como lógica o esgotamento de seus recursos e a exploração de homens e mulheres (MST, 2005, p. 41).

Para Boff, trata-se de uma relação sujeito-sujeito e não mais sujeito-objeto, conforme o paradigma positivista. “A relação não é de domínio sobre, mas de con-vivência. Não é pura intervenção, mas inter-ação e comunhão” (1999, p. 95). E assim, na atividade do cuidado, evidencia-se uma visão de totalidade ser humano-natureza.

Percebemos, também, que esse cuidado com a natureza passa inclusive por uma compreensão da saúde na sua relação com os determinantes sociais, conforme discussão desenvolvida na seção anterior.

Eu trouxe aqui a terra. Porque a terra é um conceito muito forte de saúde, a partir do momento em que nós cuidarmos dessa terra com os devidos cuidados que ela merece. Sem agredir com lixo, sem agredir com veneno. Porque, às vezes, a gente tem uma terra fértil, uma terra boa. Aí, a gente vai lá na rua comprar veneno, fala que está buscando remédio lá na casa do fazendeiro, nas casas onde vendem produto que dizem que é pra matar os insetos, e acaba envenenando a terra, envenenando a gente mesmo e envenenando as pessoas com as quais a gente convive, também. Então a terra, ela é um conceito de saúde muito forte no sentido de que ela produz nossa própria alimentação. E aí a gente tem que ter esse cuidado com a questão do veneno. A gente vê aqui a abóbora, o maracujá, o quiabo, abacate, que foram tirados da nossa terra, né? Aí a gente olha pro lado aí, muita cana, muita mandioca, e se não fosse a terra, de onde a gente teria tudo isso? Essa diversidade de produção? É

preciso a gente cuidar desse símbolo da saúde, que é ele que mantém a gente vivo (Domitila).

Entre os fatores que levam as famílias assentadas e acampadas do MST a fazerem uso de plantas medicinais, a possibilidade de utilizar um recurso da natureza foi um fator identificado nos estudos de Cimpleris (2007, p. 144-5), Gaia (2005, p. 120), Ricardo (2011, p. 117) e Scopinho (2010, p. 1583). Além disso, a relação da saúde com a natureza é um aspecto destacado em diversas cartilhas desenvolvidas pelo Setor Nacional de Saúde (MST, 1999; MST, 2000; MST, 2005).

Dessa forma, levantamos novas reflexões referentes à possibilidade de renormalização das normas biomédicas por parte das mulheres pesquisadas. Os valores que circulam na atividade do cuidado, perpassam por uma concepção de ser humano normativo, para quem é possível criar novas normas em saúde em contraposição ao ser humano passivo da medicina convencional. Questionam os valores relacionados à medicalização, o caráter técnico e autoritário do modelo biomédico e o papel de onipotência da ciência médica. Buscam, assim, construir novas normas na atividade do cuidado, ao valorizarem os saberes populares, os recursos naturais na terapêutica e a promoção da autonomia dos sujeitos. Valores perpassados por uma visão de totalidade ser humano-natureza, que se baseiam em uma relação de respeito, admiração e cuidado com a natureza.

No âmbito da atividade, elas mostram que outras racionalidades podem estar presentes na assistência, que não existe apenas uma racionalidade no trabalho. E assim, a distância que existe entre as normas biomédicas e a atividade do cuidado desenvolvida por essas mulheres, não deve ser percebida como ausência de racionalidade, mas como diferentes racionalidades em jogo na atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 43).

No entanto, é importante destacar que elas identificam que a maioria das pessoas atendidas não está preparada para assumir essa postura de autonomia dos sujeitos no cuidado em saúde, assim como defendida por elas. Com certa frequência elas levantam a demanda de outro tipo de atitude por parte do usuário. Uma postura não mais passiva de quem aceita inquestionavelmente as prescrições terapêuticas, mas uma postura ativa, de quem busca tomar parte na relação de cuidado.

E esse processo não se dá distante do confronto de normas que se instaura entre a medicina popular e a medicina convencional na atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres:

Eles [as famílias assentadas] acham que você fazer parte da equipe da Saúde é você levar para o hospital, e não você buscar o remédio que cura. Aí tem uma diferença (Clara).

Gaia (2005, p. 128), ao pesquisar as práticas de saúde desenvolvidas no Acampamento Padre Gino, em Frei Inocêncio, percebeu que estas consistem em “[...] uma junção das práticas da medicina oficial com as da medicina tradicional, formando um sistema popular de cuidado em saúde. Este sistema paralelo não deixa de ser um tratamento sincrético, e por muitas vezes harmonioso, que alia racionalidades distintas em saúde”.

Mas, para Clara, não é possível aliar racionalidades tão distintas. Para ela, os valores biomédicos são incompatíveis com os valores da ‘Saúde no MST’, e esse confronto se expressa também no âmbito da atividade por parte das mulheres que trabalham, lembrando-nos, mais uma vez, que o trabalhador faz escolhas, e como tal, engaja-se em um mundo atravessado de valores.

Se o remédio da saúde é alternativo, ele é convencional. De vez em quando, aqui a gente bate de frente. Às vezes, você fala: “- Eu sou da Saúde...” E às vezes, a pessoa está com dor de cabeça e vai tomar um comprimido. “- Uai, se você é da Saúde, você vai cassar comprimido, ou vai fazer um chá e tomar?” Nós estamos lutando pra saúde convencional ou para a saúde alternativa? “- Mas você enxerga isso no meio das companheiras?” [Perguntei] - Já enxerguei... Muitas vezes já falei [...] De vez em quando, você ainda acha uns que usam medicamentos. Muitos já mudaram, mas você acha ainda. Muitos dão remédio da farmácia que é bom pra dor. Outra hora é pra levar menino ao hospital porque está com febre, e não dá um banho, um chá... Eu me questiono muito sobre isso... Se eu quero ser alternativa, por que eu venho aqui e vou à farmácia? Então... Ou eu fico só com a daqui ou fico com a farmácia. Não fico me enganando e nem enganando os outros... “- Você não acha que dá pra mesclar?” [Perguntei] - Não... Algumas situações são necessárias, mas outras não. Porque quando você vem, parece que vem pra aquele propósito... Para atrapalhar, e não pra deixar o bonde andar. Chegam muitos aqui que estão doentes. Passam semanas, meses, e chegam aqui e querem que cura de uma vez? Não tem lógica (Clara).

Assim, não há um consenso sobre o limite de atuação entre a medicina popular e a medicina convencional. Algumas consideram que casos mais graves podem ser tratados com as práticas populares de cuidado, outras já atribuem maior limitação aos seus próprios conhecimentos. Percebemos que quanto maior o reconhecimento dos seus limites de atuação, maior é o estímulo aos familiares e demais famílias assentadas e acampadas para que efetivem o seu direito de assistência pelos serviços de saúde, sempre que necessário.

Esses resultados também foram evidenciados por Ricardo (2011, p. 138) em sua pesquisa de mestrado envolvendo agentes de cura em assentamentos do MST do Rio de Janeiro. Nesta, evidenciou-se uma convivência não harmônica entre a medicina popular e a biomedicina por parte dos integrantes da sua pesquisa. Segundo a autora, apesar das críticas à

biomedicina proferidas pelos sujeitos entrevistados, na prática, observou-se a adesão a certos recursos da medicina convencional, o que varia de acordo com o grau de conhecimento desses sujeitos sobre a medicina popular.

Percebemos, assim, que o desenvolvimento da atividade passa por se questionar a saúde como objeto de atuação exclusivo do profissional de saúde, em especial o médico, e a acreditar que o cuidado é uma prática que também pode ser desenvolvida por elas, cuidadoras populares:

[...] eu tive coragem mesmo de fazer tintura não foi pela Prefeitura [por ocasião de curso de plantas medicinais desenvolvido pela Prefeitura de Ipatinga]. Eu via aquilo tudo, mas eu ainda ficava sem... Parecia que a gente via uma pessoa, e falava que era médico, o que estava fazendo. A gente ficava pensando que aquele negócio era só pra médico. A minha cabeça ainda não estava aberta pra essa coisa, entendeu? Chegava lá, os médicos vestidos de branco mexendo com as plantas... Eu pensei: “- É coisa só deles fazerem, é só pra olhar”. A gente não pensava que poderia fazer o mesmo que eles faziam. Nem passava pela minha cabeça (Roseli).

Por fim, também é importante destacar as dificuldades financeira, material, organizativa e prática-operacional para o desenvolvimento do trabalho pelo grupo, conforme afirmado por elas em diversos momentos. Elas apontam a necessidade de ampliação do grupo e de obter conquistas organizativas e de infraestrutura para o desenvolvimento do seu trabalho. Levantam como fator negativo o fato de não haver um local próprio para atendimento, horta e manipulação dos recursos terapêuticos, ou seja, a casa de tratamento.

3.2.3 A socialização do trabalho de cuidado e a solidariedade entre as mulheres

Embora os sentidos do trabalho não sejam objeto de discussão desta dissertação, nesta seção pedimos licença ao leitor para apresentar de forma rápida como a atividade do cuidado se apresenta para as mulheres do Coletivo.

A partir de um determinado olhar, percebemos que a atividade do cuidado se apresenta como uma possibilidade de as mulheres encontrarem seu valor como ser humano e militante, de inserção na organização e reconhecimento pelo próprio Movimento.

É muito satisfatório quando você vê essa reação [das pessoas se sentirem bem ao serem cuidadas por ela], porque teve certo tempo na minha vida que eu me senti incapaz de muita coisa. Eu fiquei no chão mesmo. Você sabe um pouquinho da minha história? Eu achava que não prestava pra mais nada, e senti que não tinha serventia mais, eu achava que não tinha, e hoje eu vejo que, se Deus me der a vida, porque hoje eu peço é vida... Se Deus me der a vida, eu vou lutar pra ter minha saúde que eu mereço, eu vou lutar pra eu ter as coisas e pra eu poder contribuir mais. Eu sei que vem de graça, vem pra mim esse retorno, e pra mim é muito bom. Isso

marca muito pra mim. Eu não tenho nem palavras pra exprimir o quanto ter cuidado da [Dirigente Estadual do MST] me fez bem. O quanto eu fiquei curada, o quanto eu fiquei aliviada, o quanto me passou energia boa... E hoje ainda tem. Como eu sou de dar muito pitaco, a menina que estava com frieira, não conseguia... Daí eu cheguei e falei: “- Este remédio daqui é bom, os remedinhos nossos...”. E eram só umas gotinhas que tinha no vidro. E quando ela fala pra mim... “- Olga, se você tiver aquele remédio, eu vou comprar. Pode falar o preço que for, porque foi o único remédio que curou as frieiras que eu tinha há muitos anos”. Ela ficou muito contente com isso, e eu também fico muito contente com isso. E tem mais e mais pessoas que tomam o xarope, né Dorcelina? Um dia, a vizinha precisou do xarope, e tomou... Você precisa ver. É muito bom... A gente está sempre assim, e isso deixa a gente mais feliz do que tudo (Olga).

Em que pese o sentido que a atividade do cuidado desenvolve no resgate da dignidade e do valor das mulheres que compõem o Coletivo, elas reconhecem o peso demandado pela atividade. Assim como toda atividade de trabalho, o cuidado por elas desenvolvido também se apresenta na sua perspectiva contraditória: por um lado, como potencial de emancipação, criação, resgate do valor e da dignidade humana, por outro, como potencial de adoecimento e desgaste, sobrecarga e desvalorização.

Seja no preparo dos remédios, nas demandas de atendimento, no acompanhamento aos serviços de saúde, nos momentos de escuta e amparo, o cuidado é uma atividade que, assim como as outras, demanda tempo, energia, dedicação. Reconhecem o peso demandado pela incorporação de hábitos saudáveis, do tratamento com as práticas populares de cuidado, da carga de reuniões e espaços de formação conduzidos pelo Setor.

A outra coisa, aí eu não falo só de mim, eu falo das mulheres... É a carga que é o cuidado. Acaba que o cuidado com os filhos fica com a mulher, o cuidado com os idosos fica com a mulher, o cuidado com o vizinho fica com a mulher... Os homens não se importam com isso. Parece que à questão do cuidado os homens não dão muita importância pra isso, né... Eles não dão importância, não. Se tiver uma pessoa doente aqui pra eles darem um banho, quantos homens aparecem pra dar um banho? Se é mulher, ela dá banho em mulher, dá banho em homem, dá banho em criança, dá banho em tudo, em todo mundo. Sai daqui pra dar banho numa vizinha. Nós temos mulheres daqui que ficam no hospital um mês inteiro com a pessoa daqui do assentamento, acompanhando. A Clara saiu da casa dela pra ficar com a Vozinha no hospital, quando quebrou o fêmur. Daí eu fui lá e troquei com ela. Nós ficamos revezando. Depois ela ficou internada, ficou 18 dias internada, e a gente teve que revezar. E quem faz isso? São as mulheres. Os homens não fazem isso... Então, eu acho que as mulheres têm essa tarefa a mais, né... Que é a tarefa do cuidado. Se a gente não souber como lidar com isso, fica como um peso, e a gente não pode receber como um peso, porque, se a gente recebe como se fosse um peso, a gente não vai fazer bem feito. A gente tem que receber com amor mais esta tarefa de acompanhar as pessoas que estão doentes, de contribuir com a saúde das pessoas. E as mulheres que fazem isso, e fazem bem, né. Por exemplo, a Dorcelina e a Olga que vêm de lá pra fazer o tratamento de argila aqui, uma cuida da outra. Na hora de sair da argila, a que saiu primeiro vai ajudar a cuidar da outra. Na hora de entrar, uma ajuda a cuidar da outra. Então, essa força, essa determinação, eu penso que tem que ser isso... Nós não podemos colocar como se fosse um peso, uma carga, né, mas esse carinho de poder cuidar do outro (Rosa).

Como apontado por Rosa, a atividade do cuidado não se dá distante dos conflitos que se instauram por causa da divisão sexual do trabalho. De acordo com Pinheiro (2009, p. 111), a origem da atividade do cuidado refere-se ao espaço doméstico, privado. Na antiguidade registra-se o desenvolvimento dessa atividade no interior das famílias, em seu cotidiano, passado de geração em geração. Tem como principais atribuições o cuidado com a casa, os filhos, os doentes, os mais idosos, uma tarefa atribuída historicamente às mulheres, o que se repete até os dias atuais.

Assim, os saberes do cuidado foram atribuídos às mulheres e não é por acaso que são elas que ocupam os cargos e profissões que incorporaram o cuidar como campo de domínio próprio – enfermeiras, educadoras infantis, cuidadoras de idosos, empregadas domésticas, etc. De acordo com Pinheiro (2009, p. 112):

Não é à toa que a prática de cuidar está histórica e culturalmente conectada ao feminino, pois, ao longo dos anos, esta atividade esteve atrelada à trajetória desenvolvida pelas mulheres nas sociedades modernas. Por outro lado, a prática de pesquisar, ou seja, de criar novos conhecimentos, historicamente tem sido concebida como prática masculina.

Os estudos no âmbito da economia feminista explicam a apropriação do trabalho de cuidado por parte das mulheres. A divisão sexual do trabalho pressupõe que “as atividades realizadas por homens e mulheres no mercado de trabalho e no âmbito doméstico são marcadas por diferenciações e desigualdades baseadas no sexo”. Tal desigualdade tem origem em relações sociais de gênero, que, por sua vez, são marcadas por diferenças de poder e dominação entre homens e mulheres – na sociedade patriarcal, as mulheres se encontram em posição de inferioridade e submissão em relação aos homens. É importante ressaltar que essa inferioridade passa por todas as esferas da vida social – doméstica e econômica - e que elas se retroalimentam, contribuindo para a reprodução das relações de dominação de gênero (FREITAS, 2007, p. 9-10).

Assim, historicamente a divisão sexual de trabalho atribuiu às mulheres os trabalhos reprodutivos e aos homens os trabalhos produtivos, conferindo a estes maior valor social. Com isso, tal conceito baseia-se não só na divisão, mas também na hierarquização de papéis. Argumenta-se, portanto, que a dominação dos homens sobre as mulheres passa fundamentalmente pela esfera econômica. No campo da saúde, essa diferenciação é marcante, e pode ser observada no número de trabalhadoras nos serviços de saúde, que, por sua vez, ocupam principalmente os cargos de menor prestígio e maior subordinação, conforme pode

ser observado em diversos estudos sobre trabalho em saúde e gênero (FREITAS, 2007, p. 10-1, 55-6).

Além desses aspectos, ressalta-se o caráter de trabalho não remunerado da atividade do cuidado, conforme destacado em diversos momentos pelas mulheres do Coletivo. Tais atividades “são consideradas no âmbito da economia feminista como ‘economia de cuidado’, que relega este trabalho ao plano da invisibilidade, uma vez que não possui nenhum valor econômico” (ANA, 2008, p. 24).

Dessa forma, percebemos que o grupo atua principalmente como espaço de solidariedade e cooperação entre as mulheres. Ao socializarem o trabalho de cuidado entre elas e com as demais mulheres Sem Terra, socializam também a sobrecarga do trabalho. Inicialmente, passaram a se reunir todos os meses na lua cheia, com a proposta de preparar os remédios à base de plantas medicinais. Aos poucos, foram despertando o cuidado no grupo e, de acordo com Olga, na prática estão tratando uma da outra:

Essa necessidade desse grupo já vem há um bom tempo, porque era muito isolado... Um aqui, um cuidava ali, uns sem saber de algumas coisas, e a gente nem tinha descoberto Roseli... E foi aí que a gente começou, e o grupo começou a juntar... Está dando certo, mas não aquele certo que a gente pode se sentir realizada, porque a gente vê que ainda precisa crescer em muitas coisas. Mas, na prática mesmo, acontecem as nossas reuniões. A gente estava reunindo todo mês na lua cheia... Foi uma data que escolhemos pra estarmos sempre reunidas na lua cheia, e a questão daquela reflexão... Que as mulheres estão mais alvoroçadas com as coisas. Parece que temos mais vontade de fazer as coisas... Cuidamos umas das outras, e também pra provocar os homens, porque nós estamos ali reunidas e dali podem sair coisas, e sai mesmo, e é mais uma conversa da luta das mulheres, também. Esse nosso grupo de saúde, né, de cuidadoras... Estamos aí com esse cuidado, umas com as outras. Esse grupo, tem hora que eu estou em casa e fico imaginando: “- Gente, onde está minha psicóloga fulana? Onde está minha psicóloga cicrana?” Se tornou assim. Começamos falando que iríamos fazer florais, que iríamos fazer chá, que iríamos fazer isso, mas na verdade está sendo uma tratando da outra, até psicologicamente (Olga).

Conforme podemos perceber na fala de Olga, o grupo tem um valor imensurável, e cumpre importante contribuição para o seu psicológico. Através dos cuidados no Coletivo e com outros militantes de saúde do MST, ela aprendeu a se cuidar e a conviver com seus problemas de saúde. Ressalta, com frequência, a melhora da sua saúde, após a entrada no grupo. Nesse sentido, identificamos que esse processo de cooperação em torno do cuidado e auto-organização contribui para a promoção da saúde das integrantes do Coletivo. Há aqui uma dimensão de potência em saúde que precisa ser reconhecida.

O conceito de apoio social, assim como formulado por Victor Valla (1999, p. 10), nos ajuda a compreender o coletivo como espaço de produção de saúde. De acordo com esse

autor, apoio social se define como uma informação, auxílio emocional ou material oferecido por pessoas que se conhecem, e que gera efeitos positivos sobre a saúde de ambos os sujeitos envolvidos.

Gomes e Merhy (2011, p. 14-5) destacam que tais práticas geralmente apresentam como objetivo “contribuir na construção de sujeitos que tenham capacidade de definir os rumos de suas próprias vidas, de ampliar sua autonomia”. Com o apoio social, os sujeitos passam a lidar melhor com as adversidades da vida, cuidam de si e dos outros e promovem melhorias na própria saúde. Nessas práticas, a superação das doenças geralmente está relacionada com as emoções e, nesse sentido, carregam abordagens que privilegiam a totalidade corpo-mente. Além disso, apresentam caráter de reciprocidade.

De acordo com Vaghetti et al (2007, p. 268), a origem do cuidado entre os seres humanos apresenta estreita relação com a formação dos grupos humanos primitivos. Como bandos, os seres humanos desenvolviam suas atividades de forma coletiva, “onde cada integrante podia observar as ações e os movimentos do outro”, o que diminuía os riscos de vulnerabilidade às ações do meio. Conseqüentemente, as necessidades individuais transformaram-se em necessidades coletivas. Assim, na origem da experiência coletiva da humanidade, o cuidado assume importância significativa.

Também o conceito de entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP) nos ajuda a compreender a circulação de valores e as renormalizações a partir da cooperação no trabalho de cuidado. De acordo com Schwartz, ECRP existem em toda organização humana que tenha como finalidade a transformação do seu meio. O termo busca exprimir um agrupamento de pessoas (coletivo) em processos de trabalho, a partir de fronteiras não tão bem delimitadas, no qual circulem informações pertinentes ao desenvolvimento da atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010 p. 154).

A instituição e o sucesso de uma ECRP requerem que se construa uma relação de igualdade e se partilhem projetos comuns entre todos, para que se possa fluir a troca entre seus integrantes e se permita o avanço das ‘micro-criatividades’. Por meio dela, propicia-se a dialética entre o polo dos valores, dos debates, ou polo político, e o polo no qual esses valores se processam por meio da atividade (um nível local). As ECRP oferecem “um lugar de transição entre o político e o trabalho” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 165); “[...] reprocessam valores que estão em jogo, local e globalmente, contribuindo à construção histórica” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010 p. 151).

E assim, esse não é simplesmente um agregador de trabalhadores; eles funcionam juntos, constroem critérios, regras e modelos que são compartilhados (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 78).

A fala abaixo evidencia o coletivo de trabalho como um espaço de se compartilhar regras de cuidado em saúde, construídas ao longo da história do grupo, de auto-confrontação e crescimento do coletivo, que caminha para se atingir os valores de saúde que são compartilhados e gerar a possibilidade da renormalização:

Eu fico pensando assim: primeira coisa, que essas nossas reuniões então já tem alguns avanços, como a melhoria da nossa qualidade de vida, só que muitos de nós continuam usando veneno ainda, ou veneno do remédio, ou veneno nas nossas próprias plantas, né. Então a gente ainda tem isso, ou é na nossa alimentação, a gente ainda se envenena, mas eu acho que a gente está conseguindo, né, ter a nossa qualidade de vida. É bom que a gente ainda se vê um ao outro (Dandara).

Destaca-se, também, que a invisibilidade, a desvalorização do trabalho de cuidados e a não remuneração do trabalho são problemas recorrentes na caminhada do Coletivo. Sentem a desvalorização do trabalho de cuidados dentro da Organização, e afirmam com frequência que a saúde não é percebida como prioridade estratégica, principalmente nas instâncias de direção do Movimento. Nesse sentido, destacamos o desafio de o cuidado deixar de ser uma atitude individual, para se tornar uma prática coletiva no conjunto do MST.

Por outro lado, percebemos que o processo organizativo do MST contribui fortemente para que o trabalho de cuidado ultrapasse a dimensão individual e assuma uma dimensão coletiva (como ECRP). Com isso, a referência de trabalho de cuidado não é só o indivíduo, mas o coletivo. Evidencia-se que esse processo contribui para promover a visibilidade do cuidado e do trabalho das mulheres, bem como maior reconhecimento das ações do Coletivo pelo conjunto da Organização.

Fico percebendo que, às vezes, a gente pensa que o Setor fez pouco, que nós não conseguimos fazer, e às vezes, fica sempre essa sensação de que fizemos menos do que a gente teria condições de fazer. Mas, daí você vai nas regiões, lá no Sul de Minas, o trabalho das mulheres lá, né? “- Oh Rosa, ficou sinal, vocês passaram por aqui e aí se fez, e nós queremos que você volte.” [...] Tem esses sinais que ficam, apesar da gente achar que fez pouco, mas ficam esses sinais e, qualquer dia em que a gente chegar lá, o Setor de Saúde é esse setor que aglutina. Se chegar lá e falar que vai ter uma oficina, com certeza, a gente massifica aquela reunião. É um dos pequenos sinais que a gente deixa. Lá no Juscelino, a gente estava conversando com [integrante do setor de saúde do acampamento], nunca mais esquece, porque nem tanto era o chá de pimenta, mas aquela palavra amiga e companheira que chegou na hora certa pra ela que estava trancada dentro de casa, não queria sair. Então, o chá de pimenta foi pretexto pra a gente conversar. Às vezes, esse sinal é isso, que fica ali, e ela nunca mais vai esquecer (Rosa).

A fala de Rosa evidencia que este é um exercício constante, de renormalização e ressingularização da atividade, afirmando, a cada momento, que o próprio do ser vivo é criar seu meio. E assim, viver é desenhar um meio de vida no trabalho, seja individual, seja de forma coletiva (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 190).

Nesse sentido, o desenvolvimento do Curso de Plantas Medicinais e Terapias Naturais foi essencial para promover a visibilidade do trabalho do Setor de Saúde Regional Vale do Rio Doce no Movimento. Um impacto perceptível, não só na região, mas estadualmente. A partir dele, presenciamos discussões sobre a importância da organização da saúde no MST-MG, bem como a motivação para que os setores de saúde nas outras regiões do estado desenvolvam processos de formação ‘nos moldes’ da experiência do Vale do Rio Doce.

É importante ressaltar ainda que a caminhada do grupo se confunde com o processo auto-organizativo das mulheres da região, conforme apontado na fala de Olga. Recordamos aqui que a formação do grupo apresenta estreita relação com as ações de formação da juventude e das mulheres, desenvolvida em 2010, cujo tema de discussão foi divisão sexual do trabalho. Nas primeiras reuniões do Coletivo Regional de que participei, era perceptível como, em um mesmo espaço, se misturavam a organização da saúde com a organização da geração de renda. É certo que a organização da saúde rendeu mais frutos que a organização econômica, o que é de se esperar, em se tratando de tarefas de homens e de mulheres na sociedade.

Nesse sentido, Olga aponta para a necessidade de um trabalho voltado para a auto-organização e emancipação das mulheres Sem Terra. Segundo ela, o grupo possui o desafio de se aproximar ainda mais das mulheres das áreas, seja para propiciar momentos de escuta e conversa, seja para praticar o cuidado ou contribuir na auto-organização das mulheres perante o enfrentamento da violência sexista.

E assim, finalizamos a nossa análise acerca dos valores inscritos na atividade do cuidado desenvolvida pelas mulheres do Coletivo, ressaltando que, entre estes, encontramos valores de solidariedade, cooperação e emancipação das mulheres. Tais valores se efetivam por meio da auto-organização das mulheres e do trabalho coletivo que, por sua vez, promovem a valorização e visibilidade do trabalho, bem como a ampliação da prática do cuidado para o conjunto das famílias assentadas e acampadas. Com isso, as mulheres do Coletivo nos lembram constantemente que “a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, [...] uma atividade normativa” (CANGUILHEM, 2009, p. 86), como nos conta Clara:

“Ah... Eu acho que está faltando um tiquinho de esforço nosso. É pegar com Deus e chegar lá. Um dia nós seremos livres dessas farmácias...” (Clara).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de desenvolver algumas considerações acerca dos valores inscritos nas atividades pesquisadas e suas possíveis renormalizações, buscamos desenvolver, nesta seção, uma síntese das principais questões que emergiram ao longo de nossa investigação.

Retomaremos aqui os ‘Eixos da Saúde no MST’, construídos pelo Setor de Saúde Regional, os quais nos serviram de guia para estudo das atividades e seus respectivos valores: *“acesso à terra; segurança alimentar; plantas medicinais e medicina natural; bem estar; cuidado; diálogo; construção de novos valores; novas relações; cuidado com o meio ambiente, os recursos naturais; educação e formação; luta contra o agronegócio; e luta pela construção de um projeto popular”*.

Agora que conhecemos os valores subentendidos por trás desse ‘ideal de saúde’ formulado pelo Setor Regional, percebemos que a dimensão normativa da vida orienta o desenvolvimento das práticas de saúde propostas pelo MST. Por trás de cada proposição, instaura-se um confronto de valores e normas que emergem de suas experiências de Sem Terra, perante o qual buscam propor novas normas de saúde para os assentamentos e acampamentos.

Por meio das atividades pesquisadas – agrícola, docente e cuidado – percebemos a afirmação de valores relacionados: à saúde, como resultado de melhores condições de vida e trabalho para o campo; ao direito à saúde; à luta pela reforma agrária e pela transformação da sociedade; à valorização das técnicas e dos saberes populares no âmbito da agroecologia e da saúde; à promoção da autonomia dos sujeitos diante do modelo capitalista de desenvolvimento para o campo, da indústria alimentícia e do complexo médico-industrial; ao cuidado com a vida e com a natureza; e à solidariedade. Com isso, a análise do trabalho, mais uma vez, nos evidenciou “a riqueza infinita da atividade humana” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 64).

A partir de uma perspectiva totalizadora e integralizadora de saúde e promotora de autonomia, em confronto com a perspectiva cartesiana, individualizante, mercantilizante e autoritária da biomedicina, percebemos uma perspectiva de renormalização das normas biomédicas por meio das práticas de saúde do MST do Vale do Rio Doce pesquisadas. Como movimento social, o MST propõe à saúde normas próprias e nos mostra que todo homem quer ser sujeito de suas próprias normas.

Ocorre, portanto, uma participação da normatividade vital (fundada nos valores da própria vida) na normatividade social (construção social da realidade), à medida que se afirma a saúde como instauradora de valores e criação de normas.

Mas, em que medida essas normas próprias dialogam com as normas de saúde tal como propostas pelo MST? Na perspectiva de comparar o “prescrito da atividade” com o “real da atividade”, retomamos aqui os valores e princípios da saúde no MST elaborados pelo Coletivo Nacional de Saúde:

1) Luta pela valorização da vida; 2) Saúde como uma conquista de luta popular; 3) Saúde como direito; 4) Lutar pela consolidação de Políticas Públicas em Saúde; 5) Respeito às diferenças; 6) Fortalecimento das práticas e saberes populares em saúde; 7) Educação permanente em saúde; 8) Socializar os conhecimentos e as informações (MST, 2007, p. 4).

Uma sistematização de experiências de educação em saúde no MST (2005, p. 39) mostrou que estas, de modo geral, passam por: mudanças de hábitos para a perspectiva da promoção e da prevenção por parte das famílias Sem Terra, acompanhadas por uma mudança paradigmática de saúde, de uma perspectiva biomédica para uma perspectiva do cuidado com a vida e com o ambiente; responsabilização comunitária das questões de saúde; incorporação da saúde no contexto da luta, e não como uma temática pontual ou fragmentada; o cuidado com a dimensão humana, carências e necessidades, em uma perspectiva ativa dos sujeitos; o resgate de saberes em saúde na perspectiva da prevenção e das terapias populares; o olhar para as relações interpessoais e familiares como promotoras de saúde; a incorporação da discussão sobre a matriz de produção agrícola, a preservação da biodiversidade e dos recursos naturais, inclusive plantas medicinais; a crítica ao uso de produtos agroquímicos na produção e alopáticos na saúde; a saúde como potencial mobilizador; e, por fim, reconhece que a atuação dos militantes da saúde, no conjunto da luta, contribui para a construção de um novo olhar para a natureza e para a vida.

A saúde no MST incorpora, portanto, a dimensão da solidariedade, a valorização das identidades, culturas e saberes de promoção da vida, negando a perspectiva de saúde privatista e mercantilizada construída pelo complexo médico-hospitalar-farmacêutico, a exploração do povo e da terra (MST, 2005, p. 5). E assim, passa por uma concepção mais ampla de saúde, por acreditar que a saúde não pode ser ofertada por valores de mercado, além de uma estreita relação entre a saúde e a reforma agrária, e vice-versa.

Saúde é cuidado com a natureza, a família, a criança, os mais velhos, a comunidade e a relação com os outros e com nós mesmos. É o respeito à nossa casa, nossas comunidades, à natureza, nossa história, luta, desejos e sonhos. Saúde é a condição de vida com plenitude de direitos, deveres e valores que cultivam o cuidado com a vida e com a humanidade, em condições técnicas, sociais e econômicas adequadas ao desenvolvimento com igualdade e equidade, respeitando a diversidade de culturas, hábitos, tecnologias e conhecimentos tradicionais para o desenvolvimento em equilíbrio com e na natureza de forma sustentável.

Essa é a prática e a crença em saúde do Movimento Sem Terra. Por isso saúde para nós se liga à Reforma Agrária e a qualquer outra luta social que vise conquistar e promover melhores condições de vida para as pessoas (MST, 2005, p. 5).

Dessa forma, uma das principais constatações que emergem desta pesquisa, diz respeito ao fato de que foi possível identificar a *perspectiva de Saúde do MST* nas atividades pesquisadas. Embora singulares, tais atividades, em alguma medida, incorporam o projeto/herança de saúde do MST.

A partir do momento em que os integrantes desta pesquisa passaram a perceber o meio como problema, buscaram construir novas normas para si ou para as demais famílias do MST. Renormalizações que encontraram terreno fértil nas relações sociais dentro do assentamento, acampamento, escola ou coletivos e na disponibilização de saberes para esses sujeitos. Nesse sentido, os valores, as técnicas e os saberes se inserem na relação entre o homem e o meio, e, por meio da atividade do trabalho, propiciam ao homem transformar o meio em função de si.

Obviamente, tais valores se inscrevem nas atividades de formas diferenciadas, variam segundo as normas antecedentes, os sujeitos, o contexto e a própria atividade. Mas, para a Ergologia, atividade é, sempre, de alguma forma, aplicar um protocolo, embora de maneira singular. “Isso é a história em construção!” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 70). Reconhecer que, por um lado, há sempre uma dimensão da norma antecedente e, por outro, há sempre uma dimensão das experiências singulares que renormalizam e recriam as normas.

Concordamos com Schwartz em suas afirmações sobre a importância das normas prescritas como *herança* ou *projeto*, pois não se trata simplesmente de negar as normas antecedentes como se a atividade houvesse que ser recriada a todo o momento. “O prescrito diz também da história-criação dos trabalhadores, de seus modos de lidar com os meios e processos de produção” (BARROS, 2007, p. 121). Em se tratando de um movimento social que busca construir normas próprias, é importante sempre considerar o seu processo histórico.

Nesse sentido, o prescrito pertence ao patrimônio da humanidade e, como tal, deve ser reconhecido. Por outro lado, se não fizermos nada mais do que seguir uma tradição, anularemos as ‘dramáticas do uso de si’ no trabalho. E os sujeitos desta pesquisa nos mostraram que, embora os valores da saúde do MST orientem o desenvolvimento de suas práticas, no micro da atividade, eles fazem uso de si, de seus valores e saberes.

Percebemos, portanto, que as relações entre sujeitos e Movimento na renormalização da atividade são suficientemente dialéticas ao ponto de afirmarmos que este apresenta grande influência na construção dos saberes e valores por parte desses sujeitos, e eles, por sua vez, também trazem saberes e valores que são compartilhados com o Movimento, no setor, na instância de coordenação, nos núcleos de base, no dia a dia, nas relações de convivência, na solidariedade, na luta, entre outros espaços.

Além disso, evidenciamos que concepções de saúde e educação atravessam constantemente a questão dos valores. Encontramos, na Cartilha “Relato de Experiências em Saúde do MST”, uma afirmação que compartilha esta análise, ao afirmar que, para o MST, a saúde passa por adotar uma nova postura em relação à saúde, coerente com os princípios da saúde como direito e seu conceito ampliado, e da educação em uma perspectiva emancipadora (MST, 2005, p. 7).

Percebemos, também, que a busca da renormalização passa por uma postura crítica paradigmática. No âmbito das atividades pesquisadas, não existe apenas uma racionalidade, mas várias racionalizações, bem como não existe uma norma, mas várias normas (CANGUILHEM, 2001, p. 113). Atravessam as atividades pesquisadas racionalidades que propõem uma concepção de ser humano integral, uma visão ampliada de saúde, a partir das condições de vida e trabalho, e uma visão de totalidade homem-natureza, para citar os aspectos mais significativos.

Uma crítica não só à biomedicina, mas também ao agronegócio e ao monopólio industrial no setor alimentício. Um confronto paradigmático que passa por concepções de saúde, agricultura, relação homem/natureza, educação e ser humano. Nestas, evidencia-se uma interface com as relações sociais de produção, a partir de uma crítica ao modelo de desenvolvimento científico e econômico e à racionalidade moderna. Mais do que uma crítica às normas biomédicas, tais valores se relacionam com os horizontes sociais mais amplos, tais como propostos pelo MST.

E assim, há escolhas da natureza dos valores a serem desenvolvidas durante a atividade docente, agrícola ou de cuidado, e que dizem respeito a um projeto de saúde para as famílias que vivem e trabalham no campo. Tais escolhas não passam apenas pela racionalização científica do trabalho. Há sempre uma dimensão do ser presente nessas escolhas.

Os sujeitos pesquisados nos mostram, portanto, que resistem à racionalização científicista na saúde, e criam novos saberes e valores. Reforçam a perspectiva de que a saúde, enquanto prática social, não pode ser simplificada à sua dimensão científica. A

medicina se vale da ciência para desenvolver a terapêutica, mas a ciência por si só não responde à complexidade do processo saúde-doença-cuidado. Não há só uma dimensão objetiva na medicina.

Nesse sentido, o MST reconhece que os militantes da saúde são “educadores/as e organizadores/as de uma nova ordem, consciência e prática em relação à saúde” (MST, 2005, p. 8).

Percebemos, contudo, que a capacidade de renormalização da atividade se mostra mais potente à medida que atinge os coletivos. E faz isso por meio das “movimentações” próprias das instâncias, coletivos, grupos, em uma perspectiva orgânica. Concluímos, assim, que a renormalização das normas de saúde no MST passa pela organização política dos assentamentos e acampamentos de reforma agrária, na maioria das vezes, pela própria via organizativa do MST.

Em 2007, organizou-se um encontro de planejamento do Setor Nacional de Saúde do MST, no qual foram definidos três objetivos da saúde para o Movimento:

Lutar contra o modelo de saúde capitalista expresso no complexo médico-industrial-farmacêutico e no agronegócio, e ressignificar 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 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).

Destes, destacamos especialmente o referente a “garantir a participação orgânica e política dos/as militantes em todos os espaços coletivos, baseados nos princípios do MST” como forma de proporcionar o cumprimento dos outros dois objetivos, discutidos nesta investigação.

Por outro lado, os resultados desta pesquisa nos permitem afirmar que as práticas de saúde investigadas contemplam certa dialética do individual e do coletivo, assim como proposto pela educação popular em saúde. Essa dialética se evidencia na organização dos resultados, ao propormos duas discussões centrais – sobre a relação entre a saúde e a reforma agrária e a dimensão do cuidado - como dimensões inscritas nas práticas de saúde. As atividades pesquisadas mostraram-se, portanto, com foco nos indivíduos e nas coletividades do Movimento.

Tais atividades trazem contribuições no campo da promoção, da educação em saúde e do cuidado. Em todas elas percebemos a construções de novos valores, mas reconhecemos a

atividade do cuidado como a de maior expressão no âmbito da saúde na região do Vale do Rio Doce.

Os valores que circulam no cuidado, nos mostram que a conquista da saúde como direito não se resume à luta por assistência, mas implica em propor valores próprios e mostrar novas formas de fazer em saúde. Tais valores nos mostram que a luta por assistência em saúde passa, inclusive, por questionar a própria assistência. Compreendemos que este é um aspecto que diferencia a luta por saúde do MST e guarda muitas semelhanças com a luta pela educação do campo.

A nosso ver, é no âmbito do cuidado que emergem as contribuições mais relevantes para a *perspectiva de Saúde do MST*, seu projeto/herança, e até mesmo para a Saúde Coletiva.

No entanto, se os sujeitos investigados nos mostram que o MST constrói novas normas e valores no âmbito da saúde, ainda são muitos os desafios para que a saúde como direito se efetive nos assentamentos e acampamentos da região do Vale do Rio Doce. Esses desafios se expressam, principalmente, nas dificuldades ao desenvolvimento da produção agrícola, ao desenvolvimento de melhores condições de vida e no acesso aos serviços de saúde. Tais desafios não são exclusivos do MST na região do Vale do rio Doce, mas também foram percebidos nos demais estudos sobre as práticas de saúde no MST, citados ao longo desta dissertação.

Assim, destacamos a dialética sociedade x Estado nas práticas de saúde investigadas, e levantamos a necessidade de o Setor de Saúde do Vale do Rio Doce voltar a sua atenção para as lutas por políticas públicas de saúde, por ampliação do acesso, por saneamento ecológico e pelo desenvolvimento da produção e desenvolvimento dos assentamentos, para citar alguns dos desafios no âmbito das políticas públicas. Esse é um grande desafio para que a responsabilidade pela saúde não recaia sobre as próprias famílias Sem Terra.

Essa afirmação decorre da riqueza de experiências que se efetivam nos assentamentos e acampamentos, principalmente no âmbito do cuidado, mas que não se articulam com os serviços de saúde no sentido de provocar transformações na assistência. Aqui apontamos para outro grande desafio que emerge das atividades pesquisadas, que consiste na incorporação das especificidades dos modos de fazer saúde desses sujeitos nas políticas públicas de saúde. Por outro lado, os resultados desta pesquisa corroboram com a perspectiva do MST de que a condição para a garantia do direito à saúde dos povos do campo perpassa por políticas intersetoriais e não deve se restringir ao âmbito da assistência em saúde.

Nossa pesquisa reforça a importância de se propor estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e da Floresta, uma vez que tal

proposta congrega estas e outras reflexões sobre a saúde do campo. Reforça, também, a importância de se criar estratégias de efetivação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, uma vez que tais práticas, mais uma vez, se mostraram resolutivas, seguras e de grande aceitação por parte dos sujeitos envolvidos nesta pesquisa.

Por fim, gostaríamos de destacar que não se trata de acreditar que o caminho percorrido pelo Setor Nacional de Saúde deva ser o caminho percorrido pelos setores de saúde nos estados e regiões. Mas, reconhecemos que existem alguns aspectos que merecem ser desenvolvidos no setor de saúde do MST-VRD, nos quais o setor nacional de saúde apresenta relevante experiência – referem-se, principalmente, às ações de saúde ambiental e à luta pelas políticas públicas de saúde.

Dadas as contribuições das normas antecedentes à renormalização das normas biomédicas, ressaltamos a importância de o MST continuar sistematizando experiências e elaborando referências que sirvam como orientadoras das práticas de saúde, no sentido normativo da atividade. O próprio Coletivo Nacional de Saúde (MST, 2005) ressalta o desafio de sistematização dos métodos e resultados dos trabalhos desenvolvidos ao longo desses anos, para que as inúmeras experiências de saúde, que ocorrem nos assentamentos e acampamentos, se integrem à *Saúde tal como proposta pelo MST*.

Assim, finalizamos esta dissertação, salientando que não tivemos a pretensão de esgotar a discussão sobre as questões sobre as quais nos propusemos refletir. Ao longo desse processo, percebemos inúmeras outras formas de abordar essas questões, outras formas de olhar e outras contribuições teóricas. Não as ignoramos, apenas buscamos manter o foco da discussão.

Por outro lado, além do que conseguimos expor até aqui, inúmeras outras perguntas se colocaram diante de nós. Perguntamo-nos como se efetua as renormalizações no âmbito de cada atividade pesquisada e quais as relações que se desenvolvem entre o polo atividade e o polo Movimento. Quais as relações que se estabelecem entre o setor de saúde e a organicidade geral do Movimento - para as quais poderíamos usar as contribuições da Ergologia sobre as entidades coletivas relativamente pertinentes. Perguntamo-nos, também, sobre os processos de produção, mobilização e apreensão dos saberes que se inscrevem nas atividades pesquisadas e sobre os processos de formação humana e os sentidos que permeiam a atividade do trabalho.

Dessa forma, essas reflexões aqui expostas não têm o sentido de encerrar uma caminhada, mas de abrir novas perspectivas e caminhos a serem percorridos. Além das perguntas expostas, temos um volume de ‘dados’ e reflexões produzidos pelo trabalho de

campo que não se esgotaram nesta análise, e, em relação aos quais, pretendemos continuar o processo de elaboração teórica. Acreditamos que as pesquisas sobre as práticas de saúde no MST apresentam, ainda, muitas facetas a serem exploradas, e podem trazer novas contribuições teóricas sobre a saúde do campo, os movimentos sociais, suas experiências e processos formativos.

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 1999. p. 129-146.
- ARANHA, Antônia Vitória Soares. Currículo, Saberes e Trabalho. In: VI **Simpósio Internacional sobre Trabalho e Educação: desafios e tendências da formação profissional, em defesa do público**. Belo Horizonte: NETE-FAE-UFMG, 2011. v. 01. p. 1-12.
- _____. O conhecimento tácito e a qualificação do trabalhador. **Trabalho e Educação**. Belo Horizonte, n. 2, p. 12-29, ago/dez, 1997.
- _____; DIAS, Deise de Souza. Trabalho como princípio educativo na sociabilidade do capital. In: MENEZES NETO, Antônio. Júlio...(Org.); **Trabalho, política e formação humana: interlocuções com Marx e Gramsci**. São Paulo: Xamã, 2009. p. 115-127.
- ARROYO, Miguel González. Trabalho – educação e teoria pedagógica. In: FRIGOTTO, Gaudêncio (org.). **Educação e crise do trabalho: perspectiva de final de século**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 138-165.
- ARTICULAÇÃO NACIONAL DE AGROECOLOGIA – ANA. Grupo de Trabalho Mulheres da Articulação Nacional de Agroecologia. **Caderno do II Encontro Nacional de Agroecologia: Mulheres construindo a Agroecologia**. Rio de Janeiro, 2008. p. 24-46.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. Grupo Inter GTs de Diálogos e Convergências. **Dossiê ABRASCO – Um alerta sobre os impactos dos Agrotóxicos na Saúde**. Rio de Janeiro: 2012.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic, Saúde. Educ**, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev/2004.
- BARCELLOS, Sérgio B. **A Formação do Discurso da Agroecologia no MST**. 2010. 139 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Instituto de Ciências Humanas e Sociais (ICHS/DDAS) -- Programa de Pós- Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade (CPDA), Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Soropédica, Rio de Janeiro, 2010.
- BARROS, José Augusto. **Pensado o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?** Saúde e Sociedade, v. 11 n° 1, p. 67-84, jan-jul. 2002.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Seria possível uma prática do cuidado não reflexiva? O cuidado como atividade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (org). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 113-126.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A. F. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007a. p. 51-86.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, A. F. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007b. p. 25-49.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 27-96

BRASIL, Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986 (Relatório Final).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre os aspectos ético-legais de pesquisa em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BURIGO, André Campos. **Politecnicia e Pedagogia do MST** - a construção coletiva de um currículo de Saúde Ambiental para a população do campo. 2010, 156 f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Programa de Pós-Graduação de Educação Profissional em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-42.

_____; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSYS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1), p.77-93, 2007.

CALDART, Roseli Salete. Educação do Campo: Notas para uma Análise de Percurso. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n. 1, p. 35-64, mar/jun. 2009.

_____. **Pedagogia do Movimento Sem Terra**. 3 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2004. p. 79-92.

_____; CERIOLI, Paulo Ricardo. Instituto de Educação Josué de Castro: características gerais da organização escolar e do método pedagógico. In: ITERRA. **O Instituto de Educação Josué de Castro e a Educação Profissional**. Cadernos Iterra, ano VII, nº13, setembro de 2007. p. 11-41.

CERIOLI, Paulo Ricardo; CALDART, Roseli Salete. Como fazemos a Escola de Educação Fundamental? In: Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa na Reforma Agrária - ITERRA. **Dossiê MST Escola: Documentos e Estudos 1990-2001**. Caderno de Educação nº 13. Edição Especial. 2005. p. 199-231.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. Meio e normas do homem no trabalho. **Pro-posições**, v. 12, n. 2-3, (35-36), jul-nov, 2001.

CAPORAL, Francisco Roberto & COSTABEBER, José Antônio. **Agroecologia: enfoque científico e estratégico**. EMATER/RS. Porto Alegre. 2002.

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

_____; BURIGO, André Campos; DIAS, Alexandre Pessoa. Saúde no Campo. In: CALDART, Roseli Salete; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO, Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio. **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012. p. 696 - 699.

_____; ALMEIDA, Vicente Eduardo Soares. O Brasil é o país que mais usa agrotóxicos no mundo. Instituto Técnico de Estudos Agrários e Cooperativismo - ITAC. **Revista Saúde do Campo: por uma saúde que se planta**. Ano 1, nº 1, Jun. 2010. p. 24-25.

CIMBLERIS, Ana. **Utilização de plantas medicinais no assentamento Ho Chi Minh (MG), do MST: pesquisa-ação 2007**. 180 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

COELHO, France Maria Gontijo; CASALI, Vicente Wagner Dias; FREITAS, Helder Ribeiro; CUPERTINO, Maria do Carmo; FIGUEIRA, Maíra Lima e NOBRE, Patrícia Mendes. **Ambiente, homeopatia e metodologias participativas**. Disponível em: <http://anppas.org.br/encontro_anual/encontro1/gt/sustentabilidade_risco/COELHO%20Franc%20Maria%20Gontijo.pdf>. Acessado em 24 abr. 2012.

_____; CASTRO, Teresa Gontijo de; CAMPOS, Flávia Milagre; CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa; PRIORE, Sílvia Eloiza; FRANCESCHINI, Sílvia do Carmo Castro; **Educação para promoção da saúde infantil: relato de experiência em um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce (MG)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), p. 739-747, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL - CONSEA. **Declaração da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Olinda, Pernambuco, 2004.

_____. **Declaração da IV Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Salvador, Bahia, 2011.

CUNHA, Daisy Moreira. **Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho**. In: Anais da 30ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. 2007 Out 08-11, Caxambu. Rio de Janeiro (RJ): ANPED; 2007 a. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT09-3586--Int.pdf>>. Acesso em 15 mar 2012.

_____. (Org). **Trabalho: minas de saberes e valores**. 1º edição, Belo Horizonte: NETE/FAE/UFMG, 2007b.

DALMAGRO, Sandra Luciana. **Educação do Campo: espaço de esperança em um campo em transição**. Mimeo.

DELLAZERI, Dirlete. **Saúde significa realizar Reforma Agrária**. [20 julho 2006]. Entrevista concedida à página do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Disponível em <http://www.mst.org.br/node/2592>. Acesso em: jul. 2011

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e Sociedade**. DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. 2 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. p. 13-28.

ECHTERNACHT, Eliza. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: Elementos para reflexão a partir da abordagem ergológica. **Revista Laboreal**, v. IV, n. 1, p 46-55, 2008.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FERNANDES, Bernardo Mançano. **A formação do MST no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p. 95-198.

FRANÇA LIMA, Júlio César. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, Angelina Ferreira (org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 57-96.

FREITAS, Taís Viudes. O Cenário atual da Divisão Sexual do Trabalho. In: Sempre Viva Organização Feminista - SOF. **Trabalho, corpo e vida das mulheres**: crítica à sociedade de mercado. Maria Lúcia Silveira e Taís Viudes de Freitas (org). São Paulo: SOF, 2007. 96 p.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A polissemia da categoria trabalho e a batalha das ideias na sociedade de classe. **Revista Brasileira de Educação**. V. 14 n. 40 jan./abr. p. 168-194, 2009.

GADELHA, Edmar; WEITZMAN, Rodica. A Segurança Alimentar e Nutricional no Contexto dos Movimentos Sociais. In: WEITZMAN, R. (Coord.). **Educação Popular em Segurança Alimentar e Nutricional**: uma Metodologia de Formação com Enfoque de Gênero. Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas, Belo Horizonte, 2008. p.168-191.

GAIA, Marília Carta de Mello. **Saúde como prática da liberdade**: as práticas de famílias em um acampamento do MST e o desenvolvimento de estratégias de educação popular em saúde Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências). Centro de Pesquisa René Rachou – Fiocruz: Belo Horizonte, 2005.

_____. **Agroecologia**: a resistência do camponês e da camponesa Sem Terra. 2008, 80 f. Monografia (Especialização em Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável) – Centro Federal de Educação Tecnológica de Rio Pomba, Rio Pomba - MG. 2008.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George; (org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 64-89.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, Editora, 2005. p. 7-41.

GOMES, Luciano Bezerra; MEHRY, Emerson Elias. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan, 2011.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva; revisão técnica: Fernando Luis González Rey. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2005. 188p.

HENNINGTON, Élida Azevedo; CUNHA, Daisy Moreira; FISCHER, Maria Clara Bueno. Trabalho, educação, saúde e outros possíveis: diálogos na perspectiva ergológica. Apresentação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro: v. 9, supl 1, p 5-18, 2011.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989. p. 10-142.

LONDRES, Flávia. **Agrotóxicos no Brasil**: um guia para ação em defesa da vida. Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa (AS-PTA). Rio de Janeiro: 2011. 190 p.

LOUZADA, Ana Paula Figueiredo; BONALDI, Cristiana; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. 2007. p. 36-52.

LUZ, Cláudia. Agroecologia e Agricultura Familiar numa perspectiva de gênero. In: **Gênero, Agroecologia e Segurança Alimentar**: Interfaces temáticas nas práticas das organizações sociais. Grupo de Trabalho em Gênero e Agroecologia. Belo Horizonte: Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas, Rede Economia e Feminismo. SOF. 2005. p. 20-21.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. 3. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. p. 201-224

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e Doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor (org.) **Saúde, Trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 31-39.

MIRANDA, A.C., ET AL. Neoliberalismo, uso de agrotóxicos e a crise da soberania alimentar no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**. v. 12, n. 1, p. 7-14, 2007.

MORISSAWA, Mitsue. **A História da luta pela terra e o MST**. São Paulo: Expressão Popular, 2001, p. 123-204, il.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA LIMA, Júlio César (org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 153-162.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA – MST. Coletivo Nacional de Saúde. **Lutar por saúde é lutar por vida**. Caderno de Saúde n.1. 1999, 16p.

_____. _____. **Construindo o Conceito de Saúde do MST** Caderno de Saúde n.5. 2000, 55p.

_____. _____. **Relatos de experiências em saúde**. Brasília. 2005.

_____. _____. **Boletim Informativo**. Dezembro, 2007.

_____. _____. **Saúde em Movimento**. Janeiro, 2009.

_____. Secretaria Nacional. **MST: Lutas e Conquistas**. São Paulo. 2010. 2 ed.

NETTO, Gruiherme Franco; ALONZO, Herling Gregório Aguilar. Notas sobre a Governança da Saúde Ambiental no Brasil. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. GT Saúde e Ambiente. **Caderno de Texto I Conferência Nacional de Saúde Ambiental**. 2009. p. 16-19.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**. v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

_____. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface** – Comunic, Saúde, Educ, n. 3, p. 107-116, agosto, 1998.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(4), p. 492-499, 2008.

PALUDO, Conceição. **Da Raiz/Herança da Educação Popular à Pedagogia do Movimento e a Educação no e do Campo**: um olhar para a trajetória da Educação no MST. Trabalho encomendado pelo GT06 – para a 29ª Reunião anual da ANPED, 2006.

PEREIRA, Carlos Olavo da Cunha. **Nas terras do rio sem dono**. Belo Horizonte: Veja, 1980, 184p.

PEREIRA, Isabel Brasil. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Razões públicas para o cuidado em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro. IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 144-164

PEREIRA, Rosângela. **Entrevista com Rosângela Pereira do Coletivo Nacional de Saúde**. [Janeiro 2009]. Entrevista concedida ao Saúde em Movimento. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST. Coletivo Nacional de Saúde. Brasília. 2009.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA LIMA, Júlio César (org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 110-114.

PINHEIRO, Tarcísio Marcio Magalhães, SILVA, Jandira Maciel da; CARNEIRO, Fernando Ferreira; FARIA, Horácio Pereira de; SILVA, Eliane Novato. **Saúde no Campo**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. GT Saúde e Ambiente. Caderno de Texto I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, 2009.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20**: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 29-38.

PIRES, Marília Freitas de Campos. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v. 1, n.1, p. 83-92, ago 1997

RIBEIRO, Simone; FERREIRA, Ana Paula; NORONHA, Suely. Educação do campo e Agroecologia. In: PETERSON, Paulo; DIAS, Ailton (org.) **Construção do Conhecimento Agroecológico**. Caderno do II Encontro Nacional de Agroecologia. Articulação Nacional de Agroecologia. 2007. p. 257-267.

RICARDO, Letícia Mendes. **O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro**: uma contribuição para o SUS. 2011. 192 f., il., mapas. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Ciências. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

ROCHA, André Carlos. **Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime**. [outubro 2010] Entrevistadora: Joana Tavares. Entrevista concedida ao Jornal Sem Terra. Nº 307. Disponível em <http://www.mst.org.br/jornal/307/entrevista>. Acesso em: jul. 2011

RÜCKERT, Bianca. **Uma análise das concepções e práticas de saúde em um assentamento do MST**. 2008, 53 f. Monografia (Especialização em Movimentos Sociais, Organizações Populares e Democracia Participativa) – Projeto Democracia Participativa. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

SANTOS, Júlio César Borges dos. **O movimento dos trabalhadores rurais sem-terra e as relações entre saúde, trabalho e ambiente em um assentamento rural no estado do Rio de Janeiro**. 2011. 143 f. il. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

SAVIANI, Demerval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**. vol. 12, no. 34. p. 152-165, 2007.

SCHWARTZ, Yves. DURRIVE, Louis (Org.). **Trabalho e Ergologia**: Conversas Sobre a Atividade Humana. Coord. da tradução e revisão técnica: Jussara Brito e Milton Athayde, 2ª edição, Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2010. 318p.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e saber. In: **Trabalho e Educação**. Belo Horizonte: NETE. vol. 12, nº 1, jan/jul, p. 20-35, 2003.

_____. Trabalho e valor. **Tempo Social**. Revista de Sociologia. USP, São Paulo, p. 147-158, outubro de 1996.

SCOPINHO, Rosemeire Aparecida. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, supl.1, p.1575-1584, jun 2010.

SILVA, Elizabeth Gomes da. **Construindo uma Escola do Campo**: Um estudo sobre o significado da Escola do MST para as famílias da comunidade Tabocal. 2010, 48 f.

Monografia (Licenciatura em Educação do Campo) – Licenciatura em Educação do Campo. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SOARES, Diego. O “Sonho de Rose”: políticas de saúde pública em assentamentos rurais. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 57-73, set-dez, 2006.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena David Scherlowski Leal; WONG UM, Júlio Alberto. Educação Popular e Saúde – Trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, v. 8, n.1, p. 49-60, jan/jun, 2005.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 46-57.

VAGHETTI, Helena Heidtmann; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; CARRARO, Telma Elisa; PIRES, Denise Elvira Pires de; SANTOS, Viviane Euzévia P. Grupos Sociais e o Cuidado na Trajetória Humana. **R Enferm UERJ**, vol 15 n°2, p. 267-75, abr/jun 2007.

VALLA, Victor Vicente. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15 (Sup. 2): 7-14, 1999.

VENDRAMINI, Célia Regina. Educação e Trabalho: Reflexões em torno dos movimentos sociais do campo. In: **Caderno CEDES**, Campinas, vol. 27, p. 121-135, maio/ago, 2007.

VERAS, Melissa Michelotti. **Agroecologia em assentamentos do MST no Rio Grande do Sul**: entre as virtudes do discurso e os desafios da prática / Melissa Michelotti Veras – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Agrárias, Florianópolis, 2005.

VIANNA, Heraldo. **Pesquisa em educação** – a observação. Brasília: Editora Plano, 2003. p.9-70.

WEITZMAN, Rodica. (Coord.). **Educação Popular em Segurança Alimentar e Nutricional**: uma Metodologia de Formação com Enfoque de Gênero. Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas, Belo Horizonte, 2008. 232 p.

YIN, Robert. **Estudo de caso**. 3 ed. Porto Alegre: Bookmam, 2005. p.19-46.

APÊNDICES

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: “Saberes e valores nas práticas de saúde de trabalhadores Sem Terra: reflexões sobre a educação popular pelos movimentos sociais do campo”

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Antônia Vitória Soares Aranha.

Pesquisadora corresponsável: Bianca Rückert.

1. Esta seção fornece informações acerca do estudo que você está sendo convidada/o a participar:

Você está sendo convidada/o a participar de uma pesquisa que tem como objetivo investigar que ações coletivas de saúde vêm sendo desenvolvidas nos assentamentos e acampamentos do Movimento Sem Terra (MST) na Região do Vale do Rio Doce, quais suas finalidades e como essas ações são produzidas.

Os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para compreender o papel educativo do MST no desenvolvimento dessas ações de saúde, buscando-se perceber as potencialidades e limites ao desenvolvimento desse papel educativo.

Se você concordar em participar deste estudo, os seguintes procedimentos poderão ser utilizados para construção de dados: grupo focal, observação participante e entrevista. Os grupos focais serão gravados em áudio (Nível 1 de participação na pesquisa). A observação participante será realizada através de registros escritos (Nível 2 de participação na pesquisa), ou fotografias (Nível 3 de participação na pesquisa). E a entrevista será gravada em áudio (Nível 4 de participação na pesquisa). Apenas as pesquisadoras terão acesso a estes registros.

Em caso de dúvida, a coordenação Regional do MST no Vale do Rio Doce poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis através dos telefones e endereços eletrônicos fornecidos neste termo. Informações adicionais podem ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais pelo telefone (31) 3409 4592 ou pelo endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II – 2º andar, sala 2005 – Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Cep: 31270 901.

Você não terá nenhuma despesa ao participar deste estudo, qualquer necessidade de deslocamento ou alimentação por causa dessa pesquisa serão custeados pelas pesquisadoras.

2. Esta seção descreve os direitos dos/as participantes desta pesquisa:

A sua participação é voluntária. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, bem como para se recusar a responder qualquer questão específica.

Qualquer pergunta acerca da pesquisa e seus procedimentos poderá ser feita às pesquisadoras responsáveis em qualquer momento da pesquisa e tais questões serão respondidas.

A sua participação é confidencial. Apenas as pesquisadoras responsáveis terão acesso à identidade da participante. No caso de haver publicações ou apresentações relacionadas à pesquisa, nenhuma informação que permita sua identificação será revelada.

Os dados coletados (transcrições de entrevistas, registros de observação, gravações em áudio e fotografias) serão guardados em local seguro. Após cinco anos, esse material será destruído, preservando-se apenas a dissertação de mestrado como registro.

Os riscos da influência negativa desta pesquisa nos assentamentos e acampamentos do MST são mínimos. Entretanto, caso haja relatos da influência negativa dos procedimentos de coleta de dados, a pesquisa será imediatamente interrompida.

3. Esta seção indica que você está dando seu consentimento para participar da pesquisa

Participante:

A pesquisadora Bianca Rückert, aluna do curso de mestrado em “Educação: Conhecimento e Inclusão Social”, da Faculdade de Educação (FaE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e sua orientadora, Professora Dra. Antônia Vitória Soares Aranha (FaE-UFMG), solicitam sua participação neste estudo intitulado “Saberes e valores nas práticas de saúde de trabalhadores Sem Terra: reflexões sobre a educação popular pelos movimentos sociais do campo”

Eu concordo em participar desta investigação nos níveis indicados a seguir:

- _____ Nível 1 – Registro em áudio de grupo focal
 _____ Nível 2 – Registro escrito de observação das práticas de saúde.
 _____ Nível 3 – Registro fotográfico das práticas de saúde
 _____ Nível 4 – Registro em áudio de entrevista.

Li e compreendi as informações fornecidas e recebi respostas para as questões que coloquei acerca dos procedimentos de pesquisa. Entendi e concordo com as condições do estudo, como descritas. Entendo que receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Eu, voluntariamente, aceito em participar desta pesquisa. Portanto, concordo com tudo que está escrito acima e dou meu consentimento.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura: _____.

Pesquisadoras:

Eu garanto que este procedimento de consentimento foi seguido e que respondi, da melhor maneira possível, as questões que o/a participante formulou.

_____, _____ de _____ de 2011.

 Prof. Dra. Antônia Vitória Soares Aranha
 Pesquisadora Responsável

 Bianca Rückert
 Pesquisadora corresponsável

APENDICE B – Termo de Anuência

Faculdade de Educação da UFMG
 Av. Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha
 31270-910 – Belo Horizonte-MG
 Tel.: 31 3409-5346 / Fax: 31 3409-5311
 dir@fae.ufmg.br / www.fae.ufmg.br

TERMO DE ANUÊNCIA

À
 Direção Estadual do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – Minas Gerais

Eu, Bianca Rückert, sou aluna do curso de mestrado em “Educação: Conhecimento e Inclusão Social”, da Faculdade de Educação (FAE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob orientação da Professora Dra. Antônia Vitória Soares Aranha. A pesquisa que pretendemos desenvolver tem como título “Saberes e valores nas práticas de saúde de trabalhadores Sem Terra: reflexões sobre a educação popular pelos movimentos sociais do campo”

O objetivo geral da pesquisa é identificar, compreender e analisar a produção de saberes e os sentidos das práticas coletivas de saúde desenvolvidas por trabalhadores rurais pertencentes a assentamentos e acampamentos do Movimento Sem Terra na Região do Vale do Rio Doce.

Os resultados dessa pesquisa poderão trazer contribuições acerca do potencial educativo dos movimentos sociais do campo na construção, mobilização e apreensão de saberes em saúde, e construção de sentidos e valores, bem como possibilidades e limites ao desenvolvimento da educação popular em saúde por esses movimentos.

Em respeito ao que determina o item IV, da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, estamos apresentando este Termo de Autorização, para que possamos realizar a pesquisa no contexto do Movimento Sem Terra, na região do Vale do Rio Doce – Minas Gerais.

Os trabalhadores/as que concordarem em participar como voluntários nesse estudo poderão passar por grupos focais, ter observadas e analisadas as suas participações nas práticas coletivas de saúde em seus respectivos acampamentos e assentamentos e serão entrevistados.

Esclarecemos que o projeto de pesquisa encontra-se em fase de apreciação pelo COEP – Conselho de Ética em Pesquisa, já tendo sido aprovado pelo Colegiado de Pós-Graduação da FaE.

Na expectativa de contar com sua autorização, agradecemos antecipadamente.

_____, _____ de _____ de 2011.

 Bianca Rückert - Mestranda

 Prof. Dra. Antônia Vitória Soares Aranha

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semi-estruturada

Perfil do entrevistado

Data de Nascimento, sexo e idade

Naturalidade e origem rural/urbana

Escolaridade

Situação conjugal

Ocupação profissional

Participação no MST: quanto tempo, instâncias que já participou

- 1) Me fale do seu trabalho com...
- 2) Na sua opinião, como ele contribui para a saúde das pessoas do MST?
- 3) Como começou? Você poderia fazer uma breve narrativa do seu trabalho com... até aqui?
- 4) Quem geralmente lhe procura pedindo ajuda? Por qual motivo?
- 5) Quais os principais resultados alcançados através desse trabalho?
- 6) O que te motivou a trabalhar e a aprender sobre...?
- 7) Que práticas, técnicas e recursos você usa no dia-a-dia?
- 8) Como você aprendeu? Relate momentos mais marcantes de aprendizado dessa prática.
- 9) Você já passou esse conhecimento para alguém? Em que situações?
- 10) Você já participou de algum curso pelo MST sobre..? E fora? Como ele contribuiu para a sua formação em...
- 11) Essa prática é ou já foi discutida em alguma instância do MST em que você já participou? Como foi?
- 12) Que sentimentos são despertados em você quando está mexendo com....
- 13) Quais as principais dificuldades? Dê exemplos
- 14) Há algo mais que você gostaria de me dizer?

ANEXOS

ANEXO A – Fotos**Figura 6 - Vista do Vale do Rio Doce do Assentamento 1° de Junho, Tumiritinga**

(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 7 - Horta Agroecológica de Haydée no Assentamento 1° de Junho

(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 8 - Nascente recuperada no lote de Francisco, Assentamento 1° de Junho



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 9 - Feira de Ciência na Escola do Assentamento 1° de Junho



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 10 - Feira de Ciência na Escola do Assentamento 1° de Junho



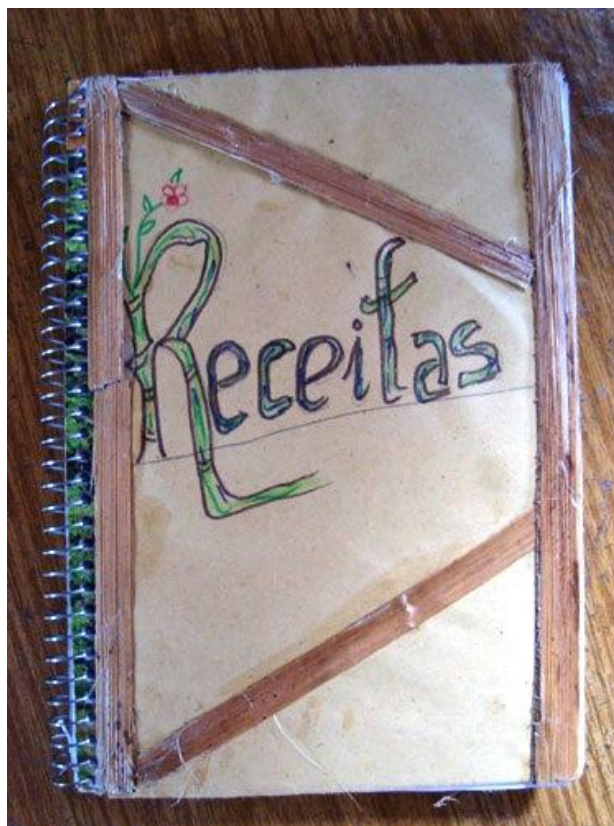
(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 11 - Trabalho de horticultura desenvolvido com alunos do 7° ano da Escola do Acampamento Juscelino dos Santos



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 12 - Caderno de Sistematização de Receitas construído pelos alunos da Escola do Acampamento Juscelino dos Santos



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 13 - Uso da Radiestesia como técnica de diagnóstico pelo Coletivo de Cuidadoras



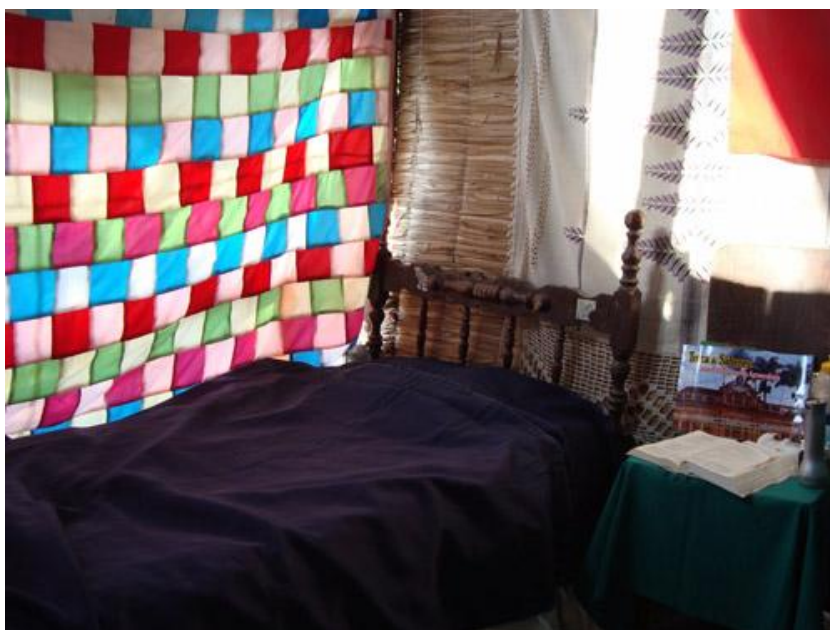
(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 14 - Aparelho utilizado pelo Coletivo de Cuidadoras para destilar os remédios à base de plantas medicinais



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 15 - Quarto construído na casa de Rosa para acolher as pessoas durante o tratamento



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 16 - Farmácia caseira de uma integrante do Coletivo de Cuidadoras



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 17 - 'Lava-pés' organizado pelo Coletivo de Cuidadoras



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 18 - 'Lava-pés' organizado pelo Coletivo de Cuidadoras



(Fonte: Acervo Pessoal)

Figura 19 - Sessão de abraços em etapa do Curso de Plantas Medicinais e Terapias Naturais



(Fonte: Acervo Pessoal)