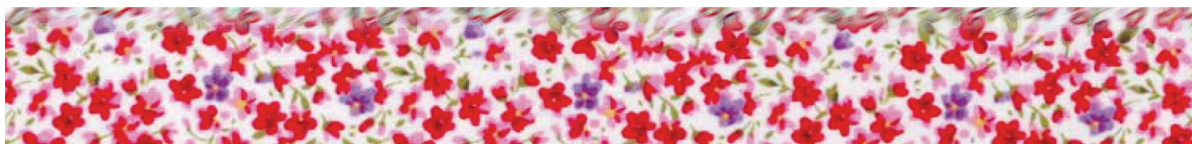




**Mulheres camponesas plantando saúde,
semeando sonhos, tecendo redes de
cuidado e de educação em defesa da vida**





**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Mulheres camponesas plantando saúde, semeando
sonhos, tecendo redes de cuidado e de educação em
defesa da vida.**

Vanderléia Laodete Pulga

Porto Alegre

2014

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Educação
Faculdade de Educação

Vanderléia Laodete Pulga

**Mulheres camponesas plantando saúde, semeando
sonhos, tecendo redes de cuidado e de educação em
defesa da vida.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação na Linha de Pesquisa Trabalho, Movimentos Sociais e Educação para o doutorado em Educação junto à Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dra. Marlene Ribeiro

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Pulga, Vanderléia Laodete

Mulheres camponesas plantando saúde, semeando sonhos, tecendo redes de cuidado e de educação em defesa da vida. / Vanderléia Laodete Pulga. -- 2015. 197 f.

Orientadora: Marlene Ribeiro.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. mulheres camponesas. 2. educação popular em saúde e educação permanente em saúde. 3. saúde do campo e da floresta. 4. profissionais/trabalhadores (as) da saúde. 5. cuidado integral à vida e à saúde. I. Ribeiro, Marlene , orient. II. Título.

VANDERLÉIA LAODETE PULGA

Mulheres camponesas plantando saúde, semeando sonhos, tecendo redes de cuidado e de educação em defesa da vida

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação na Linha de Pesquisa Trabalho, Movimentos Sociais e Educação para o doutorado em Educação junto à Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a. Marlene Ribeiro – Orientadora

Professor Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa – (NESP – UFPI)

Professora Dr^a. Izabella Barison Mattos – (UFFS)

Professor Dr. Alcindo Antônio Ferla – (CORSAÚDE – UFRGS)

Professor Dr. Ricardo Burg Ceccim – (FACED – UFRGS)

Porto Alegre
2014

À minha ancestralidade, à mãe Lourdes (in memoriam), estrela-guia-luz e meu pai José que me deram a graça de estar nesse mundo e me desafiaram ao trabalho e ao estudo. À minha família, amores que me deram a alegria, o prazer, as contradições e os desafios cotidianos de produzir novas relações humanas e experimentar os mistérios da vida, da maternidade, do amor, do perdão e da gratidão. Às mulheres camponesas do Movimento de Mulheres Camponesas, à Loiva (in memoriam), à querida educadora Marlene, aos companheiros (as) da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, dos Ministérios da Saúde e da Educação, da Universidade Federal da Fronteira Sul, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da Rede Unida e aos lutadores (as) do povo que me desafiam constantemente à investigação pedagógica e à práxis libertadora.

Agradecimentos

Nesse momento especial de alegria em concluir este trabalho, quero agradecer a contribuição de muitas pessoas, sem as quais, teria sido impossível realizar esse caminho desafiador como foi a pesquisa desenvolvida. Em especial, a minha orientadora e professora Dr^a. Marlene Ribeiro, cuja amorosidade materna, compromisso, compreensão, exigência e apoio foram determinantes, além de abrir horizontes e ajudar nas reflexões e no estabelecimento das relações entre o que a realidade empírica evidenciava e as possibilidades de investigação que se colocavam. Não posso deixar de agradecer a contribuição da professora Dr^a. Conceição Paludo, educadora amiga e companheira que me desafia permanentemente.

Aos professores Dr. Alcindo Ferla e Dr. Ricardo Ceccim, pelo companheirismo, amizade, construções e reflexões conjuntas ao longo da vida, das aulas do doutorado e que, na condição de participantes da banca examinadora, tiveram papel decisivo para a busca de coerência e reflexividade, abrindo horizontes e apontando caminhos. Ao professor Dr. José Ivo Pedrosa, pelos aprendizados e construções conjuntas e desafiadoras. À Dr^a. Vera Dantas que, acreditando nas potencialidades da pessoa humana, educadora e cuidadora é a principal responsável pelo meu renascimento que aconteceu durante o período do doutorado em virtude de uma depressão grave em que experimentei as fronteiras entre a vida e a morte e aprendi com ela, reencontrar os sentidos do viver e as ferramentas de autonomia para o autocuidado em saúde.

Aos colegas do doutorado. Ao professor Dr. Ardigò Martino pelas provocações e aprendizados sem fronteiras. Agradeço também à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao seu Programa de Pós-Graduação em Educação, em especial, a professora Dr^a. Marlene Ribeiro, ao professor Dr. Jorge Ribeiro que coordenou e Dr^a. Maria Stephanou, que estiveram à frente na coordenação do referido Programa pela competência e pelo carinho para conosco, e à equipe de trabalho, que não mediu esforços para nos ajudar.

Aos colegas, direção e estudantes da Universidade Federal da Fronteira Sul, assim como a direção e ex-colegas do Grupo Hospitalar Conceição pela compreensão e apoio.

Quero agradecer o apoio familiar pela compreensão, amor, aconchego e energia. Um carinho especial a vocês que simbolizam a expressão de afeto que sinto de todos os familiares. Ao pai que, mesmo na doença, soube me entender e, juntos, nos cuidamos e superamos momentos de fragilidade humana. A vocês, queridos amores da minha vida, minha profunda gratidão e amor: Clademir, Kéli e Matheus, Iury e Gabriela, Iago e Raísla.

Agradeço, em especial, ao Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), às mulheres que consentiram em revelar parte de suas vidas e de suas trajetórias de luta e resistência que foram o fermento das reflexões realizadas e que, pela riqueza da experiência que vêm construindo, desafiam permanentemente os educadores populares. Agradeço ao MMC Nacional, do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina em seus coletivos de direção e coordenação estadual. Aos que estão construindo a resistência popular na saúde em nível de Brasil, que vêm refletindo sobre a educação popular em saúde. Um carinho especial à Maria Luíza Jaeger pelas fecundas reflexões e aprendizados ao longo da vida. Minha gratidão à Dra. Luisa Regina Pessôa anjo presente em momentos decisivos de minha vida, à Clarete Nespolo De David pelo companheirismo e a Dra. Izabella Barison Matos pela solidariedade desafiadora. Enfim, tenho de agradecer o aprendizado junto às classes populares, com os que sonham, resistem e lutam pela construção de uma nova sociedade e uma nova humanidade.

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

Zuleica Alambert

RESUMO

Esta tese consiste na identificação de contribuições político-pedagógicas dos movimentos sociais populares nas experiências e práticas culturais, integrativas, tradicionais de cuidado e de educação popular em saúde, especialmente do Movimento de Mulheres Camponesas, que poderão compor a caixa de ferramentas pedagógicas dos processos de formação de profissionais/trabalhadores (as) da saúde para sua atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) em comunidades do campo, da floresta e das águas. A pesquisa foi realizada junto ao Movimento de Mulheres Camponesas através de análise de observações, registros, documentos, histórias de vida, oficinas e círculos de cultura feitos com mulheres que participam dessa organização, como também as redes de interação com a educação popular e permanente em saúde. A pesquisa articula essas experiências e seus saberes no contexto de produção de vida, saúde e adoecimento das populações que vivem nesses territórios e os desafios para o cuidado integral e a educação em saúde. Territórios marcados pelos interesses do capital transnacional e seus impactos sobre os camponeses (as), onde os determinantes sociais e as desigualdades compõem a complexidade da situação de saúde dessas populações. Traz a ação das mulheres camponesas na produção de cuidado da vida e da saúde na sua trajetória histórica, os eixos estruturantes articulados às relações sociais de gênero, raça/etnia, classe e orientação sexual, ao feminismo e ao projeto popular de agricultura camponesa. Pelo caminho percorrido, foi possível perceber que as políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente nos territórios de atuação dessas mulheres camponesas, são recentes e frágeis na garantia do acesso e na atenção integral à saúde. O MMC surge como espaço de luta e valorização das mulheres camponesas na conquista de direitos e a saúde emergem como uma das lutas importantes do movimento. Nele as mulheres se ressignificam, tem o cuidado com vida e a saúde como base central do seu agir e fazem experiências de libertação e emancipação, enquanto sentido profundo de sua práxis portadora de uma dinâmica educativo-terapêutica e uma mística libertadora. Dessa forma, constroem novos significados à integralidade da saúde, fortalecem o sentimento de pertença das mulheres para com o movimento, ao mesmo tempo em que fazem o enfrentamento ao agronegócio, ao neoliberalismo, à cultura machista e às formas de opressão, de exploração, de discriminação e de violência. Das experiências de organização, de cuidado, de luta e de formação que o movimento desenvolve, bem como a interação com os movimentos e práticas de educação popular em saúde e de educação permanente em saúde emergem as contribuições político-pedagógicas que ajudam a repensar o modo de cuidar a vida e a saúde, bem como as políticas públicas de educação da saúde, tanto para o meio acadêmico, como para os processos de trabalho e educação na saúde junto ao Sistema Único de Saúde e seus atores, principalmente para a atuação no campo, nas florestas e nas águas.

Descritores: mulheres camponesas, saúde do campo e da floresta, cuidado integral à vida e à saúde, educação popular em saúde, educação permanente em saúde, profissionais/trabalhadores (as) da saúde.

ABSTRACT

This thesis consists in the identification of the social movements political-pedagogical contributions in the cultural, integrative, traditional experiences and practices of care and the popular education in health, especially in the Rural Women Movement, that would compose the pedagogical toolbox of the workers and health professional formation process to their actuation in the Single Health System in the field, forest and water communities. The search was realized along with the Rural Women Movement, through analysis of observations, records, documents, life stories, workshops and cultural circles made with women that make part of this organization, as well the interaction network with the popular and permanent health education. The search articulate these experiences and its knowledge in the life, health and illness production contest of the population that live in these territories, and the challenges for the comprehensive care and the health education. Territories marked by transnational capital interests and its impacts on farmers, were the social determinants and the inequalities make the complexity of these people health situation. It brings the rural women action in the life and health care in this historical trajectory, the structural axis articulated to social relation of gender, race/ethnicity, class and sexual orientation to the feminism and to the popular design of peasant agriculture. By the path taken, it was possible realize that the public health politics in Brazil, especially on the action territory of these rural women, are recent and frail in the ensuring access and in the comprehensive health care. The Rural Women Movement arises as a fight and valorization space of the rural women in the rights conquers and the health emerges as one of the most important movement fights. In it, women reframe there selves, have care with life, and have the health as a central bases of their action, and make liberation and emancipation experiences, as a deep sense of their praxis carried of a educative-therapeutic dynamics and a liberating mystic. Thereby, they construct new meanings to the health integrality, strengthen the women sense of belonging to the movement, at the same time that make the confronting agribusiness, neoliberalism, machist culture, and the forms of oppression, exploitation, discrimination and violence. From the organization, care, fight and formation experiences that the movement develops, as well as the interaction with the movements and health popular education practices and permanent health education emerges the political-pedagogical contributions that helps to rethink the way of care life and health, as well the health education public policy, both for academic as for the work processes and health education in the Single Health System and its actors, mainly to the field, forests and water action.

Keywords: rural women, field and forest health, life and health comprehensive care, health popular education, permanent health education, training of health workers and professionals.

RESUMEN

Esta tesis es la identificación de las contribuciones políticas y pedagógicas de los movimientos sociales populares en las experiencias y las prácticas culturales, de integración, de cuidado tradicional y un programa de educación para la salud, especialmente el Movimiento de Mujeres Campesinas, que podrán componer la caja de herramientas pedagógicas de procesos de formación de los trabajadores (as) y profesionales de la salud para actuación en el Sistema Único de Salud (SUS) en comunidades del campo, de los bosques y de las aguas. La encuesta fue realizada junto al Movimiento de Mujeres Rurales a través del análisis de las observaciones, registros, documentos, historias de vida, talleres y círculos culturales realizados con mujeres que participan de esta organización, así como las redes de interacción con la educación popular y permanente en salud. La investigación articula estas experiencias y su sabiduría en el contexto de la producción de vida, salud y enfermedad de las poblaciones que viven en estos territorios y los desafíos para el cuidado integral y la educación en salud. Territorios marcados por los intereses del capital transnacional y su impacto sobre los campesinos (as), donde los determinantes sociales y las desigualdades constituyen la complejidad de la situación de salud de estas poblaciones. Trae la acción de la mujer rural en la producción del cuidado de la vida y la salud en su trayectoria histórica, los ejes estructurales articulados a las relaciones sociales de género, raza/etnia, clase y orientación sexual, al feminismo y proyecto popular de la agricultura campesina. En el camino recorrido, se reveló que las políticas de salud pública en Brasil, sobre todo en los territorios de acción de estas mujeres agricultoras, son recientes y frágiles para garantizar el acceso y la atención integral de la salud. El MMC aparece como un espacio de lucha y valoración de las mujeres rurales en la conquista de los derechos y la salud surge como una de las importantes luchas del movimiento. En ella las mujeres se resignifican, tienen el cuidado con la vida y la salud como base central de su actuar y hacen experiencias de liberación y emancipación, mientras sentido profundo de su praxis portadora de una dinámica educativa-terapéutica y una mística liberadora. Por lo tanto, construyen nuevos significados a la integralidad de la salud, fortalecen el sentimiento de pertenencia de las mujeres al movimiento, mientras hacen el enfrentamiento a la agroindustria, al neoliberalismo, la cultura machista e las formas de opresión, de explotación, de discriminación y de violencia. De las experiencias de organización, de cuidado, de lucha y de formación que el movimiento desarrolla, así como la interacción con los movimientos y prácticas de la educación popular e continua en salud emergen las contribuciones políticas y pedagógicas que ayudan a repensar la forma de cuidar la vida y la salud, así como las políticas públicas de educación para la salud, tanto para la comunidad académica como de los procesos de trabajo y educación en la salud por el Sistema Nacional de Salud y sus actores, principalmente para actuar en el campo, bosques y aguas.

Palabras clave: las mujeres rurales, salud del campo y de los bosques, atención integral a la vida y salud, educación popular en salud, educación continua en salud, la formación de los trabajadores (as) y profesionales de la salud.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIDS: Síndrome da imunodeficiência adquirida-SIDA (Inglês: Acquired Immunodeficiency Syndrome)

AIJ/FSM: Acampamento Intercontinental da Juventude - Fórum Social Mundial

ALCA: Acordo de Livre Comércio das Américas

ANMTR: Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais

AMMTR/Sul: Articulação de Movimentos de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Sul/Brasil

ANEPS: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde

ANEPOP: Articulação Nacional de Extensão Popular

ANEPS: Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde

ANMTR: Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais

APVP: Anos Potenciais de Vida Perdidos

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APVP: Anos Potenciais de Vida Perdidos

CAMP: Centro de Assessoria Multiprofissional

CES/RS: Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

CETPS/GHC: Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

CLOC: Coordenação Latino Americana de Organizações do Campo

CPT: Comissão Pastoral da Terra

CRAB: Coordenação Regional dos Atingidos por Barragens

CONTAG: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

CTA/ZM: Centro de Tecnologias Alternativas da Zona da Mata

CUT: Central Única dos Trabalhadores

DETR/CUT: Departamento Estadual de Trabalhadores Rurais da Central Única dos Trabalhadores

DIEESE: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

ENEM: Exame Nacional do Ensino Médio

ENSP/FIOCRUZ: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

EUA: Estados Unidos da América

FASE: Fundação de Atendimento Sócio Educativo

FETAG: Federação Estadual dos Trabalhadores da Agricultura
FETRAF/Sul: Federação de Trabalhadores da Agricultura Familiar da Região Sul
FMI: Fundo Monetário Internacional
FUNDEP: Fundação de Desenvolvimento, Educação e Pesquisa da Região Celeiro
GT/EPS/ABRASCO: Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
IAPS: Institutos de Aposentadoria e Previdência Social
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social
LER/Dort: Lesões de Esforço Repetitivo/Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho
MAB: Movimento de Atingidos por Barragens
MMA - SC: Movimento de Mulheres Agricultoras de Santa Catarina
MMC: Movimento de Mulheres Camponesas
MMTR/RS: Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Rio Grande do Sul
MMTRU: Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais e Urbanas
MMTU: Movimento de Mulheres Trabalhadoras Urbanas
MOVA: Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos
MPA: Movimento dos Pequenos Agricultores
MST: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
OMC: Organização Mundial do Comércio
OMS: Organização Mundial da Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
OMTR: Organização das Mulheres Trabalhadoras Rurais
ONG'S; Organizações Não Governamentais
ONU: Organização das Nações Unidas
PAISM: Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNEPS: Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNSIPCF: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNPMF: Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
RX: Raio Xis
REDPOPSAÚDE: Rede de Educação Popular e Saúde

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
SINDAG: Sindicato Nacional das Empresas de Aviação Agrícola
SIDRA: Sistema IBGE de Recuperação Automática
SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS: Sistema Único de Saúde
SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade
SPM: Secretária de Políticas para as Mulheres
UFF: Universidade Federal Fluminense
UFFS: Universidade Federal da Fronteira Sul
UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas
UNISC: Universidade de Santa Cruz
URSS: União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

Sumário

Introdução.....	17
Capítulo I.....	30
Experiências de vida apontam questões, objetivos e o caminho de construção da tese.....	30
1. 1. As trilhas metodológicas	40
Capítulo II	49
A produção da vida, da saúde e do adoecimento nas populações camponesas e os desafios para o cuidado e a educação na saúde	49
2. 1. A saúde dos povos do campo, da floresta e das águas no contexto histórico e atual e os desafios do cuidado integral	50
2. 2. Os desafios da educação em saúde para o cuidado integral das populações do campo, da floresta e água.....	84
Capítulo III	100
Mulheres camponesas na produção do cuidado da vida e da saúde.....	100
3. 1. “Nós não queremos favores, nossa história a gente faz”: a produção do cuidado da vida e da saúde pelas mulheres camponesas do MMC em sua trajetória histórica.....	103
3. 2. A terra, o território e a biodiversidade como elementos constitutivos da vida dos povos do campo, das florestas e das águas.	110
3. 3. Trabalho: da invisibilidade do trabalho das mulheres camponesas na produção e reprodução à sua valorização e reconhecimento	114
3. 4. Sementes como patrimônio dos povos, comida, produção de alimentos saudáveis, plantas medicinais e soberania alimentar	126
Capítulo IV	148
Tecituras de redes de cuidado e de educação em saúde no campo, nas florestas e nas águas	148
4. 1. As tecituras de redes de cuidado e educação em saúde entre as mulheres camponesas	149
4. 2. A dimensão educativa das experiências e saberes populares produzidos nas redes de cuidado e educação em saúde pelas mulheres camponesas	161
4. 3. As tecituras de redes de cuidado e educação em saúde das mulheres camponesas com outras experiências de educação popular em saúde	167
4. 4. As tecituras de redes de cuidado e educação em saúde das mulheres camponesas e experiências de educação popular em saúde com a educação permanente em saúde.....	173
Algumas conclusões.....	182
REFERÊNCIAS	187

Introdução

Na presente tese analisei as contribuições político-pedagógicas que emergem dos movimentos sociais populares relacionados à área da saúde, em especial, do Movimento de Mulheres Camponesas e suas interfaces com espaços da educação popular em saúde, na perspectiva de trazer elementos que possam ajudar a responder alguns dos desafios nos processos de formação de trabalhadores (as) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parto de uma trajetória de vida como educadora junto às organizações e movimentos populares, com experiências de educação popular em saúde, como filósofa e como professora. A esta trajetória acrescento uma experiência mais recente em educação, junto à Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, em especial, no processo de criação do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (Escola/GHC). E ainda, na Comissão de Implantação e como docente de Saúde Coletiva do Curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul em Passo Fundo (UFFS/PF).

Esta trajetória de vida, enriquecida por inúmeras experiências como as acima indicadas, aponta para a necessidade de aprofundar e qualificar o processo de reflexão e produção de conhecimentos a partir da “práxis” (GRAMSCI, 1989). Isso explica a decisão de enfrentar, como mais um desafio, a construção desta tese de doutorado em Educação, com ênfase na saúde.

As experiências vivenciadas na educação popular, na filosofia e na saúde coletiva fizeram germinar inquietações e produziram reflexões sobre os desafios oportunizados pelas mesmas, articuladas com o conhecimento acumulado e sistematizado historicamente, desafiando-me a dar ênfase à reflexão, na condição de pesquisadora/postulante ao doutorado.

Neste momento singular, revelo as minhas dificuldades e limites, ao mesmo tempo em que apresento o encanto e a alegria de poder me desafiar e partilhar um processo rico de aprendizagens sobre algo que é, por natureza, complexo e exigente: a práxis de educação em saúde, desenvolvida por grupos e movimentos sociais populares, cujas expressões culturais não são reconhecidas e valorizadas e, quando têm expressão, seu reconhecimento é ainda

pouco visibilizado. Sujeitos coletivos das classes populares, tais movimentos são discriminados e muitas vezes criminalizados por uma sociedade em que o capital, como relação social que explora, expropria e domina tais classes, vale mais que a vida das pessoas que integram aquelas classes. Por outro lado, também encontram alento, potencialidades e legitimidade social, política e cultural naqueles que acreditam na importância da organização e participação popular para o avanço dos processos democráticos e de construção de uma sociedade mais justa e solidária.

Esta é uma reflexão difícil e, ao mesmo tempo, desafiadora, pelo nível de responsabilidade que o objeto e os sujeitos desta pesquisa apresentam a quem se propõe realizar uma investigação de relevância social e construir conhecimento numa perspectiva de transformação de uma sociedade assentada sobre a propriedade privada, como produto da expropriação do trabalho. É um compromisso, cujas exigências se traduzem na produção de algo que reconheça a história e quem a construiu, com o cuidado para não reduzi-la a algo linear ou distante de quem ousou ser sujeito de uma história orientada pela busca da emancipação humana, portanto, ainda em processo.

O desafio permanente é adentrar nesse universo popular de forma dialética, refazendo a trajetória e as lutas, especialmente no campo da saúde, e percebendo as bases e os tensionamentos dos elementos político-pedagógicos que guardam consigo, os desafios e as possibilidades de ação construídas pelos movimentos sociais populares, especialmente os das mulheres camponesas, e por práticas integrativas, tradicionais e culturais nesse campo. Não me move, entretanto, a intenção de tornar tais movimentos e práticas como modelos, como também a de pensar que estes se esgotem em si mesmos, mas, ao contrário, que possibilitem uma análise crítica das experiências analisadas, de modo a poder alimentar a construção de referenciais pedagógicos para a formação de trabalhadores (as) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por isso, apresento aqui os dilemas de quem, por um lado, viveu profundamente a experiência em questão, com paixão e coragem. E, por outro, de quem se coloca o desafio de se debruçar sobre esse passado recente, com um olhar construído pelas suas influências e de tantos outros sujeitos, procurando refletir sobre a caminhada que vêm fazendo homens e mulheres silenciados historicamente, construtores de suas vidas, de sua cultura e de uma nova sociedade.

O processo de investigação e as reflexões que pretendo realizar encontram-se

sistematizados no presente texto, com destaque ao objeto de estudo, qual seja, o processo de formação de profissionais/trabalhadores (as) da saúde, com ênfase para atuação no SUS em territórios rurais, do campo, florestas e águas, num diálogo com sujeitos sociais populares que (se) organizam e atuam nesses territórios; bem como apresento o modo como, as reflexões foram construídas nesta tese. Exponho, ainda, a forma como me situo como sujeito deste processo, junto a outros sujeitos, e os aspectos teórico-metodológicos que orientaram a investigação, análise e produção de conhecimento.

Começo por situar o SUS e a formação dos profissionais/trabalhadores (as) da saúde, em meio às grandes transformações mundiais, que vêm se desencadeando desde a década de 1970, com a crise de superprodução que coloca em xeque o padrão produtivo taylorista/fordista, trazendo consequências para o Brasil e, é claro, para as políticas sociais. Em nosso país, os efeitos se fazem sentir desde os anos 1980, porém mais intensamente a partir de 1990, com o reordenamento econômico no contexto de mercado e com base na ideologia neoliberal. Com isso, provocam uma série de consequências e impactos sobre os países em desenvolvimento e sobre as classes populares, de modo peculiar sobre as mulheres e sobre a saúde da população. (PETRAS, 1999).

A par desse processo, as experiências dos países que fizeram a revolução e adotaram o comunismo passaram por um período de crise e de questionamentos envolvendo questões políticas, econômicas e culturais, especialmente com a queda do Muro de Berlim, em 1989, e com a desagregação da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em 1991. Quer dizer, os resultados se fazem sentir especialmente nos anos de 1990, e provocando impactos nas experiências de resistência e luta dos grupos populares, pois o socialismo era referência para muitas delas.

Por outro lado, o revigoramento e a rearticulação das lutas e da resistência popular mundial vêm encontrando eixos unificadores, demarcados simbolicamente pelo Fórum Social Mundial, em que o primeiro realizou-se em Porto Alegre/RS, em 2001, bem como através de várias articulações específicas em nível mundial e em experiências democráticas e populares, especialmente na América Latina.

O final do século XX também ficou marcado pelo questionamento de paradigmas, entre os quais os da ciência e da modernidade, aliados à crise de paradigmas institucionais envolvendo o papel das instituições como família, Estado, Igreja, escola e as relações entre os seres humanos, com crises de gênero, raça e classe e, desses seres com a natureza.

Movimentos sociais populares se multiplicaram, introduzindo novas demandas em suas bandeiras de luta. Assim, numa era que parece ser de incertezas, nosso desafio, dos anos 2000 em diante, foi o de sermos descobridores de sinais para perceber como, na América Latina, vêm emergindo expressões de que “outro mundo é possível”, com lutas populares, com conquistas de governos democráticos, populares, uns com opção socialista, outros numa perspectiva progressista. (SADER, 2009).

Estes sinais são reveladores de potencialidades que emergem e podem produzir impactos importantes para o avanço das classes populares, no acúmulo de forças de um projeto de sociedade que supere o capitalismo (SADER, 2009) e avance na perspectiva socialista, democrática, solidária, ecológica e com respeito às diversidades étnico-raciais, políticas, religiosas, de gênero, geracional e de orientação sexual. A economia, a política e a cultura se entrelaçam na análise do processo histórico, buscando a compreensão do presente e dos desafios atuais, que se apresentam aos que acreditam ser possível a construção de uma sociedade pautada na justiça, na solidariedade, na democracia e na igualdade. (PALUDO, 2001).

Além disso, esses sinais se fazem presentes, mais fortemente, nas lutas libertárias e nas conquistas de governos populares, democráticos e de inclusão social, como é o caso da Venezuela (desde a eleição de Hugo Chaves e segue seu sucessor, Nicolas Maduro), da Bolívia (Evo Morales), do Equador (Rafael Vicente Correa Delgado) do Uruguai (José Alberto Mujica Cordano), do Chile (Verónica Michelle Bachelet Jeria), do Brasil (Luiz Inácio Lula da Silva de 2003 a 2010 e Dilma Rousseff de 2011 a 2014, reeleita até 2018) e Cuba que, apesar do embargo econômico dos Estados Unidos da América (EUA), ainda se mantém como um país Socialista. As mudanças em curso, nesses países, vêm produzindo melhorias relevantes no desenvolvimento de cada um deles, bem como na vida das pessoas que os habitam. Apesar das contradições presentes nesses processos de mudanças, frutos da luta de classes e também da luta ideológica que permeia as disputas internacionais e internas em cada país, há potências transformadoras em relação a cada uma dessas experiências, ao mesmo tempo em que colocam desafios importantes a serem enfrentados neste século XXI.

As mulheres também são a força emergente, conforme segue:

As mulheres, nas últimas décadas do século XX, emergem em diferentes cenários como sujeitos sociais, históricos e econômicos e vão se constituindo em metade da força de trabalho mundial. Isso tudo provoca uma reviravolta na condição da mulher tanto no que se refere a avanços quanto a impactos sobre suas vidas, pois elas

constroem lutas e resistem à opressão, enfrentando os mais diversos mecanismos de discriminação (MENDES, M. F; NEVES, S. M.A. da S.; NEVES, R. J. and SILVA, T. P. , p. 75, 2014).

A pobreza e a fome, aliadas à sobrecarga de trabalho, à violência, à opressão e à discriminação, têm sido alguns dos efeitos graves sobre a vida das mulheres. (SAFIOTTI, 1995; 1997). As condições de vida a que elas vêm sendo submetidas, historicamente, e, de modo mais intenso, nas últimas três décadas, trouxeram sérias consequências para a sua saúde (COSTA, 2000) e também para a saúde das crianças e de pessoas pertencentes às classes populares.

As mulheres são a grande maioria da massa de trabalhadores (as) nas áreas da saúde e da educação (BRUSCHINI, 2007, p. 567). Além disso, a questão da saúde demarcou avanços importantes, em nível mundial, com a descoberta da cura de várias endemias e epidemias. No entanto, nos países pobres, ou considerados “em desenvolvimento” para os europeus e os EUA, as pessoas ligadas às classes populares continuam morrendo por doenças que podem ser prevenidas. E, mais do que isso, populações sofrem de doenças típicas da situação de fome e miséria, epidemias e pandemias se multiplicam como foi o caso da Gripe A1N1, do Ebola que vêm assolando povos, como a AIDS que está colocando mulheres, crianças e idosos em situações de risco, além das doenças crônico-degenerativas próprias do envelhecimento da população, causadoras da morte de milhões de pessoas.

Concomitantemente a esse processo, o capital internacional vem atuando de forma voraz no campo da saúde, transformando-a em um negócio altamente lucrativo, submetendo a vida dos seres humanos aos interesses do capital. (PULGA-DARON, 2003).

Entramos no século XXI com mudanças quanto ao perfil demográfico populacional do Brasil e do mundo, resultando, com isso, em transformações importantes no perfil epidemiológico, tanto de morbidade como de mortalidade, que expressam, também, sinais de mudanças nos processos de saúde-adoecimento das populações (BRASIL, 2009, p. 23). Essas mudanças trazem desafios novos para garantia da atenção integral à saúde e para a formação de profissionais da saúde atualizados a esta realidade.

Nesse contexto mundial, os determinantes e condicionantes sociais da saúde, assim como a relação entre o projeto de desenvolvimento com os processos de produção de saúde e/ou de adoecimento das pessoas, apontam para o desafio da construção de sistemas

universais de seguridade social dos povos, que ganha expressão em Conferências Mundiais¹ e na agenda política dos Movimentos Sociais Populares. O debate acerca de um projeto de sociedade libertador e emancipatório, tão forte no século passado, ganha um novo significado (CAMPOS, 1992).

E nesse processo, as mulheres colocam-se como sujeitos políticos instituintes e como construtoras da história, questionando seu papel na história da humanidade e evidenciando a necessidade de transformar as estruturas perversas da sociedade e, com isso, de reconstruir as relações humanas, aliadas a um novo patamar de relação com o conjunto de formas de vida no planeta e no universo. (PULGA-DARON, 2003). O mesmo se dá com a população negra, que luta pela superação do racismo e pela igualdade étnico-racial; com as populações de lésbicas, gays, travestis, transexuais e transgêneros que batalham pelo fim do preconceito e pela livre orientação sexual (BRASIL, 2013).

As populações do campo, da floresta e água resistem para sobreviver num contexto de expropriação da biodiversidade, como um todo, submetida aos interesses econômicos de setores e/ou empresas transnacionais, ao mesmo tempo, em que exigem o reconhecimento de suas culturas e saberes, além de políticas de valorização e apoio para melhorar suas condições de vida e trabalho.

As populações em situação de rua também se manifestam, desafiando a todos nós, como também os catadores de material reciclável, que trabalham com o que a sociedade joga fora. A par disso, a juventude nos surpreende, pois uma parte dela parece não mais sonhar; muitos jovens estão a viver o pesadelo da criminalidade, das drogas e das mais diversas formas de violência, inclusive, muitos perdem suas vidas. Porém, há outros, ainda, que vêm se mobilizando, pois a situação real clama por políticas e ações, que possam ser a expressão da coragem e da ousadia de tratar a juventude com o carinho, o zelo e o cuidado que esta juventude merece².

No outro extremo, a população idosa cresce a cada dia, cansada de ser descartável e de lutar pelos seus direitos, com perfil epidemiológico que requer políticas, ações e cuidados

¹ A Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, realizada no Brasil de 1 a 5 de dezembro de 2010, e a Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde realizada em 2011 no Brasil, a Rio + 20, dentre outros eventos internacionais, e a agenda política dos Movimentos Sociais Populares apontam reflexões acerca da necessidade de transformações da sociedade e de se repensar o tipo de desenvolvimento no campo e na cidade para ter vida digna e saúde aos povos e respeitar a biodiversidade.

² No Brasil, o Estatuto da Juventude corresponde à Lei 12.852 de 05 de agosto de 2013, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidenta Dilma Rousseff. É muito recente a criação de Políticas para a Juventude.

diferenciados frente à sua vulnerabilidade³. Os gritos, os gemidos e as vozes dos que lutam e se mobilizam por justiça, são calados, silenciados por repressão, criminalização e assassinatos. Esta é a manifestação concreta do quanto é cruel e injusto o sistema capitalista que, quanto mais liberal, mais cruel ele se torna, aniquilando direitos, discriminando, excluindo e matando quem não servir aos interesses dos sujeitos do capital e de seus aliados. Nas áreas da saúde e da educação colocam-se enormes desafios a serem enfrentados, tendo como referência os paradigmas da vida e da saúde individual e coletiva de pessoas, povos, nações e do Planeta como um todo, por serem áreas mediadoras essenciais para a vida enquanto totalidade.

No Brasil, resultado de muitas lutas sociais e populares, catalisadas no Movimento da Reforma Sanitária⁴ – que unificou os movimentos sociais populares, educadores, estudantes, sanitaristas, pesquisadores, gestores, dentre outros – a saúde foi conquistada como um direito de todos (as) na Constituição Federal de 1988. Esta conquista se materializa através do Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública, constituindo-se numa referência mundial pelo seu caráter de universalidade e integralidade da atenção à saúde da população. Com mais de 200 milhões de habitantes, o Brasil é um país que assumiu o fortalecimento do SUS, como política de Estado, destacando-se as estratégias e ações do governo federal nos últimos 12 anos, na perspectiva da garantia do direito à saúde universal, equânime e integral, com a participação e o controle da sociedade.

Entretanto, apesar dos inegáveis avanços do SUS, continua presente a disputa ideológica da saúde como um direito ou como uma mercadoria e há desafios a serem enfrentados no acesso à assistência à saúde da população, especialmente das periferias urbanas, nas populações do campo, da floresta e águas, onde há dificuldades de fixação de médicos e outros profissionais da saúde. Outros desafios referem-se às modelagens technoassistenciais, aos processos formativos nas formas de gestão e de participação da comunidade no SUS.

A cada dia cresce o contingente de trabalhadores e de trabalhadoras que atuam na área da saúde, especialmente na última década, e tende a aumentar frente ao avanço e às

³ O Estatuto do Idoso é outro marco importante no Brasil, através da Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, aprovada no Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

⁴ A Reforma Sanitária no Brasil nasceu na luta contra a ditadura militar com o tema Saúde e Democracia e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços de saúde. Consolidou-se na mobilização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988 que garantiu “a Saúde como direito de todos e dever do Estado”, arcabouço central para a construção posterior do Sistema Único de Saúde (SUS).

necessidades de ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil que, da década de 1980 para cá, dobrou o número de pessoas trabalhando nesta área.

Diferente de outras áreas produtivas contemporâneas que, ao incorporar novas tecnologias, dispensam enormes contingentes de força de trabalho, na área da saúde, muito pelo contrário, a cada tecnologia incorporada há necessidade de um conjunto de profissionais capacitados e habilitados a lidarem com aquela tecnologia e sua interface com os usuários. Além disto, uma nova tecnologia não exclui a anterior. Como exemplo, temos a tomografia que não exclui o Raio Xis (RX), ou uma ressonância magnética que não exclui a tomografia, nem o conjunto de trabalhadores (as) que lidam com estas tecnologias, e assim por diante, na cadeia de incorporação dos serviços de imagem (PESSÔA, 2005).

Esta singularidade do processo de incorporação tecnológica no campo da saúde requer qualificação permanente e contínua dos trabalhadores (as). Deste modo, o contexto atual se apresenta como desafio uma vez que os (as) trabalhadores da saúde, assim como os da educação, são sujeitos para os quais o centro de seu trabalho é a interação entre sujeitos, ou seja, o tempo todo o/a profissional da saúde ou da educação está se relacionando com outra pessoa, com outro ser humano. No caso dos (as) trabalhadores (as) da saúde, esta interação ocorre em circunstâncias peculiares onde o sofrimento, a dor e a fragilidade humana estão muito presentes.

O cotidiano de cada trabalhador (a) da área da saúde é marcado pela interação entre sujeitos, pela fronteira entre a vida e a morte, pela potência de vida e sua fragilidade, e pela necessidade constante de aprimoramento. Do ponto de vista técnico, este aprimoramento é necessário para responder às necessidades de promoção da saúde, de cuidados e atenção nos momentos em que as pessoas adoecem. Já do ponto de vista humano, de relações, de humanização, o aprimoramento é necessário, pois sua realização profissional se dá na justa medida em que o outro tem mais vida e, portanto, mais saúde.

Entretanto, cabe aqui ressaltar que, tanto a realidade quanto os processos de trabalho em saúde não permanecem imunes à lógica do capitalismo e do neoliberalismo (RIZZOTTO, 2000), mas acabam se constituindo permeados pelas formas hegemônicas de produção, com a ênfase tecnicista, hospitalocêntrica, médico-centrada e pela aceleração da incorporação tecnológica. Trabalhadores (as) da saúde estão submetidos a intensas jornadas, fazendo plantões de 12 e 24 horas, com processos de trabalho onde a exigência técnica e humana ultrapassa os limites do que teria de ser, em tese, o seu cotidiano profissional.

É nesse contexto de limite de processos de trabalho que se insere o desafio da formação de trabalhadores (as) do SUS, uma vez que o setor da saúde é uma das áreas onde há maior incorporação tecnológica. A tecnologia, nesse sentido, abrange equipamentos, procedimentos terapêuticos, medicamentos, técnicas gerenciais imprimindo necessidade de fundamentação técnico-científica e programas de atualização/qualificação/especialização permanentes. Em paralelo, observa-se que os processos de trabalho em saúde também podem se constituir em processos de exploração e/ou de alienação do/no trabalho, onde os (as) trabalhadores (as) não se reconhecem mais naquilo que fazem ou não encontram sentido no que fazem. (MARX, 1975; GRAMSCI, 1989).

Para Merhy (2000, p. 59), no trabalho em saúde utilizam-se equipamentos os quais são chamados de “tecnologias duras”; ocorre, também, o uso dos saberes estruturados, ou dos conhecimentos técnicos, caracterizados como “tecnologias leve-duras”. Outro aspecto determinante são as relações que se dão entre o trabalhador e o usuário, chamadas de “tecnologias leves”. Ainda para este autor, o território das tecnologias leves é onde se define a produção do cuidado, a construção de vínculos, os acolhimentos e as responsabilizações. Uma prática em saúde resolutiva requer uma combinação dessas tecnologias. Porém, em geral, há um empobrecimento da valise das tecnologias leves e as intervenções em saúde tendem a girar em torno de aspectos biomédicos e de procedimentos.

Assim, sem descartar a importância dos equipamentos e instrumentos que auxiliam o trabalho em saúde, na definição de diagnósticos e nas terapias correspondentes, é importante destacar que o trabalho humano é insubstituível. O trabalho em saúde é relacional, isto é, acontece mediante a relação entre um trabalhador e o usuário, por isso, a tecnologia das relações (tecnologia leve) é absolutamente fundamental. Toda a relação humana em saúde tem em si a dimensão cuidadora e educativa. Ambas são circulares, uma vez que o sujeito que cuida outro, de certa forma, também é cuidado e o que educa também aprende.

O modelo de atenção à saúde, centrado em procedimentos, tem contribuído para tratar das doenças, mas se mostra insuficiente para intervir nos problemas de saúde. É necessário haver mudanças no cotidiano de trabalho, na prestação das ações em saúde, pelos diversos profissionais, para que haja a implementação de um novo jeito de atenção à saúde, centrado no ser humano, nas suas necessidades e interesses.

Uma ampliação da clínica numa perspectiva nômade (FERLA, 2007) necessita da sua (re)construção cotidiana pelos trabalhadores, assim como demanda, também, um processo de

organização e gestão do trabalho, com interação entre os diferentes trabalhadores, espaços coletivos para a reflexão, análise e troca de saberes entre os diversos profissionais, com ações gerenciais mais dinâmicas e participativas. Ao mesmo tempo, a gestão dos serviços de saúde é de extrema importância na organização e desenvolvimento do processo de trabalho em equipe, na construção de novas formas de produção das ações em saúde, de novas relações dos profissionais com os usuários, bem como entre os profissionais.

Segundo Vasconcelos (2001)⁵, a relação entre os serviços de saúde e a população é condicionada por dimensões estruturais complexas, que requerem a análise histórica, pois se inserem nos processos sociais, os quais dependem de dinâmicas culturais, políticas e econômicas, que acontecem fora dos serviços de saúde. Diante disso, as formas de intervenção na realidade são variadas. Há desde aqueles que, tendo hegemonia, procuram impor sua visão de mundo, de ciência, de cultura e de sociedade como a única alternativa possível, até os que colocam a necessidade de reconstruir, a partir da práxis da resistência popular e dos acúmulos que a humanidade construiu, novos caminhos, paradigmas e modos de vida mais justos e equânimes. (PULGA-DARON, 2003).

Nesse contexto de necessidade de repensar as formas de cuidado e de educação em saúde é que emergiu o desafio de investigar e estabelecer um diálogo entre os saberes produzidos pelos movimentos sociais populares, em especial, das mulheres camponesas, com as possibilidades de incidir na mudança de processos educativos no campo da saúde, especialmente para o cuidado às populações que vivem nos territórios do campo, das florestas e das águas.

Assim, na sequência, como primeiro capítulo, segue as experiências de vida que estimularam a formulação de questões que, por sua vez, definem os objetivos, as referências e os caminhos da tese que acabam por constituir o primeiro capítulo, o qual, embora breve e sem a pretensão de aprofundamento maior, é importante para situar o universo teórico-metodológico, os sujeitos e o processo de construção deste itinerário educativo.

Após, no segundo capítulo, apresento uma reflexão sobre a produção de vida, saúde e adoecimento das populações camponesas, compreendendo, no caso, toda diversidade étnico-cultural presente nos territórios do campo, das florestas e das águas.

⁵ Eymard Mourão Vasconcelos é médico e atua na área da saúde na perspectiva da educação popular. Tomo como referência de análise a sua obra *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001, capítulo 3: “Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira”.

Esta análise, apesar das dificuldades de referenciais e informações pelos poucos estudos na área, é a base para refletir sobre os gritos de dor e de sofrimento presentes na complexidade de vida destas populações e que nos desafiam a repensar os processos de cuidado à saúde, como também, a formação dos profissionais de saúde e de áreas afins, para uma atuação mais pertinente e eficaz no cuidado integral destas populações.

No terceiro capítulo, trago as potencialidades do cuidado para com a vida e a saúde dessas populações a partir da experiência do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), suas concepções e práticas, as quais traduzem elementos constitutivos de afinidades que compõem a complexidade da vida e das relações nos territórios em disputa por hegemonia do capital transnacional. Este, portanto, é um contexto multifacetado, fragmentado, de tentativas de padronização da vida, do processo produtivo, dos alimentos, da cultura e da lógica medicalizadora do sofrimento e da doença.

As mulheres camponesas têm uma sabedoria e uma sensibilidade para identificar os núcleos de identidade por afinidades e singularidades presentes nas famílias que habitam estes territórios e nas contradições que nela operam. Este movimento feminista, popular e camponês, portanto, revela seu caráter educativo no papel que desempenha visando contribuir para que as mulheres ressignifiquem suas vidas a partir deste cotidiano e se constituam enquanto protagonistas transformadoras de suas vidas, de suas relações e da sociedade em que vivem. Os processos de cuidado realizados essencialmente pelas mulheres camponesas traduzem dimensões da vida desde seu mundo cotidiano até a visão planetária de cuidado em defesa da vida.

No quarto capítulo, estão as tecituras de redes de cuidado e de educação em saúde que perpassam as realidades e as experiências do MMC, além de suas interações político-organizativas, que se articulam nas abordagens da educação popular em saúde. As mulheres que integram o MMC trazem consigo as dimensões da agroecologia e do feminismo, as quais poderão articular-se com a educação permanente em saúde na busca de composições e diálogos que emergem como elementos político-pedagógicos nas experiências dos movimentos sociais populares, em particular, neste Movimento de mulheres e em suas redes de interação. De forma breve, situo também as potencialidades possíveis para os processos de formação em saúde que estou inserida concretamente e os desafios que permeiam esta área.

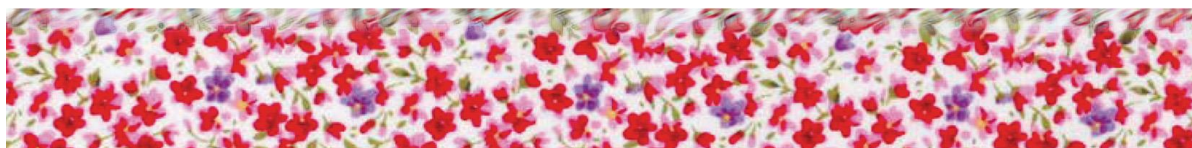
Na conclusão sintetizo as descobertas e reflexões, que apontam desafios novos para o cuidado integral à saúde das populações do campo, das florestas e das águas, bem como

apresento sua complexidade para se qualificar os processos de formação e de educação permanente de profissionais/trabalhadores (as) de saúde para sua atuação em equipes multiprofissionais e ações interssetoriais no cuidado à vida e à saúde das pessoas e na valorização da biodiversidade.

Por fim, esta é uma reflexão em aberto, cujo propósito maior é abrir um espaço ao debate no qual se possa trazer a contribuição que os movimentos sociais populares – com destaque para o MMC – têm a dar no que concerne à formação dos profissionais que atuam na área da saúde.



Capítulo I
Experiências de vida apontam
questões, objetivos e o caminho
de construção da tese



Capítulo I

Experiências de vida apontam questões, objetivos e o caminho de construção da tese

Esta tese se trata de um ensaio com base na reconstituição de memórias. Tem como ponto de partida, a minha caminhada de vida, da interação que venho construindo com as experiências cotidianas das mulheres camponesas e de práticas integrativas, tradicionais de cuidado à saúde da população do campo. Alia-se a inquietude diante do contexto brasileiro e internacional de universalização do direito à saúde e dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) em atender estas populações que vivem no campo, floresta e água, buscando fazer o movimento dialético de desvelar o mundo, com base na ação-reflexão-ação (FREIRE, 1985).

Na minha atuação junto a estes movimentos, grupos e práticas foram sendo vivenciados momentos e situações singulares produtoras de vida, de encantamentos e de profundos sentidos do viver em meio a condições de vida onde as consequências das injustiças e desigualdades sociais é fortemente visível. E, nas palavras de Cora Coralina posso traduzir um pouco das sensações que estas vivências produzem em mim:

*Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
 Colo que acolhe,
 Braço que envolve,
 Palavra que conforta,
 Silêncio que respeita,
 Alegria que contagia,
 Lágrima que corre,
 Olhar que acaricia,
 Desejo que sacia,
 Amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.*

Assim, fui percebendo que a par das estratégias e saberes que os grupos sociais populares foram desenvolvendo para enfrentar a pobreza e a opressão, no seu modo cotidiano

de busca de sentidos ao viver, há elos potencializadores de vida, de alegrias e de superação das dores e sofrimentos, que se entrelaçam às dimensões da ancestralidade, da cultura, da espiritualidade, da arte e permeiam as sutis teias das interações que vão sendo feitas com a natureza, com outras formas de vida que são tecidas nas cores das experiências cotidianas, onde o saber, o fazer e o saber fazer se misturam dialeticamente.

Carregadas de uma mística profunda de amorosidade para com a vida, estas experiências vêm abrindo minha alma e vem me fazendo perceber que há vidas e subjetividades para além das doenças, dos sofrimentos e da clínica. Fui percebendo que determinadas pessoas, mesmo doentes, passam a ser referência de superações e de ressignificações e, outras, aparentemente saudáveis, estão carregadas de falta de perspectivas, de apatia diante de tudo e imobilizadas, colocando-se apenas como expectadoras no cenário da história. Outras, ainda, sempre ativas, colocando-se como protagonistas no palco histórico da vida e desafiando as demais a se constituírem em protagonistas individuais e coletivas para transformar seus contextos reais cotidianos e as estruturas da sociedade.

Estas experiências, permeadas pelas contradições econômicas, sociais, políticas e culturais, desafiam o pensar sobre os determinantes e condicionantes dos processos de saúde e doença dos povos, e, neste caso, particularmente dos campos, florestas e águas. E, com isso, desafiam, também, à reflexão sobre os processos de formação de profissionais/trabalhadores (as) da saúde, historicamente hegemônica pelo paradigma técnico-científico. Muitas são as críticas a este paradigma na educação e na saúde e, com esta tese, pretendo estar contribuindo com este debate, articulando a saúde ao trabalho e à educação.

A pretensão aqui não é de aprofundar esta análise, mas de refletir com base no que já existe acumulado sobre este tipo de formação, cujas características são: a transmissão de conhecimentos de forma fechada, fragmentada, reprodutiva, desconexa da realidade; uma visão mecanicista da vida, segregadora das dimensões biológica, psicológica e social; o ser humano como uma máquina e uma visão centralmente curativa e hospitalocêntrica da assistência à saúde.

Neste sentido, o desafio que se coloca é de avançar nas formas de refletir e construir um tipo de educação criativa, reflexiva, integradora, abrangente, humanista e resolutiva, num processo de ensino-aprendizagem com base na sua realidade e capaz de construir profissionais/trabalhadores (as) da saúde, transformadores desta realidade que é, ao mesmo tempo, específica e estrutural. Nessa formação destaca-se o cuidado das pessoas de forma

integral, atuando em equipes multiprofissionais, respeitando os diferentes saberes sendo capaz de construir, junto com cada sujeito (os chamados “usuários”), o seu projeto terapêutico de cuidado da saúde.

Nesta perspectiva encontram-se experiências de Educação Popular em Saúde, que nasceram junto com as práticas de educação popular, na década de 1960, com profissionais da saúde, estudantes, educadores (as), pesquisadores (as) e lideranças engajadas nas lutas sociais contra a ditadura civil militar, por direitos sociais e pela Reforma Sanitária. Por muitos anos, estas experiências de Educação Popular em Saúde eram caracterizadas como “subversivas” e, por isso mesmo, eram também reprimidas. Depois, passaram a ser compreendidas como alternativas ao modelo hegemônico de educação na saúde.

Mais recentemente, elas vêm ganhando força como experiências pontuais, para além dos movimentos sociais populares, em experiências de Extensão Popular nas universidades, em espaços de gestão democrática na saúde. Na última década, a partir dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e de Dilma Rousseff (2011-2014 reeleita até 2018), há um movimento voltado para a construção da educação popular em saúde enquanto política pública, como práxis – concepção e prática político-pedagógica dinamizadora das práticas educativas, de participação, de gestão democratizada e de cuidado em saúde. Assim, coloca-se um cenário novo e desafiador para o avanço na luta pela emancipação das classes populares, articulando as dimensões de classe, gênero, raça\etnia, geração, orientação sexual e ecológica.

Com base nesta perspectiva, trago as experiências das mulheres camponesas e de grupos sociais, movimentos e práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde, como potencializadores de saberes que, historicamente, não têm sido reconhecidos, mas silenciados e marginalizados dos processos, tanto de cuidado em saúde como também da educação na saúde.

Considerando a análise do contexto histórico-atual e o campo específico da saúde no qual estamos inseridos, somado às experiências de vida, de trabalho e de militância, muitas foram as indagações sobre os processos de formação na saúde, as quais compartilho das críticas, já apontadas por diversos autores (as), como Laura Feuerwerker, Ricardo Ceccin, Júlio Wong, Emerson Merhy, Alcindo Ferla, Eymard Vasconcelos, dentre outros, que apresentam a necessidade dos processos de formação de profissionais da saúde estarem vinculados aos processos de trabalho e na perspectiva transformadora das relações humanas e de trabalho, de sentido de vida às pessoas e de projeto de sociedade. Do mesmo modo,

coloca-se a necessidade de construir processos de educação permanente em saúde, a fim de ressignificar os próprios processos de trabalho nessa área.

Inserida neste olhar crítico, como uma mulher de origem social camponesa, educadora popular, trabalhadora da saúde e docente de saúde coletiva, venho me indagando a respeito das formas de cuidado da vida e da saúde, presentes nas comunidades rurais, populações tradicionais, camponesas, ribeirinhas, quilombolas e indígenas, que vivem nos campos, nas florestas e nas águas onde o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda é frágil.

Entretanto, antes de trazer minhas indagações, merece destaque a atitude corajosa da Presidenta Dilma Rousseff, ao implantar, em 2013, o Programa Mais Médicos⁶, do Ministério da Saúde e da Educação, que possibilitou a presença de médicos e de equipes de saúde para essas comunidades e populações, depois de centenas de anos com essa fragilidade no sistema de saúde brasileiro.

Neste sentido, formulei a questão geradora desta tese, ensaio e pesquisa que realizei a partir da experiência do/no Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) e suas interfaces com as práticas tradicionais, populares e integrativas de cuidado da saúde. Eis a questão:

- ◆ Quais as contribuições político-pedagógicas dos movimentos sociais populares nas experiências e práticas culturais, integrativas, tradicionais de cuidado e de educação popular em saúde, especialmente do Movimento de Mulheres Camponesas, que poderão compor a caixa de ferramentas pedagógicas dos processos de formação de profissionais/trabalhadores (as) da saúde para sua atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) em comunidades do campo, da floresta e da água?

A essa indagação seguem-se outras que buscam detalhar as singularidades de caminhos e trilhas conformadas nesse processo, que sempre busca a perspectiva popular na luta pelo direito à saúde em que historicamente nos indagamos: Por que os saberes populares não são

⁶ O Programa Mais Médicos foi instituído através da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 com a prerrogativa de garantir médicos e equipes de saúde em locais remotos, no campo, nas florestas, nas águas e nas periferias das cidades com base na Pesquisa realizada pelo IPEA, em 2011. Esta, com 2.773 entrevistados revelou que 58,1% da população apontou a falta de médicos como o principal problema do SUS. O Brasil possui apenas 1,8 médicos por mil habitantes. Esse índice é menor do que em outros países e ainda a distribuição desigual de médicos nas regiões do Brasil onde 22 estados estavam abaixo da média na ocasião da pesquisa. Este Programa Mais Médicos já atende mais de 50 milhões de brasileiros (as). (Dados divulgados em <http://blog.planalto.gov.br/programa-mais-medicos-supera-meta-e-chega-a-50-milhoes-de-brasileiros/> Consulta no dia 30 de junho de 2014).

reconhecidos e valorizados nas práticas de atenção à saúde? Por que estas experiências não fazem parte dos processos de formação na saúde? Como o princípio de comunidade e de participação popular e a esfera institucional dialogam na formulação e implementação de políticas de saúde e de educação na saúde?

Assim, com uma visão dialética e na perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos que interagem nos processos de saúde e de formação na saúde é que se formulou a construção reflexiva deste ensaio, baseado em memórias de vida como pesquisadora inserida há décadas na organização e luta das mulheres camponesas, assim como dos processos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Deste modo, este estudo e pesquisa buscou apreender – na experiência das mulheres camponesas do Brasil, em especial, do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, como também nas suas interfaces em outros estados e com os movimentos e práticas de educação popular e saúde – que saberes se expressam nas formas de cuidado à vida e à saúde e que contribuições estas experiências podem trazer para os processos de formação de trabalhadores (as) da saúde de modo que os mesmos possam vir a atuar em comunidades e realidades do meio rural, do campo, da floresta e da água.

A perspectiva popular a que me refiro diz respeito ao olhar dos sujeitos dos movimentos sociais populares, especialmente das mulheres camponesas como protagonistas de atos transformadores das situações-limite da realidade em que vivem, a fim de superá-las e construir sua própria emancipação, de forma organizada e coletiva. Do popular que se tece na busca de superação da consciência ingênua rumo ao inédito viável, como: inacabamento, formação permanente que se constitui em determinados princípios e se orienta por uma ética que busca a justiça, a solidariedade nas relações e nas políticas trazendo a tensão permanente entre ação política e o fortalecimento dos espaços organizativos que animam a luta popular em sua mediação com a esfera institucional. É este popular que, ao produzir atos-limites transformadores da realidade, atualiza sua potência criativa, conforme Freire (1992) e Dantas (2009).

Assim, frente esse contexto sócio-histórico-atual, as questões norteadoras desta investigação foram:

- ◆ Como se dão os processos de saúde-adoecimento dessas comunidades e/ou populações?

- ◆ Que desafios estes processos de saúde-adoecimento colocam para o Sistema Único de Saúde?
- ◆ Como estas comunidades e/ou populações cuidam de suas vidas e da saúde individual e coletiva?
- ◆ Quem são os principais sujeitos do cuidado destas comunidades e/ou populações? Seriam as mulheres? Que saberes elas trazem?
- ◆ Que saberes estão presentes no modo de vida, na cultura, no trabalho e nas formas de cuidado destas comunidades e/ou populações?
- ◆ Que saberes existem nestas experiências eivadas de cultura?
- ◆ O que tem de importante nestas experiências e nestes saberes, que pode contribuir para inovar, ressignificar ou transformar os processos de cuidado em saúde e os processos formativos em saúde?
- ◆ Por que a maioria dos médicos (as) e outros profissionais da saúde, formados no Brasil, oferecem resistências e não querem trabalhar em comunidades do campo, da floresta, da água e das periferias urbanas?
- ◆ Como deveria ser a formação dos trabalhadores (as) da saúde para atuarem no SUS junto a estas comunidades e/ou populações do campo, da floresta e da água?

Estas questões me inquietaram e me colocaram o desafio de fazer o movimento dialético na busca de “desvelar o mundo”, com base na ação-reflexão-ação para apreender nessas experiências e capturar o modo como esta população expressa sua história de luta, suas diversas expressões e linguagens, como a luta pelo direito à saúde é expressa nas rodas de diálogos, nos seus enfrentamentos com a esfera institucional; como estes atores populares se inserem na formulação de políticas de saúde e seus saberes aí implícitos.

É dentro de uma perspectiva transformadora e libertadora que a tese de doutorado se insere. Suas premissas principais sustentam-se em fontes teóricas que caminham nessa perspectiva de transformação da sociedade, das relações humanas e da relação entre os seres vivos no planeta. Destacam-se nessa trajetória autores como: Karl Marx, Antonio Gramsci, Paulo Freire, Rose Marie Muraro, Leonardo Boff, Conceição Paludo, Marlene Ribeiro, Emir Sader, Miguel Arroyo, Maria Cecília Minayo, Emerson Merhy, Ricardo Ceccim, Alcindo Ferla, Madel Luz, Eduardo Stotz, Victor Valla, Eymard Vasconcelos, Júlio Wong, Vera Dantas, entre outros, por se pautarem na convicção da força emancipatória e transformadora das classes populares, no princípio da vida, da dignidade, da democracia, da saúde, da

educação e da construção de novas relações humanas, como estruturantes de um novo projeto de sociedade.

À luz dessas concepções, esta tese se orienta na perspectiva dialética da história e do mundo, sempre aberta ao movimento de construção humana, dos projetos de sociedade e desenvolvimento. (MARX, 1975). Ao mesmo tempo, traz uma concepção de ser humano integral, e, por isso, formado por várias dimensões que se articulam e se complementam: corporal, social, política, histórica e educativa. Uma abordagem de integralidade do ser humano coloca-se como exigência ética e política (enquanto opção) aos que atuam cotidianamente com pessoas, como é o caso, especialmente, das áreas da educação e da saúde. (GRAMSCI, 1989, 1987, 1982; BOFF, 1999; FREIRE, 1996; PULGA-DARON, 2003).

Com base nesses pressupostos, o projeto de investigação com a construção desta tese foi gestado baseando-se em inquietações, em dúvidas e tensões vivenciadas como educadora responsável pela implantação do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (ESCOLA/GHC) e do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Mas também como educadora popular na interação com outros sujeitos ligados a movimentos sociais populares, especialmente de mulheres camponesas, trabalhadoras urbanas, negras, sem teto e catadoras de material reciclável, dos coletivos nacionais de educação popular em saúde⁷ e de organizações, educadores, conselheiros e trabalhadores da saúde, o que me possibilitou refletir e partilhar experiências, construindo novas práticas e gerando novos saberes que sejam promotores da vida, da cidadania, da educação e do cuidado em saúde.

Por isso, está permeada por um “caldo” cultural coletivo e tem suas origens no movimento pela Reforma Sanitária no Brasil e na luta popular, das mulheres, dentro da luta das classes subalternas, (GRAMSCI, 1989) que, ao longo de muitos anos de mobilizações, formulações e conquistas, vêm buscando um novo jeito de compreender e vivenciar a saúde no Brasil.

Além disso, a articulação entre educação e saúde vem se dando, em diversas conjunturas sociais e políticas, associando a ação em saúde e o conhecimento científico que a sustenta com as vivências, os conhecimentos que brotam das experiências cotidianas das

⁷ Os Coletivos de Educação Popular em Saúde mais expressivos atualmente são: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP), Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP) e o Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (GT EPS – ABRASCO).

classes subalternas e os fazeres e saberes acumulados pela cultura popular em relação aos processos saúde-doença.

O processo de reflexão acerca dessa relação fez surgir uma nova expressão, a “educação popular em saúde”, que, de acordo com Miguel Arroyo (2004), tem cinco pontos fundamentais, a saber: a) o diálogo entre os sujeitos; b) a educação vista como humanização; c) o resgate da humanização retirada das pessoas pela brutalidade da realidade, como a fome e o desemprego; d) o trabalho com a totalidade das dimensões dos sujeitos (conscientes, éticos, culturais e estéticos); e) a busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação desses sujeitos, como o corpo, a palavra, o trabalho.

Aliado a esses aspectos, vale salientar que a incorporação da ótica de gênero no mundo acadêmico vem exigindo que as implicações deste olhar perpassem as pesquisas científicas, que, neste caso específico, merecem atenção especial dado que os sujeitos centrais desta investigação/estudo são mulheres:

[...] que não fazem parte de uma categoria homogênea; elas compõem um segmento social considerado pobre ou, como se definem algumas delas, remediado, enfrentando problemas específicos em razão de sua condição social e de gênero; possuem identidades sociais diferentes e diferenças substantivas em relação às mulheres de outras classes sociais. (MACIEL, 2001, p. 15).

E ainda, de acordo com Muraro (2001, p. 7-9):

... a categoria gênero começou a ser usada primeiro para mostrar a discriminação da mulher em todos os níveis [...]. Depois, passou-se a elaborar uma epistemologia questionando as bases da filosofia platônica e cartesiana [...]. O mais revolucionário achado metodológico nesta área é, contudo, a inclusão da subjetividade e da concretude como categorias epistêmicas maiores, ao lado da objetividade e racionalidade [...] Portanto, a nova categoria gênero, criada pelas mulheres a fim de dar conta do seu papel na história na condição humana do fim do século XX, vem acrescentar e complementar a categoria classe social, para dar conta da existência da opressão de diversas naturezas postas na história.

Nesse sentido, a aplicação dos conceitos de gênero e de classe, nesta investigação, requer a incorporação de elementos que deem conta de apreender, refletir e desvelar as contribuições político-pedagógicas que estão presentes nas experiências das mulheres camponesas, e que podem nos ajudar e qualificar os processos formativos de quem cuida ou vai cuidar de gente, que são os trabalhadores (as) da saúde. Além disso, o olhar respeitoso para com as diversidades étnico-raciais, de gênero, geracional, orientação sexual e cultural fez

parte das reflexões desta tese.

Mesmo tendo diferenças com o pensamento da feminista Donna Haraway⁸ especialmente na radicalidade de sua crítica aos movimentos sociais, é interessante seu olhar que afirma "não existe nada no fato de ser mulher que una de maneira natural as mulheres" (HARAWAY, Donna, 2009, p. 47). Para esta autora seria necessário romper com essa política da identidade e substituí-la pelas diferenças e por uma coalizão política, baseada na afinidade e não numa identificação concebida como "natural". O ciborgue, para ela, seria a construção de identificação construída a partir da afinidade, longe da lógica da apropriação de uma única identidade. Outro aspecto interessante é que Haraway propõe deslocar outras dicotomias que operam no Ocidente como a separação entre mente e corpo, realidade e aparência, totalidade e parcialidade. Mais do que deslocar, para Haraway seria necessário romper com essa lógica dualista em favor da fragmentação, da parcialidade e complexificar a reflexão sobre as nossas relações sociais e se relacionar criticamente com a ciência e a tecnologia.

Assim, foi necessário o esforço para a identificação dos saberes presentes nas experiências e o quanto os mesmos têm de potencialidades para estabelecer o diálogo com os processos formativos na saúde, principalmente porque são os principais protagonistas do cuidado com essas populações ao longo dos anos no nosso país.

Aliada a estes aspectos, a atenção esteve voltada também para a implantação de políticas recentemente criadas, como a de educação permanente em saúde, de educação popular em saúde, de práticas integrativas e complementares, de plantas medicinais, de promoção à saúde para a população negra e quilombola, a população do campo, da floresta e da água, em situação de rua e cigana. Aliadas às demais políticas de saúde, vinculadas às redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, todas elas juntas abrem caminhos, possibilidades e potencialidades de produção de vida e saúde no Brasil.

Assim sendo, a construção da tese teve como objeto de estudo as contribuições dos

⁸ Donna Haraway no seu *Manifesto para Ciborgues: Ciência, Tecnologia e Feminismo Socialista no Final do Século XX* publicado pela primeira vez em 1985, utiliza o ciborgue como uma imagem condensada das transformações sociais e políticas do Ocidente na virada do século. Essas transformações dizem respeito, principalmente, aos desafios trazidos pelo binômio: ciência & tecnologia, tanto no que diz respeito à nossa percepção do mundo e de nós mesmos, quanto para as nossas relações sociais. Para ela, com as novas tecnologias, as fronteiras entre os animais e os seres humanos, entre o orgânico e o inorgânico, entre cultura e natureza entram em colapso. A microeletrônica resulta numa desmaterialização numérica do mundo, numa indiferenciação cada vez maior entre o visível e o não-visível, entre o físico e o não-físico. A biotecnologia sugere um novo entendimento sobre o que seria a vida, focalizando a sua dimensão molecular. Assim, híbrido de máquina e organismo, o ciborgue simboliza a ruptura e a confusão dessas fronteiras e pode ser apropriado criticamente para se fundar uma nova política. Em relação ao movimento feminista, a crítica de Haraway diz respeito ao modo como ele vem operando com a categoria "mulher" de uma forma naturalizada.

movimentos sociais populares nas experiências e práticas culturais, integrativas, tradicionais de cuidado e de educação popular em saúde, especialmente do Movimento de Mulheres Camponesas, com vistas a trazer elementos para compor a caixa de ferramentas político-pedagógicas a serem ofertadas aos processos de formação de profissionais/trabalhadores (as) da saúde para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no meio rural, e fortalecer os processos de educação permanente e popular em saúde.

Este ensaio poderá ter uma relevante contribuição aos processos educacionais de formação de profissionais/trabalhadores (as) para a atuação no Sistema Único de Saúde, especialmente nos territórios do campo, da floresta e água, porque procura evidenciar os saberes populares que emergem da experiência, onde não se buscou ainda revelar-se na área das ciências da saúde e da educação.

O objetivo geral foi analisar as contribuições político-pedagógicas que emergem dos movimentos sociais populares e de saúde, em particular, o Movimento de Mulheres Camponesas e suas redes de interação, na perspectiva de trazer mais elementos para compor a caixa de ferramentas pedagógicas a ser disponibilizadas nos processos de formação de trabalhadores (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para a atuação nos territórios do campo, da floresta e das águas, desafios pertinentes no contexto atual.

Decorrente deste objetivo geral é que foram definidos os objetivos específicos para orientar a construção da tese, tais como:

- ◆ Identificar e analisar a dimensão educativa presente nas experiências dos movimentos sociais populares e práticas culturais, integrativas, especialmente do Movimento de Mulheres Camponesas que podem contribuir para inovar os processos de formação de trabalhadores (as) da saúde;
- ◆ Construir bases político-pedagógicas e estratégias de integração entre o ensino, a pesquisa e a extensão no campo da formação de trabalhadores (as) em saúde;
- ◆ Possibilitar a construção de um processo dialógico de ação-reflexão-ação junto com o Movimento de Mulheres Camponesas sobre suas experiências relacionadas à promoção da vida e da saúde.

1. 1. As trilhas metodológicas

A finalidade do processo de construção desta tese foi contribuir para a construção de bases e fundamentos orientadores de processos de formação de trabalhadores (as) em saúde e para a estruturação de programas e processos educativos, que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão, numa perspectiva popular e de interação dialética entre os diferentes saberes. Teve como referência os elementos que emergem das experiências dos movimentos sociais populares, em especial do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) e suas interfaces com a educação popular em saúde, as práticas integrativas, tradicionais e culturais de saúde.

Ao pensar a pesquisa, é fundamental ter presente que é na práxis que se constrói a identidade humana, que não é dada a priori, mas construída historicamente, entrelaçando, dialeticamente, elementos antagônicos constitutivos da identidade, entre outros, gênero, raça/etnia e classe social. A práxis constitui-se como a síntese da existência e da experiência humana; por isso, é a portadora da dinâmica educativa do próprio ser humano. (PULGADARON, 2003, p. 17). Na experiência concreta e no senso comum há uma sabedoria que produz o núcleo do bom senso, capaz de fazer ponderações, de fazer distinções, de estabelecer relações e fazer sínteses diante das circunstâncias cotidianas da vida. No meio popular, o bom senso se revela na capacidade construída pela experiência cotidiana das pessoas de organizações sociais. (GRAMSCI, 1989, p. 44).

Paludo (2001, p.93) afirma que, do diálogo estabelecido entre saber científico e saber popular surge um novo saber, promovendo a mudança das estruturas cognitivas de ambos. Do encontro entre a teoria e a prática, “produto da reflexão sobre o vivido fecundado pelo conhecimento já existente, o novo saber, remete novamente à prática (ação). Prática que se revela, porque antecedida de reflexão, cada vez mais rica de possibilidades”.

Um dos instrumentos que podem promover a articulação entre o conhecimento científico e o conhecimento popular é a pesquisa, aprofundando as temáticas em estudo e criando as condições para a produção do novo saber. Assim, um dos insumos fundamentais à pesquisa é a informação reunida, sistematizada e devolvida aos interessados num sistema aberto, em rede, passível de agregação permanente. As novas tecnologias de informação favorecem o processo de comunicação, de transferência e disseminação do conhecimento, por meio eletrônico ou impresso, permitindo que o saber se generalize, embora ainda o acesso não seja de todos, em razão da situação econômico-cultural da população brasileira.

Essa construção da tese teve como foco a produção de conhecimento sobre uma determinada realidade a fim de contribuir para torná-la melhor, ou seja, o saber entendido como produção de conhecimento que se constrói a partir da prática social e histórica, voltado à ação transformadora e não como algo para ser memorizado ou contemplado ou que aliene o sujeito, mas articulando a teoria à sua aplicação na prática. Nessa perspectiva, a prática desempenha um papel importante no processo do conhecimento, pois é o ponto de partida e o motor que impulsiona a teoria, a produção do conhecimento humano, visando transformar o mundo ou mantê-lo da forma como está. Por isso, o conhecimento requer ação consciente do ser humano no mundo e uma indissociabilidade e articulação dialética entre teoria e prática, no que podemos caracterizar de práxis (ação-reflexão-ação transformadora).

Nesse sentido, o processo de pesquisa se deu na interação entre os sujeitos populares, onde a postura e a relação foram permeadas pelo respeito, interação e reconhecimento das formas próprias de ser e de viver de cada um dos envolvidos no processo. (MARCON, 1999, p. 263).

Esta tese é um ensaio com base na reconstituição de memórias, trajetórias de vida, cartografias e na articulação de múltiplos instrumentos, a saber:

- a) os cadernos de campo com o registro escrito, ilustrativo e fotográfico contendo observações, análises, relatos, histórias de vida, cartas, depoimentos e relatórios de atividades da minha inserção como educadora, militante e pesquisadora há aproximadamente três décadas junto aos vários momentos de organização do Movimento de Mulheres Camponesas;
- b) a revisão bibliográfica da trajetória da luta das mulheres camponesas, dos modos de vida e de produção de saúde e adoecimento das populações do campo, da floresta e das águas;
- c) análise documental do Movimento de Mulheres Camponesas e do registro de ações das organizações e práticas de educação popular em saúde no Brasil;
- d) o desenvolvimento de pesquisa-ação-participativa através dos círculos de cultura, como processo metodológico de construção compartilhada de saberes construídos com as mulheres camponesas.

Assim, a tese têm na educação popular em saúde suas bases, com arcabouço multirreferencial, no campo histórico-dialético, da complexidade, do campesinato, da arte, da

cultura, da espiritualidade, das práticas tradicionais, populares de cuidado em saúde e das reflexões acerca das mulheres e dos contextos dos territórios dos campos e florestas, onde outros diálogos que foram se delineando, envolvendo a educação popular e outros campos do conhecimento. Dessa forma, à discussão trazida por Freire (2000) sobre o inédito viável, acrescento o diálogo com o ser, suas potências e seus afetos.

A produção de conhecimento calcada na cartografia implicou na criação de um circuito de conhecimento como dispositivo para formar planos de expansão da vida, para expressar e encarnar as sensações que as relações, a exterioridade, os meios estão produzindo nas subjetividades, religando a investigação/pesquisa com a vida.

As referências da pesquisa-ação, da comunidade ampliada de pesquisa e das cirandas de aprendizagem também possibilitaram a construção das reflexões presentes nesta tese:

A proposta metodológica também está fundamentada nas ideias da pesquisa ação do Barbier, no que se refere essencialmente à ideia de intervenção, de como os pesquisadores são sujeitos implicados na pesquisa e de como acontece a incorporação da escuta sensível como estratégia de compreensão da linguagem do outro. Inspiramo-nos, também, nas leituras sobre comunidade ampliada de pesquisa, de Oddone (1986), e nas leituras sobre Comunidade Ampliada de Pares, de Funtowicz e Ravetz (1997), para chegar a uma prática sobre participação articulada à ideia de Ciranda de Aprendizagem e Pesquisa (DANTAS, 2009, p.17).

Também se fez presente a abordagem qualitativa das pesquisas que, na perspectiva de Minayo (1996), é aquela que é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, estas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas e caracterizando-se como uma abordagem centralmente qualitativa. Para esta autora, a metodologia é concebida como “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade [...] e inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do investigador” (MINAYO, 1996, p. 22).

Nessa perspectiva, a mesma autora compreende a pesquisa como atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade.

É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. As questões de investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionados. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos. (MINAYO, 1994, p.17-18).

As abordagens que trazem a experiência concreta e seus sujeitos como alicerce para a produção de conhecimentos alimentam as bases conceituais do percurso que realizei. O ponto de partida foram as experiências e não as categorias científicas a priori, pois no campo da saúde há um conjunto de tipos de sofrimentos que é difícil de encaixá-los nas categorias técnico-científicas. Valla (2000) já caracterizava o sofrimento como difuso, que requer outros olhares e reflexões para compreendê-lo como fenômeno humano.

Tendo o diálogo como base das relações compartilhadas de produção de saberes, práticas e de relações de poder, e entendido em sua dimensão ética e metodológica, buscamos interfaces com alguns autores, entre os quais Freire, Dantas e Linhares. Freire (2000) nos desafia a uma prática educativa fundada na abertura ao outro, como experiência fundante dos que se sabem inacabados e se abrem ao mundo e aos outros, em busca de explicações e de respostas.

Contribui nessa reflexão, Dussel (2000) que nos traz a dimensão da alteridade como elemento central para a construção de relações de reciprocidade e de respeito ao outro, que se revela na relação estabelecida com este outro. O sujeito que se abre ao mundo e ao outro inaugura uma nova forma de relação dialógica, em que a inquietude, a curiosidade e o ser inconcluso se forjam no movimento dialético e histórico de construção e ressignificação do humano e transformação da realidade. Assim, o diálogo é este encontro dos seres humanos, mediatizados pelo mundo para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. E, por seu inacabamento, o sujeito está sempre se construindo mediatizado pelo mundo (FREIRE, 2000, p. 154).

Para isto, as trilhas metodológicas que procurei percorrer neste processo também trouxeram a idéia de intervenção em pesquisa ou pesquisa-ação, que inclui os agentes da ação como sujeitos coadjuvantes da reflexão em curso onde as bases conceituais se inspiram na Ciranda de Aprendizagem e Pesquisa, na Comunidade Ampliada de Pesquisa e na Comunidade Ampliada de Pares. Trouxe as obras de Brecht (1967), Canclini (1984; 1997), Linhares (2003, 2007) e Dantas (2009) como referências basilares para compreender a dimensão da arte nas experiências de educação popular em saúde; em Guattari e Rolnik (1996) busquei seu conceito de grupo sujeito e em Oscar Jara (1984; 2006) sua reflexão sobre a experiência junto à ideia de sistematização.

Na perspectiva de traçar diálogos referentes à questão dos movimentos sociais

populares trouxe Santos (1998a, 2000c, 2005b), Melucci (1996) Gohn (2003), Oliveira (1992), Paludo (2002), Freire (1966,1985, 1995, 1996, 2000), Hurtado (1992) e Ribeiro (2004) como interlocutores conceituais na perspectiva de debater os espaços de visibilização das resistências populares, o princípio da comunidade, a esfera institucional, o papel dos movimentos sociais e a base da educação popular. No que se refere às mulheres Muraro, (1983, 2001, 2003) forneceu importantes referências.

A dimensão da territorialidade também é considerada e para compreendê-la e Milton Santos (1994, 2000) é a principal base de referência. Além disso, busquei em Merhy (2000, 2002) as bases sobre processos de trabalho em saúde, e em Stotz (1993, 2004), Stotz, David e Bornstein (2007), Valla (1998, 2000), Vasconcelos (2001, 2011) Pedrosa (2009) e Dantas (2009) sobre educação popular e saúde.

Assim, a construção desta tese articulou a busca no acúmulo teórico construído historicamente no campo da realidade em que se articulam vida e saúde das populações dos territórios do campo, da floresta e das águas. E ainda, da educação e da educação popular em saúde com a análise de elementos político-pedagógicos da realidade concreta e empírica dos movimentos sociais populares do campo, da floresta, das águas, envolvendo:

- ◆ O Movimento de Mulheres Camponesas que tem, na sua trajetória histórica, a questão da saúde e a dimensão cuidadora da vida, especialmente no trabalho do MMC do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina e com o coletivo nacional, que está desenvolvendo o Projeto de Saúde articulado com a agricultura camponesa e ecológica e com o feminismo.
- ◆ As interfaces com a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e suas interações na produção de cuidado e processos formativos em saúde.
- ◆ As interfaces com experiências de educação permanente em saúde

A realização dos círculos de cultura junto ao Movimento de Mulheres Camponesas e nas experiências da ANEPS se constitui como parte da metodologia, pois são construções coletivas de saberes, fundamentadas no pensamento freireano enquanto espaços-tempos de socialização e de problematização, que se caracterizam como locus privilegiados de comunicação e discussão, embasadas no diálogo firmado a partir da fala e da escuta. Nesta metodologia destaca-se a fala, com base nas experiências refletidas dos sujeitos e na produção teórica da educação e da saúde associadas à escuta orientada pela vontade dos indivíduos de

apreender a fala do outro e da outra, problematizando-a e problematizando-se nesse processo.

Os círculos de cultura foram utilizados também para a construção coletiva de memórias, das histórias de vida das mulheres e dos conceitos centrais que se constituíam nesse processo histórico-atual. Os círculos de cultura e a reconstituição de memórias trouxeram o desafio de construir processos de cuidado e de educação em saúde, com um olhar multirreferencial na interface entre as mulheres camponesas, suas famílias e a complexidade dos atores que estão nesses territórios, para dialogar sobre ações de enfrentamento às situações-limite apontadas por estas mulheres camponesas, no que se refere ao seu cotidiano de vida e às implicações sobre suas condições de saúde e as formas de cuidado.

Assim, o ponto de partida na condução destes momentos foi a reconstituição coletiva da memória social dos territórios e de seus processos de produção e cuidado em saúde. Com essa reconstituição expressa através de suas histórias de luta, de resistência, de produção e cuidado em saúde, as mulheres camponesas e suas interfaces trouxeram as situações-limite e, ao mesmo tempo, as potencialidades, as concepções de “vida-saúde-doença-cuidado”, construindo possibilidades de transformação da vida do lugar, a partir de atos-limite. Assim, elas apresentaram as tensões vivenciadas entre a ação política e o fortalecimento dos espaços organizativos do MMC e as interfaces com a saúde e como foram realizando a mediação entre esses dois espaços, renovando as relações sociais cotidianas, incluindo novos sentidos para as ações de educação e cuidado em saúde.

Outro aspecto importante foi perceber como há particularidades e singularidades intergeracionais e ver como as questões de raça/etnia e as dificuldades de tratar aspectos relacionados à orientação sexual e ao aborto, por exemplo, no cotidiano das comunidades rurais, muitas vezes não observados, mas que refletem a complexidade a ser enfrentada pelos espaços institucionais na construção das políticas públicas, bem como a integralidade do território, com suas culturas, seus fazeres, suas potencialidades e seus desafios de estruturar ações interssetoriais, que devem tentar ser suficientemente vigorosas, para romper com a fragmentação setorial.

Portanto, nesta tese tem-se um ensaio, uma elaboração teórica que associa diferentes insumos de conhecimento e seu cotejamento em uma estratégia interpretativa, cuja intenção é a da produção de um saber aproximativo em questões mais complexas, que incidem no cotidiano de produção de saúde e/sofrimento das mulheres, com base em análises da situação de vida das mulheres do campo, da floresta e das águas, inclusive trazendo as marcas de

múltiplas formas de violência, utilizando-nos dos elementos disponíveis em estudos e em relatos de histórias de vida.

A análise documental de cartilhas, vídeos, músicas, poemas, relatórios de encontros, cursos, congressos, textos combinada com as reflexões presentes nos diários de campo/cadernos pessoais de anotações das participações que tive ao longo destes anos, como educadora popular junto com as mulheres camponesas, outras organizações populares, na Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e nas interações já apontadas foi importante para a reconstituição das memórias, além de fazer reflexões e as sistematizações.

A construção implicada desta pesquisa feita com as mulheres camponesas possibilitou a reflexão sobre suas vidas, seus processos de produção do viver e do adoecer, suas relações, dores, sofrimentos e potencialidades, ao mesmo tempo em que evidenciou o caráter essencialmente educativo e humanizador que o MMC vem desenvolvendo junto às mulheres camponesas e seu papel político na sociedade brasileira. Esse processo produziu um conjunto de elementos e, ao mesmo tempo, trouxe novas questões para continuidade de estudos e pesquisas com as mulheres camponesas, com os movimentos sociais populares, feministas e políticos na busca da produção de existências saudáveis e alegres, com valores que afirmem e protejam a vida e a saúde, contribuindo para fortalecer a energia e a força de vida biodiversa e sustentável, que contêm o campo, a floresta e as águas.

Acredito que o processo realizado durante esse percurso formativo, os aprendizados político-pedagógicos que vêm emergindo das experiências das mulheres camponesas do MMC e suas interações na Via Campesina e na ANEPS, no campo da educação popular em saúde, alimentadas pela potência reflexiva da educação permanente em saúde expressa no Educa Saúde e na Rede Unida, com suas interrelações com processos nacionais e internacionais, contribuíram na incorporação de referenciais político-pedagógicos dessas experiências nas vivências cotidianas como educadora e professora na área de Saúde Coletiva junto aos cursos técnicos e de pós-graduação na Escola GHC, no curso de Medicina da UFFS, em Passo Fundo. E ainda, na implantação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), especialmente no Curso Livre de Educação Popular para agentes de saúde e de vigilância em saúde, bem como, no Programa Nacional de Formação desenvolvido com os movimentos populares do campo, para a implantação da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas.

Esse itinerário formativo de produção de conhecimento, com base na reconstituição de memórias e de pesquisa-ação me possibilitou refletir e sistematizar processos complexos de vida e de formulações durante o doutorado, em que os estudos, a pesquisa, o trabalho e as transformações humanas por mim vivenciadas, permitiram a incorporação de paradigmas marcantes e de novos sentidos ao viver, ao autocuidado e a uma vida mais equilibrada. Isso me afetou profundamente, contribuindo para que as dimensões da integralidade do ser humano e da saúde fossem a expressão concreta do meu viver e não referenciais abstratos e vazios de sentido para a minha vida.

A busca da coerência entre o dizer, o pensar e o fazer se constituiu como parte do desafio cotidiano de “ser mais” como pessoa, como mulher e como educadora. Assim, a tese é o resultado sistematizado de parte das descobertas dessa construção educativa proporcionada pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, quando incorporei dúvidas e perguntas que me permitiram reinterpretar as experiências vividas bem como estar mais atenta às novas. Entretanto, há um conjunto de saberes, aprendizados e conhecimentos que produzi nas interações que pude realizar durante esse período e que não estão sistematizadas nessa tese, para a qual o olhar estava focado, mas que, certamente, fizeram de mim uma mulher e uma educadora mais feliz, esperançosa e capaz de lidar com os dramas humanos, com as alegrias e sofrimentos, com os emaranhados e os desafios cotidianos que a vida nos apresenta com uma oferta muito maior de recursos de cuidado e de ressignificação do viver, sem ser apenas o receituário medicalizante que também fez parte importante durante a minha vida.



Capítulo II
A produção da vida, da saúde e do
adoecimento nas populações camponesas
e os desafios para o cuidado
e a educação em saúde



Capítulo II

A produção da vida, da saúde e do adoecimento nas populações camponesas e os desafios para o cuidado e a educação na saúde

Inicialmente é importante assinalar que o modo de ser e viver no campo, na floresta e nas águas tem a marca da resistência e da luta dos povos que vivem nesses territórios. Apesar do avanço do capitalismo no campo com a chamada “revolução verde”, do período de 1950-1970, depois com o “neoliberalismo” na década de 1990 e, atualmente, com o “agronegócio” e o “capitalismo verde” que vem expropriando a biodiversidade em detrimento dos interesses das corporações, dos latifundiários e das transnacionais, esses povos resistem.

Este projeto capitalista no campo vem expulsando os trabalhadores (as), expropriando as riquezas naturais, aniquilando as identidades camponesas, destruindo a diversidade de alimentos, comprometendo a soberania alimentar, contaminando alimentos, terra, água e produzindo um conjunto de doenças oriundas do uso indiscriminado de agrotóxicos (inclusive alguns já proibidos em outros países), dos processos de trabalho onde há mortes por exaustão (uma nova versão do trabalho escravo).

A vinculação entre o projeto de desenvolvimento, os condicionantes e determinantes sociais, econômicos e culturais com os processos de saúde e/ou de adoecimento é um dos conceitos-chave que orientou as reflexões para a elaboração desta tese. Desde os primórdios da humanidade os povos buscaram explicações para as situações de adoecimento e as formas de tratar as doenças das pessoas. Assim, várias foram as formas de compreensão deste fenômeno humano que vem oferecendo bases para os estudos epidemiológicos. É muito recente a visão histórica e social dos processos de saúde-doença.

Para GUTIERREZ & OBERDIEK (2001), a humanidade, desde as suas origens até os dias atuais, vem produzindo culturas e práticas que expressam as diferentes formas de conceber os processos de saúde-doença. Inicialmente se compreendia que as doenças provinham de forças sobrenaturais, atribuídas aos deuses ou demônios\forças do mal. As doenças eram resultado de algum castigo por ter cometido algum pecado ou uma possessão demoníaca. As formas de cura se davam por meio de magias.

Em outra fase, para estes mesmos autores, imperavam os fatores físico-químicos, os “miasmas” que se caracterizavam por emanções do solo ou do ar onde se supunham que eram sujeiras que produziam doenças. Já na terceira fase, considerada a biológica ou microbiológica, com a descoberta do microscópio e do mundo das bactérias é enfatizada a ação dos germes e a degradação que os mesmos provocam no corpo e sobre a saúde. Estas fases têm como ponto comum a abordagem unicausal, ou seja, a que relaciona um único agente ou fator nos agravos à saúde. Por isso, as intervenções de cura se direcionavam a um único fator determinante da doença, sem considerar a complexidade da vida humana e suas relações com o ambiente, o trabalho e o modo de vida das pessoas.

Mas outra fase muda a abordagem da doença, relacionando-a com múltiplas causas e incorporando os aspectos sociais e psicossociais aos processos de saúde-adoecimento. Assim, a saúde e a doença passam a ter diversos fatores determinantes, dinâmicos e até inter-relacionados. Portanto, os processos de cuidado e cura também passam a ser múltiplos. Com isso, as abordagens histórico-sociais ganham força e é sob esse enfoque que segue o olhar reflexivo nessa tese.

2. 1. A saúde dos povos do campo, da floresta e das águas no contexto histórico e atual e os desafios do cuidado integral

As populações do campo, da floresta e das águas têm modos de vida, produção e reprodução social, relacionados predominantemente com a terra e a natureza e tem uma construção de identidade⁹ que as caracteriza, no campo da saúde, conforme segue:

⁹ O tema da identidade ganha força nesta tese porque trago elementos de afinidades e de identificações presentes nos modos de vida, de trabalho, de relações e de universos simbólicos e culturais que caracterizam estas populações, que vivem na resistência aos padrões capitalistas universalizantes. Só conseguem fazer isso, justamente por que identidade não é unicidade, mas elos que compõe a teia complexa e contraditória de suas vidas e relações.

Populações do campo e da floresta: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social, relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais (grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas, gerados e transmitidos pela tradição); dentre outros. (BRASIL, 2011).

Campo, floresta e água, em primeiro lugar. O campo, a floresta e a água não são lugares de natureza em estado puro, são construídos socialmente e com historicidade. Como nos diz o geógrafo Milton Santos (1994, 2000, 2011, 2012), estes são territórios vivos e constituídos por um conjunto de sujeitos sociais que produzem, no seu cotidiano, as formas de ser e viver do/no campo e da/na floresta. São territórios que se constituem por meio das relações que os indivíduos estabelecem entre si, dos afetos, das memórias, da cultura, do exercício de cidadania e do grau de enraizamento que estes indivíduos mantêm com as “forças locais”, provenientes de laços subjetivos e estratégias micropolíticas de sentir, agir, pensar e desejar.

São povos indígenas; comunidades tradicionais; remanescentes quilombolas; quebradeiras de coco; trabalhadores (as) extrativistas e pescadores (as); populações ou sociedades ribeirinhas, do agreste, da caatinga ou do sertão; refugiados e descendentes de imigrantes; população negra; retirantes; trabalhadores rurais sem terra; agricultores (as) e camponeses (as), entre tantos modos singulares de vida, de cultura e de enraizamento ou deslocamento por território para habitar, marcados com as condições básicas de sobrevivência.

Oliveira (2008), abordando as políticas de desenvolvimento na Amazônia, chama a atenção para esse fato, desconhecido ou ignorado pelas políticas oficiais na história do país, até muito recentemente, que é a vida na floresta. Há potência no encontro com estes “territórios” para a construção de uma democracia mais densa e forte, assim, a resistência dos povos da floresta deve ser entendida como luta para a construção de novas lógicas e outros projetos de cidadania coletiva.

Um desafio que se coloca é o da apreensão dessas realidades com a textura que elas

apresentam. Intervir nessas realidades precisa levar em conta as suas singularizações sobre nós, não o contrário. Ao invés de buscá-las para a apreensão de nosso olhar e dos nossos valores, conformando-as aos nossos conceitos, precisamos apreendê-las na sua realidade, captando o “novo”, que nos surpreende e desafia, e não nos confrontando com eles, nem deles nos separando para a formulação de conhecimentos e políticas protetoras e potencializadoras da vida. Destacar a potência existente nesses territórios, distantes da hegemonia da razão urbana, letrada, industrial, consumista e abstrata, não pode nos ofuscar e impedir de ver e ouvir as diferentes naturezas da violência e os desenhos de limite que constituem esses lugares e as populações que neles vivem.

O campo e a floresta, que incluem as águas, têm sido, historicamente, no Brasil, espaços de conflito e disputa econômica, social e política, em que o silenciamento e a invisibilidade configuram estratégias perversas de exploração, expropriação e opressão. Os conflitos de classe, os massacres perpetrados como luta para a construção do território nacional, a espoliação das condições de vida e trabalho, transfiguradas em empregabilidade e renda precárias, são condições mescladas com as de vida e violência. Por certo, impregnam violências de gênero, raça/etnia, geração e classe social. A dor física ou moral no corpo violentado e mutilado não é menor por existirem condições explicativo-analisadoras mais amplas. A violência de gênero, entretanto, perpassa e singulariza as violências de geração, raça/etnia e classe.

Estas populações têm seus modos de vida próprios e os processos de saúde-doença nestas comunidades e famílias têm suas peculiaridades. O processo de saúde-doença é uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou de uma população e considera que ambas estão interligadas e resultam, como consequência, dos mesmos fatores. De acordo com esse conceito, a determinação do estado de saúde de uma pessoa é um processo complexo que envolve diversos fatores.

Assim, historicamente, foram sendo construídas diferentes abordagens para explicar este fenômeno da saúde e doença. Diferentemente da teoria da unicausalidade, muito aceita no início do século XX, que considera, como fator único de surgimento de doenças, um agente etiológico – vírus, bactérias, protozoários –, o conceito de saúde-doença estuda os fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais e, com eles, pretende obter possíveis motivações para o surgimento de alguma enfermidade.

Já o conceito de multicausalidade não exclui a presença de agentes etiológicos numa

pessoa, como fator de aparecimento de doenças. Ele vai além e leva em consideração o psicológico do paciente, seus conflitos familiares, seus recursos financeiros, o nível de instrução, entre outros. Esses fatores, inclusive, não são estáveis; podem variar com o passar dos anos, de uma região para outra, de uma etnia para outra.

Entretanto, estas abordagens são insuficientes para a compreensão deste fenômeno. A visão ampliada que articula os fenômenos de saúde e doença como dimensões do humano que têm condicionantes e determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, os quais incidem nos processos de saúde-adoecimento das populações, vem conquistando legitimidade para dar conta da compreensão da saúde e adoecimento das populações. Também vem contribuindo para refletir e pensar estratégias de ação e interação nos espaços de cuidado e atenção integral à saúde, nos espaços da gestão, tanto dos sistemas como de serviços, nas formas de educação na saúde e nos espaços e mecanismos de participação e controle social.

Esse processo vem se constituindo historicamente no Brasil, a partir do Movimento da Reforma Sanitária e, posteriormente acolhido e preconizado na Constituição Federal de 1988, e nas Leis que regem o SUS. Nesta perspectiva, a Constituição Brasileira de 1988, resultado das lutas sociais por direitos, traz para a área da saúde uma visão ampliada, estabelecendo-a como um direito de todos e dever do Estado e definindo-a como resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos e culturais. Para garantia deste direito universal, segundo a Constituição Federal, é necessário a implantação de um conjunto de políticas que visem a redução dos riscos de adoecer e o acesso universal às ações e serviços de saúde. (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8142\90 e 8080\90) regulamenta o Sistema Único de Saúde e aprofunda esta abordagem afirmando que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

Com essa abordagem para a compreensão dos processos de saúde e doença das populações, na realização da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde¹⁰, os participantes reafirmaram uma profunda crítica ao modelo de desenvolvimento social e econômico com base em políticas neoliberais no âmbito de um processo de globalização, pois o mesmo se fundamenta numa lógica de mercado, que privatiza e medicaliza a saúde em

¹⁰ Conforme a Carta de Brasília, em abril de 2007.

detrimento do direito à saúde e agrava as violações aos direitos humanos e as desigualdades sociais que levam às desigualdades sanitárias que fragilizam e afetam as condições de saúde e de vida que são completamente evitáveis e injustas. Enfatiza que este modelo de desenvolvimento:

...agrava as desigualdades e a exclusão social, que se expressam na concentração da riqueza, da terra, da renda e no uso inadequado dos recursos naturais, aprofundando, ao mesmo tempo, as relações desiguais de gênero e as práticas discriminatórias étnico-raciais, religiosas e de orientação sexual e identidade de gênero (LGBT), aumentando todas as formas de violência no setor rural e na cidade, desde o espaço privado ao espaço público. (BRASIL, 2007).

Para esses movimentos e organizações da sociedade civil, a saúde é um direito humano universal e dever do Estado, cuja realização precisa de um conjunto de determinantes como: a alimentação saudável e segura; o direito ao trabalho digno e a valorização do trabalho reprodutivo; rendas adequadas; acesso à terra, uso da mesma e permanência nela; manejo sustentável dos recursos naturais e renováveis; habitação digna com saneamento ambiental, participação cidadã democrática, acesso universal aos serviços de educação e saúde oportunos, humanizados, de qualidade e pertinentes em termos culturais; políticas públicas sociais inclusivas e relações sociais não sexistas nem racistas, com tolerância cultural e religiosa, o que, por sua vez, expressa que, tanto os determinantes da saúde quanto o direito à saúde, são indivisíveis e interdependentes.

Neste contexto, torna-se evidente que, para avançar na superação das desigualdades em matéria de educação e de saúde, é necessário configurar modelos de desenvolvimento social e econômicos sustentáveis, garantir os direitos humanos, civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, sexuais e reprodutivos, o incentivo da soberania e da segurança alimentar, que erradique a fome nos países latino-americanos do Continente, promovendo a reforma agrária que assegure o acesso, o uso e a propriedade da terra, possibilitando e estimulando processos agrícolas sustentáveis, que preservem a propriedade das sementes ancestrais, no âmbito de uma proposta de agricultura familiar e camponesa, adequadas à diversidade climática da região; reforma urbana que promova uma melhor distribuição do solo urbano e da construção de cidades socialmente justas e ambientalmente sustentáveis; democratização do acúmulo de conhecimentos, por meio do acesso universal à educação; respeito à diversidade cultural; concretização da democracia participativa e desenvolvimento de políticas públicas interssetoriais universais, integrantes, equitativas e participativas.

Corroborar nesta análise o médico italiano Ardigò Martino¹¹ (2014), ao trazer elementos sobre a Saúde Global, suas interrelações entre as desigualdades sociais existentes e a produção de saúde-doença dos povos. Estas questões já estavam na pauta mundial da saúde, em 1978, na *Conferência de Alma Ata*, como podemos observar na declaração que segue:

As profundas desigualdades no estado de saúde entre a maioria dos países industrializados e aqueles em desenvolvimento, bem como dentro dos países, são politicamente, socialmente e economicamente inaceitável e um motivo de preocupação comum para todos os países. (OMS, Dichiarazione di Alma Ata /URSS 12 Settembre 1978).

E, diante disto, é fundamental trazer para a análise como se dão essas questões no âmbito brasileiro. Assim, tomando o Brasil como base, é preciso ter-se claras as suas características. Nosso país tem uma área de 8,5 milhões de km² de extensão territorial, organizado administrativamente pela União, em 26 estados, 5.570 municípios e o Distrito Federal, distribuídos em cinco regiões geopolíticas (Brasil, 2002c). Com estimativa de 202.768.562 habitantes¹² e em processo de transição demográfica, apresenta crescimento progressivo da população idosa¹³, com projeções de crescimento de 16 vezes a mais para os idosos em relação ao crescimento da população em geral. Com tais características os desafios são imensos diante de situações, que apesar de políticas que vêm reduzindo as desigualdades, ainda temos de enfrentar na saúde e na educação o reflexo das desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais que são históricas.

Assim, no Brasil, mais de 31 milhões de pessoas (16,5%) vivem no meio rural, (BRASIL, 2011). As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e correspondem a 47,8% da população residente no meio rural (IBGE, 2010). No que se refere à distribuição por sexo e grupo de idade, o total da população feminina maior de 18 anos de idade corresponde a 69.654.455 pessoas. Destas, 87% (60.550.191) estavam concentradas na

¹¹ Abordagem de Ardigò Martino, médico, professor da Universidade de Bolonha/Itália em evento promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da UFRGS.

¹² Estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O levantamento foi publicado no "Diário Oficial da União" em 28 de agosto de 2014.

¹³ Segundo as informações do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, "em 2000, o Brasil possuía uma população de 169,9 milhões de habitantes: 42,6%, na Região Sudeste; 27,9%, na Nordeste; 14,7%, na Sul; 7,8%, na Norte; e 7,0%, na Centro-Oeste (Brasil, 2000a). Por outro lado, 52,1% da população brasileira estão concentrados nos 239 municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes (4,3%). Nos municípios com população de até 20.000 habitantes (72,3%), moram 18,7% do total da população. As 26 regiões metropolitanas brasileiras concentram 413 municípios (7,4%), onde residem aproximadamente 40% da população. A população urbana corresponde a 81,3% do total. Do total da população, 50,8% são mulheres e 49,2% são homens. Além disso, 54,3% dos habitantes se declararam de raça branca, 44,7% de raça preta e parda, e apenas 1% nos demais grupos (amarela, indígena ou sem declaração)". (BRASIL, 2012).

área urbana e somente 13% (9.104.264), no meio rural (IBGE, 2010). No Rio Grande do Sul (RS), em 2010 a população distribuía-se em 51,33% do sexo feminino e 48,67% do sexo masculino, e destes, apenas 14,90% residiam no campo. Com relação à distribuição por sexo e grupo de idade, o total da população feminina maior de 18 anos de idade era, neste estado/RS, de 4.132.812 pessoas, das quais, 86,33% (3.567.944) concentravam-se na área urbana e apenas 13,66% (564.868), no meio rural. Destas, 71,6% residiam no campo (IBGE, 2010; DIEESE, 2011).

Nesse sentido, conforme a análise no Plano Nacional de Saúde “Os dados sobre razão de renda, proporção de pobres, desemprego e analfabetismo, entre outros indicadores, traçam o perfil socioeconômico da população brasileira, caracterizado por profundas desigualdades regionais e entre os diferentes grupos no interior da sociedade” (BRASIL, 2001b, p. 10). O analfabetismo diminuiu no Brasil, passando de 20%, em 1991, para 14%, em 2000, com queda em todas as regiões e grupos de idade, apesar de ter desigualdades em alguns locais.

Segundo dados referidos no Plano Nacional de Saúde, que analisa as condições de saúde da população brasileira em três dimensões, ou seja, uma visão geral da morbimortalidade, a situação sanitária dos grupos mais vulneráveis e uma abordagem focalizada em algumas áreas de intervenção particularmente importantes no campo da saúde pública; pode-se destacar:

a) Com relação à morbimortalidade cabe destaque as diferenças na mortalidade segundo faixa etária, sexo e regiões no Brasil com base em dados de 2001.

O principal grupo de causas de morte, em todas as regiões e para ambos os sexos, foram as doenças do aparelho circulatório. Em seguida, vêm as causas externas nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste, e as neoplasias, na Região Sul. O risco de morte por causas externas difere segundo o sexo, sendo o segundo grupo de causas de morte para os homens nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Na Região Sul, o segundo grupo de causas de morte para os homens foi o das neoplasias. Para as mulheres, as neoplasias foram o segundo grupo de causas de morte em todas as regiões. As causas externas apresentaram-se como o quinto grupo de causas de morte para as mulheres em todas as regiões, com exceção da Região Sul, onde é o quarto grupo de causas. Os homens morreram mais precocemente que as mulheres. Por exemplo: entre os óbitos masculinos, 23% ocorreram na faixa etária de 15 a 44 anos de idade, enquanto que, para as mulheres, este percentual foi de 11%. O risco de morrer por causas externas – na faixa etária de 15 a 44 anos de idade – e por doenças do aparelho circulatório – na faixa etária de 25 a 44 anos – é maior entre os homens que entre as mulheres. Por outro lado, o risco de morte por câncer foi maior entre as mulheres, quando comparadas aos homens, na faixa etária de 25 a 44 anos de idade. A partir dos 45 anos de idade, as doenças do aparelho circulatório são o principal grupo de causas de morte, seguido das neoplasias e depois, das causas externas. Para os homens, o risco de morrer é maior que o risco das mulheres, tanto para as doenças do aparelho circulatório quanto para as

neoplasias. Em relação à morbidade, merecem destaque as doenças infecciosas e transmissíveis e o câncer. (BRASIL, 2012).

Conforme este mesmo documento, com relação às doenças transmissíveis com tendência declinante ou erradicadas, incluem-se a varíola, o sarampo, a raiva humana, o tétano neonatal, a difteria, a coqueluche, o tétano acidental, a doença de Chagas, a hanseníase, a febre tifoide, a rubéola, a oncocercose, a filariose e a peste. Algumas doenças transmissíveis apresentam um quadro de persistência ou de redução em período ainda recente, incluindo-se a malária, a tuberculose, as meningites, a leishmaniose e a febre amarela.

Em relação às doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, ressalta-se o surgimento da AIDS, no início da década de 1980, a reintrodução da cólera, a partir do Peru, em 1991, a epidemia de dengue, que passou a constituir-se, no final dos anos 1990, em uma das prioridades da saúde pública no País.

O surgimento do vírus ebola com a maior epidemia na África e se espalhando para outras regiões, assim como o vírus Chikungunya que, após causar epidemias de febre na Ásia, África, Europa e Caribe, tem grande possibilidade de se espalhar em outros países da América, inclusive no Brasil, também preocupam a população.

Além disso, no Brasil, a maior parte dos anos de vida vividos com incapacidade provém das doenças não transmissíveis, tanto para homens quanto para mulheres. Destaca-se que, enquanto no sexo masculino 7,7% se refere às causas externas, apenas 3,5% entre as mulheres também estão nesse grupo. Por outro lado, verifica-se um excesso de 15% de morbidade para o sexo feminino, em relação ao masculino, para as doenças neuropsiquiátricas, e de 40% para as doenças musculoesqueléticas. Em contraste, identifica-se um excesso de morbidade de 40% para o sexo masculino para as doenças respiratórias crônicas.

b) Com relação às condições de saúde de grupos vulneráveis, no Brasil, estão: a população do campo, os negros, os índios, as crianças, os adolescentes e jovens, as mulheres, os idosos, os trabalhadores, os portadores de deficiências e os presidiários.

Atualmente ainda continuam adoecendo e morrendo milhares de pessoas por situações relacionadas às condições de vida e às desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais, questões que poderiam ser superadas. No caso específico das populações do campo, da floresta e das águas, há questões estruturais que incidem sobremaneira sobre as condições de saúde das mesmas. Mesmo com a melhoria das condições de vida nos últimos anos, ainda persistem iniquidades no que se refere à distribuição das riquezas, com amplos setores dessas

populações ainda vivendo em condições de extrema pobreza, que se manifesta na falta das mínimas condições de acesso aos direitos básicos de vida, como a alimentação adequada, água potável, rede de esgoto, destino adequado do lixo, acesso à terra e trabalho digno, acesso à educação, à moradia digna, aos serviços de saúde, dentre outros.

Um das maiores marcadores da desigualdade no campo é a estrutura fundiária onde, dos mais de 5 milhões de estabelecimentos agropecuários existentes no Brasil, conforme o Censo Agropecuário do IBGE, de 2006, 47% deles possuem área de até 10 hectares, ou seja, é composta de pequenos agricultores e ocupa menos de 3% da área total pois, os grandes proprietários de terra, com áreas iguais ou maiores de mil hectares representam cerca de 1% das propriedades e ocupam uma área de 43% do total dos estabelecimentos. Cerca de 29,9 milhões de pessoas residem em localidades rurais e as condições de saúde dessas populações são precárias e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

O acesso à terra, ou ao território rural para produzir, morar e viver envolve conflitos importantes no cotidiano de vida de trabalhadores sem terra, quilombolas, ribeirinhos, pescadores e indígenas. A falta de acesso à terra tem relevância e incide sobre os processos de saúde dessas populações que se veem obrigadas a trabalhar como boias frias, empregados sazonais, meeiros ou outras formas de trabalho, muitas vezes em regime de semiescravidão¹⁴.

No caso específico dessas populações do campo, na análise que o Plano Nacional de Saúde apresenta, este ressalta as condições de vida como elementos de determinação social da saúde destas populações, conforme segue:

Dados oficiais do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/Incra, de julho de 2003, informam que existem 6.044 assentamentos no País, distribuídos em 1.857 municípios, com capacidade para cerca de 760 mil famílias. Os acampamentos informados pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura/CONTAG somam 419, com cerca de 43 mil famílias distribuídas em 297 municípios. Os acampamentos do MST são 595, com cerca de 87 mil famílias. As comunidades remanescentes de quilombos são 743, distribuídas em 315 municípios, ocupando cerca de 30 milhões de hectares e com uma população estimada de dois milhões de pessoas. Entre as populações que moram em reservas extrativistas, estima-se a existência de cerca de 100 mil seringueiros, 60 mil pessoas

¹⁴ Para ilustrar essa situação, vale destacar as condições de vida e saúde da Comunidade Quilombola de Mormaça, em Sertão/RS, à qual há um ano venho acompanhando mensalmente com os estudantes do Curso de Medicina da UFFS/PF. A falta de terra para produção faz com que tenha o êxodo rural, por um lado, os mais jovens e, de outro, o tipo de trabalho que tem no município para essa população é ser empregado das “granjas”, nos serviços mais pesados, penosos e de pouca remuneração, com carga horária pesada e sem nenhuma garantia previdenciária ou em setores menos valorizados da indústria da alimentação e em horários que impedem o convívio familiar. Essa rotina de trabalho impede que tenham alimentação saudável e possibilidades de estudar. Os maiores problemas de saúde dessa população dizem respeito à condição de vida precária, aos processos de trabalho e às formas de exclusão e preconceito que vivenciam.

vivendo da extração da castanha e 400 mil garimpeiros. As quebradeiras de coco de babaçu, na sua grande maioria mulheres, compoem um universo de cerca de 300 mil pessoas, distribuídas pelos Estados do Tocantins, do Maranhão, do Pará e do Piauí. Estima-se, ainda, para a Região Amazônica, a existência de cerca de 700 mil agricultores familiares, com distintas situações de domínio da terra. As populações ribeirinhas habitam, principalmente, os Estados do Amazonas, de Rondônia, do Acre, do Pará, de Mato Grosso, do Amapá e de São Paulo, estimando-se, para toda a Região Amazônica, mais de 600 mil pessoas, das quais cerca de 300 mil no Estado do Amazonas. Os atingidos por barragens correspondem a uma população estimada em 10.000 famílias, sendo que, até o ano de 2006, com as novas obras previstas, calcula-se que sejam atingidas mais de 70.000 famílias. (BRASIL, 2012).

Outra questão se relaciona à saúde da população indígena:

O perfil epidemiológico da população indígena é marcado por altas taxas de incidência por doenças respiratórias e gastrintestinais agudas, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição, doenças imunopreveníveis, malária e tuberculose. Além disso, tornam-se cada vez mais frequentes problemas tais como hipertensão arterial, diabetes, câncer, alcoolismo, depressão e suicídio. No tocante à saúde indígena, assinala-se que os dados mostram que a mortalidade infantil vem declinando a uma média de 10,6% ao ano, em relação a 1998, quando era de 96,8 por 1000 nascidos vivos, chegando, em 2002, a um coeficiente de 55,7 por 1000 nascidos vivos. Vale ressaltar que, em 2000, o coeficiente de mortalidade infantil para as crianças não indígenas foi de 29,6 por 1000 nascidos vivos. (BRASIL, 2012).

A mortalidade infantil e a desnutrição vêm diminuindo nas últimas décadas em virtude das políticas sociais conjugadas com as da saúde, como é o caso do Programa Bolsa Família, dentre outros.

A juventude brasileira, composta por indivíduos de 10 a 24 anos de idade, representa aproximadamente um terço da população, mais de 51 milhões de jovens. Em 1970, o País contava com 18,3 milhões de jovens de 15 a 24 anos de idade e, em 2000, com mais de 32 milhões nesta mesma faixa etária. O aumento populacional desse segmento, ocorrido nas últimas três décadas, resulta de uma transformação na estrutura etária da população brasileira, em razão da queda da fecundidade, do declínio da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer. São extremamente preocupantes os riscos à saúde que são submetidos os jovens, conforme segue:

Entre os agravos à saúde que afligem esse grupo populacional no Brasil, destacam-se a violência, a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, o envolvimento com drogas e seu tráfico, o desemprego, dentre outros. Dados relacionados à morbidade hospitalar do SUS por causas externas revelam que, em 2003, 16% das internações por essas causas ocorreram na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, tendo sido registrados 1.835 óbitos. Segundo dados SIH/SUS, das 121.433 internações nessa faixa etária, 67% decorreram de outras causas externas de traumatismos acidentais, tais como quedas, afogamentos, envenenamentos e lesões

provocadas por armas de fogo. No período de 1993–2002, a taxa de homicídios da população negra é superior a da branca: 34 em 100 mil e 20,6, em 100 mil, respectivamente. Além disso, “a proporção de vítimas de homicídios entre a população parda ou preta é 65,3% superior à branca” (WAISELFISZ, 2004).

Outro aspecto determinante está relacionado ao saneamento básico que, no meio rural, apresenta um déficit de cobertura, especialmente de água, onde 67,2% capta água de chafarizes ou poços (protegidos ou não), diretamente de cursos de água sem nenhum tratamento ou de outras fontes alternativas insalubres. Isso, possivelmente, ajude a explicar porque a morbidade referida no meio rural brasileiro aponta para um maior percentual de indivíduos com diarreia, e vômitos em relação à área urbana.

No que concerne às questões relativas à saúde da mulher, os dados revelam que as principais causas de morte da população feminina no Brasil são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; ocorrem também as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias; e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em especial a diabetes e as causas externas (BRASIL, 2000b).

A maioria dos partos no Brasil é realizada em ambiente hospitalar, mas, em várias regiões, especialmente nas zonas rurais, muitas mulheres têm acesso apenas ao parto domiciliar, realizado em condições precárias. Ao lado disso, destaca-se que a atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre, ainda, o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito a sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2004g).

As questões relacionadas ao aborto também são preocupantes porque milhares de mulheres morrem por problemas relacionados a isso.

Com relação aos idosos, estudos com base populacional têm demonstrado que, no Brasil, a grande maioria dos idosos – mais de 85% – apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e, cerca de 15%, pelo menos cinco, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente, atingindo quase 60% deste contingente populacional. Esses mesmos estudos populacionais, embora ainda limitados em número, demonstram que 4% a 6% dos idosos apresentam formas graves de dependência funcional; 7% a 10%, formas moderadas; 25% a 30%, formas leves. Somente 50% a 60% dos idosos seriam completamente independentes.

Quanto às pessoas portadoras de deficiência, as principais causas de deficiência são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva, as doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis, as perturbações psiquiátricas, o abuso de álcool e de outras drogas, a desnutrição, os traumas e lesões decorrentes dos elevados índices de violências e de acidentes de trânsito.

c) Com relação à alimentação e nutrição, à saúde mental, à saúde bucal e aos acidentes e à violência.

Interessante observar que no Brasil são inúmeros os problemas inerentes à alimentação e à nutrição inadequadas (Brasil, 2003g). As deficiências de micronutrientes, sobretudo as carências relativas à vitamina A, ao ferro, ao iodo e ao ácido fólico, evidenciam um quadro preocupante. Em 1996, 10,5% das crianças brasileiras apresentavam déficit de altura (<-2dp), com variações entre as regiões brasileiras, situando-se entre 5,1%, no Sul, e 17,9%, no Nordeste. Enquanto na população urbana do Nordeste 13% de crianças apresentam déficit de estatura, na zona rural, a frequência é de 25,2%, em contraste com 4,6% no centro-sul urbano do País. Em 1996, os maiores índices de déficit de crescimento na população urbana passaram a ser encontrados no Norte e não mais no Nordeste.

A obesidade na população brasileira está se tornando mais frequente que a desnutrição infantil, indicando um processo de transição epidemiológica. Em 1989, cerca de 32% dos adultos brasileiros apresentaram algum grau de excesso de peso, entre os quais 6,8 milhões de indivíduos (8%) possuíam obesidade, com predomínio entre as mulheres (70%). Na faixa etária de 45-54 anos de idade, 37% e 54% têm obesidade, entre homens e entre mulheres, respectivamente. O aumento da prevalência da obesidade no Brasil, apesar de estar distribuído em todas as regiões e nos diferentes estratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda.

Em relação à saúde mental, estima-se que 3% da população geral sofram com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual. Destaca-se que 2,3% do orçamento anual do SUS são aplicados na área de saúde mental.

No âmbito da atenção à saúde mental, o cenário atual evidencia uma tendência de

reversão do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária. Assim, a atual política de saúde mental do Ministério da Saúde tem como uma de suas principais diretrizes a redução gradual e planejada dos leitos psiquiátricos, a partir dos hospitais de maior porte, garantindo-se a assistência aos pacientes.

Os principais desafios nessa área são: o fortalecimento das políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; a implementação de uma política de saúde mental eficaz no atendimento de pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego; e o aumento dos recursos do orçamento anual do SUS para a saúde mental.

O levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, concluído em outubro de 2003 (Brasil, 2004m), evidenciou que este campo constitui um problema relevante de saúde pública: nas crianças de 12 anos de idade, o índice de CPO - número médio de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados - é de 2,78, com claras diferenças regionais (no Norte, o CPO encontrado é igual a 3,13; no Nordeste, 3,19; no Centro-Oeste, 3,16; no Sul, 2,31; e no Sudeste, 2,30). Para os adolescentes, o CPO foi 6,17 e, para os adultos, 20,13. Isso significa que, entre a adolescência e a idade adulta, aproximadamente 14 dentes são atacados pela cárie.

Os idosos apresentam um CPO de 27,79, sendo a perda dental o principal problema (quase 26 dentes extraídos, em média, por pessoa). Menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam as gengivas saudáveis. A perda dentária precoce é grave. A necessidade de prótese total – dentadura - é identificada já entre os adolescentes. Mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional – todos os dentes foram extraídos ou os que restam têm a sua extração indicada – em pelo menos uma arcada. Desses, mais de 15% necessitam de pelo menos uma dentadura. Entre os idosos, os dados são ainda mais preocupantes. Três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional, dos quais mais de 36% precisam de pelo menos uma dentadura.

Nas décadas de 80 e 90 do século 20, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral (Brasil, 2001c). A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório.

Na ampla faixa etária dos cinco aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes se encontram em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais – são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (SOUZA, 1994). A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas.

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM revelam que, em 2001, 30.266 pessoas morreram em consequência de acidentes de transporte. Desses óbitos, 44% foram jovens de 20 a 39 anos de idade e 82% do sexo masculino. A partir de 1998, com a introdução do novo Código Brasileiro de Trânsito, ocorreu uma redução importante no número de óbitos (em torno de cinco mil). O coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil, em 1996, foi de 22,6 por 100.000 habitantes e, em 2001, 18,0 por 100.000 habitantes.

Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de Anos Potenciais de Vida Perdidos - APVP. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. Em 2003, o total de gastos com internações decorrentes de acidentes e violências correspondeu a R\$466,6 milhões, aproximadamente, 12,5% dos dispêndios com internações por todas as causas.”

Nas últimas décadas, o Brasil passou por diversas mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que evidenciaram transformações no modo de vida da população. A ampliação de políticas sociais na área de saúde, educação, trabalho e emprego e assistência social contribuiu para a redução das desigualdades sociais e permitiu que o País crescesse de forma inclusiva. Também se observou rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional, apresentando como consequência, maior expectativa de vida e redução do número de filhos por mulher, além de mudanças importantes no padrão de saúde e consumo alimentar da população brasileira. As principais doenças que atualmente acometem os brasileiros deixaram de ser agudas e passaram a ser crônicas.

Apesar da intensa redução da desnutrição em crianças, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes em grupos vulneráveis da

população, como em indígenas, quilombolas, em crianças e mulheres que vivem em áreas vulneráveis. Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, e as doenças crônicas se constituem como a principal causa da morte entre adultos. O excesso de peso acomete um em cada dois adultos e uma, em cada três, crianças brasileiras.

Para o enfrentamento desse cenário, é urgente a necessidade da ampliação de ações interssetoriais que repercutam positivamente sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição. Nesse contexto, o setor saúde tem importante papel na promoção da alimentação adequada e saudável, compromisso expresso na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A promoção da alimentação adequada e saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) deve fundamentar-se nas dimensões de incentivo, e proteção da saúde e combinar iniciativas focadas em políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde.

Outro aspecto se refere à saúde bucal, especialmente em crianças, onde as que vivem no meio rural estão na área de risco, conforme estudo realizado em São Paulo:

É clara a tendência de redução da cárie dentária nas populações de 12 e 15 anos de idade, cumprindo a meta proposta pela OMS para o ano 2000; embora esta não seja uma realidade na faixa etária de 5 anos, onde a meta de 50% de crianças livres de cárie só foi alcançada nos melhores níveis de renda, sendo indicada a implantação do enfoque de risco para o controle da cárie dental, com ênfase na zona rural. (REV. FOB V.9, n.1/2, p77-85, jan./jun. 2001).

Atualmente ainda continuam adoecendo e morrendo milhares de pessoas por situações relacionadas às condições de vida e às desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais, questões que poderiam ser superadas.

Um dos temas de relevância central é dos agrotóxicos, que, apesar de poucos estudos e pesquisas, tem seu uso indiscriminado no Brasil. Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),

...os agrotóxicos são agentes constituídos por uma grande variedade de compostos químicos (principalmente) ou biológicos, desenvolvidos para matar, exterminar, combater, repelir a vida (além de controlarem processos específicos como os reguladores de crescimento). Normalmente, têm ação sobre a constituição física e saúde do ser humano, além de se apresentarem como importantes contaminantes

ambientais e das populações de animais a estes ambientes relacionadas (ANVISA, 2002)¹⁵

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) divulgou, no final de 2012, à sociedade e ao Estado brasileiro, um dossiê, evidenciando a preocupação de pesquisadores, professores e profissionais, com o aumento do uso de agrotóxicos no país, ocasionando a contaminação do ambiente e das pessoas, com severos impactos sobre a saúde pública e a segurança alimentar e nutricional da população. Este é um dos poucos documentos públicos que versam sobre esta problemática que, embora seja relevante e preocupante, ainda permanece oculta e invisível em detrimento de interesses econômicos. Esta entidade científica reforçou também, neste documento, seu...

...compromisso com a saúde da população e o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional, no contexto de afirmação da modernização agrícola conservadora, da monocultura químico-dependente, com o objetivo de alimentar o ciclo dos agrocombustíveis, da celulose ou do ferro-aço, e não as pessoas. (ABRASCO, 2012, Parte 1, p. 05).

O documento segue afirmando:

Esses cultivos avançam sobre biomas como o cerrado e Amazônia, impondo limites ao modo de vida e à produção camponesa de alimentos. Eles consomem cerca de metade dos mais de um bilhão de litros de agrotóxicos anualmente despejados em nossa Terra. A identificação de numerosos estudos que comprovam os graves e diversificados danos à saúde provocados por estes biocidas impulsiona o lançamento deste dossiê. A amplitude da população à qual o risco é imposto, dado já muito evidenciado em dados oficiais, reforça a relevância deste documento: são 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 – o que representa praticamente toda a sociedade, que tem seu direito humano à alimentação saudável e adequada violado. (ABRASCO, 2012, Parte 1, p. 5).

O referido documento será a principal referência para a abordagem que apresentarei nesta reflexão sobre a relação entre os processos de produção de saúde e adoecimento dos povos do campo, da floresta e das águas. Trata-se do:

Dossiê ABRASCO – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde: Parte 1: Agrotóxicos, segurança alimentar e nutricional e saúde; Parte 2: Agrotóxicos, saúde, ambiente e sustentabilidade e Parte 3: Agrotóxicos, conhecimento científico e popular: construindo a ecologia de saberes.

¹⁵ ANVISA. Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos. Relatório Anual 4/06/2001 – 30/06/2002. Brasília/DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002.

Um dos maiores agravos do uso indiscriminado de agrotóxicos se refere à sua relação com a segurança alimentar, nutricional e com a saúde num cenário em que se destaca o mercado de agrotóxicos, que, no ano de 2010, cresceu 190% e tem alcançando US\$ 8,5 bilhões em 2011, onde as lavouras de soja, milho, algodão e cana-de-açúcar representam 80% do total das vendas do setor (ABRASCO, 2012).

As maiores empresas que controlam esse mercado são multinacionais instaladas no Brasil (BASF, Bayer, Dupont, Monsanto, Syngenta, Dow). Em 2010, correspondiam a 22% na América Latina, sendo 19% no Brasil, que é o maior mercado de agrotóxicos do mundo, seguido de perto pelos EUA. Observam-se acordos e fusões de empresas que dominam, ao mesmo tempo, o mercado de agrotóxicos, de sementes e de medicamentos. A estrutura de mercado mostra os acordos comerciais entre si. Bayer e Monsanto; BASF e Monsanto (núcleo controlador dos acordos de todos). O mercado de agrotóxicos está concentrado em herbicidas que representaram 45% do total dos agrotóxicos comercializados, os fungicidas responderam por 14% do mercado nacional, os inseticidas 12% e as demais categorias de agrotóxicos por 29% (ANVISA; UFPR, 2012).

Para evidenciar como esse uso de agrotóxicos no Brasil é elevado, basta ver os dados da safra de 2011, onde foram plantados 71 milhões de hectares de lavoura temporária (soja, milho, cana de açúcar, algodão) e permanente (café, cítricos, frutas, eucaliptos), o que corresponde a cerca de 853 milhões de litros (produtos formulados) de agrotóxicos pulverizados nessas lavouras, principalmente de herbicidas, fungicidas e inseticidas. Essa quantidade gera uma média de uso de 12 litros por hectare e a uma exposição média ambiental/ocupacional/alimentar de 4,5 litros de agrotóxicos por habitante (IBGE; SIDRA, 2012; SINDAG, 2011).

Os danos à saúde pela exposição aos agrotóxicos incidem sobre trabalhadores das fábricas de agrotóxicos, da agricultura, da saúde pública e outros setores; da população do entorno das fábricas e das áreas agrícolas; além dos consumidores de alimentos contaminados – o que representa praticamente toda a sociedade, que tem seu direito humano à alimentação saudável e adequada violado. (DOSSIÊ ABRASCO 2012, Parte 1, p. 05).

Os riscos a que estamos expostos são muito sérios, pois cerca de 434 ingredientes ativos e 2.400 formulações de agrotóxicos estão registrados nos órgãos oficiais e permitidos no Brasil. Entretanto, dos 50 mais usados no Brasil, 22 deles já estão proibidos na União

Europeia e alguns estão há anos em revisão e enquanto não tem decisão continuam sendo usados, mesmo proibidos em outros países. (Op. cit., p. 05).

Em estudos recentes na área de Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), pesquisadores observam que grande parte dos agrotóxicos apresenta capacidade de desregulação do sistema endócrino humano, o que altera os níveis de hormônios sexuais, causando efeitos adversos, principalmente sobre o sistema reprodutor. O câncer de mama e do ovário, a desregulação do ciclo menstrual, o câncer de testículo e próstata, a infertilidade, o declínio da qualidade seminal e a malformação de órgãos reprodutivos são alguns dos exemplos dessas complicações. Registram também que, com o aumento do consumo nacional de agrotóxicos, tanto no agronegócio, como na agricultura familiar, crescem as evidências de que a utilização destas substâncias não está apenas relacionada especificamente à produção agrícola, mas se transforma em um problema de saúde pública. (CREMONESE, Cleber; FREIRE, Carmen; MEYER, Armando and KOIFMAN, Sergio, 2012).

Apesar de poucos, os estudos publicados sobre os impactos do uso de agrotóxicos sobre a saúde e o ambiente, há décadas o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) e outros movimentos sociais populares do campo vêm alertando sobre os problemas gerados pelo uso de agrotóxicos. Entretanto, desde os anos de 1970, com o lançamento do livro Primavera Silenciosa, de Rachel Carson, “um alerta foi colocado na sociedade sobre a complexidade e a delicadeza das inter-relações ecológicas feridas pelos agrotóxicos” (CARSON, 2010; apud Augusto, 2012 et alii) e colocou questionamentos frente o desenvolvimento capitalista e sua invasão aos processos da vida e da natureza.

Dez anos mais tarde, na I Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, em Estocolmo, na Suécia, com o tema “Limites do Crescimento” é assumido o conceito de desenvolvimento sustentável como resposta às contradições entre os problemas socioambientais em curso, com os interesses hegemônicos do capital internacional, que, ao adotar o novo conceito, buscou rapidamente ver quais os ganhos financeiros neste novo “filão” no desenvolvimento e na sequência foi construindo um conjunto de estratégias que se consolidam já na Rio+20 e, atualmente, no que se chama de “Economia Verde” com a lógica do capital no discurso da sustentabilidade¹⁶. Se utiliza da transgenia como forma de reduzir o uso de agrotóxicos, mas é apenas retórica pois no pacote

¹⁶ Para aprofundar esse tema PORTO-GONÇALVES, C. W. Sustentando a Insustentabilidade. Ecodebate: Cidadania & Meio Ambiente. Disponível em: <hyperlink>. Acesso em: 16 jun. 2012. 2012, p. 02.

tecnológico do uso dos transgênicos já vem os agrotóxicos.

Mesmo com as advertências internacionais, a força hegemônica dos interesses do capital se fortaleceu no mundo e, no Brasil, após 1965 e com mais força nos anos de 1990 com a adoção do modelo neoliberal. Para ter uma idéia de como esse processo avançou no Brasil,

Em 2003, 112 mil imóveis concentravam 215 milhões de hectares, e em 2010, 130 mil imóveis concentravam 318 milhões de hectares. Portanto, em sete anos, mais de 100 milhões de hectares passaram para o controle de grandes empresas, de latifundiários. Todavia, apenas 1/5 das posses de imóveis rurais tem documentos legais que permitem dizer que são de fato propriedade privada de alguém (CARVALHO, in: DOSSIÊ ABRASCO, Parte 2, 2012, p. 26).

Além disso, esse documento identifica quem são as empresas transnacionais que vem hegemonizando esse mercado no Brasil.

(...) no Brasil, o mercado de agrotóxicos esteja controlado por seis grandes grupos transnacionais: Syngenta, Bayer, Basf, Dow, DuPont e Monsanto. Já a oferta de fertilizantes está concentrada, desde 2007, em apenas três grupos transnacionais: Bunge (Amsterdã e Nova York), Yara (internacional ASA, Oslo) e Mosaic (EUA, principalmente fósforo e potássio). Não é demais lembrar que, em 1992, as empresas estatais Ultrafertil e Fosfertil, ambas da Petrobras, controlavam a oferta de fertilizantes no país. O comércio varejista de alimentos também é controlado pelos grupos econômicos transnacionais: 26% dele está nas mãos de empresas, como a Nestlé, a Pepsi e a Coca-Cola (CARVALHO, in: DOSSIÊ ABRASCO, Parte 2, 2012, p. 26).

Essa situação oligopolista controla o mercado internacional de produção de grãos e, conseqüentemente, do pacote tecnológico químico com o uso indiscriminado de agrotóxicos e, segundo Rigotto (2011), a posição alcançada pelo Brasil como maior consumidor mundial de agrotóxicos está inserida em um contexto de reestruturação produtiva no plano mundial e em especial na América Latina, cabendo a esses países o papel de produtores de commodities para o mercado internacional.

O processo produtivo adotado pelo agronegócio destrói a natureza, se utiliza de trabalho escravo, produz adoecimento e está ficando insustentável em todos os sentidos¹⁷. Esses aspectos revelam a necessidade da realização de estudos, pesquisas e investigações que desvelem essa face perversa e destruidora da vida que perpassa o projeto de desenvolvimento do agronegócio. Segundo o prefácio da Parte 3 do Dossiê da ABRASCO, Boaventura de

¹⁷ Estudo de pesquisador PIGNATI, W. A., 2007, tese doutorado FIOCRUZ, 2007, p.18.

Souza Santos, assim se manifesta:

Os impactos na saúde pública do uso intensivo de agrotóxicos são amplos porque atingem vastos territórios e envolvem diferentes grupos populacionais, como trabalhadores em diversos ramos de atividades, moradores nos arredores de fábricas e fazendas, além de todos nós, consumidores, que consumimos alimentos contaminados. Em todos os espaços ou setores da cadeia produtiva do agronegócio, estão comprovadas intoxicações humanas, cânceres, malformações, doenças de pele, doenças respiratórias, tudo decorrente da contaminação com agrotóxicos e fertilizantes químicos das águas, do ar, do solo. Dois terços dos alimentos consumidos cotidianamente pelos brasileiros estão contaminados pelos agrotóxicos, segundo a análise de amostras recolhidas em todas as 26 Unidades Federadas do Brasil, realizada pelo Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos. (SOUZA, in: ABRASCO, 2012, Parte 3, p.13).

Nesse sentido, ainda poderíamos nos perguntar sobre quais os efeitos que os alimentos contaminados por agrotóxicos causam nas pessoas que os consomem, sejam da cidade ou do campo? Que males esses agrotóxicos produzem na terra, nas águas, nos vegetais, nos animais, na natureza como um todo?

Além do uso abusivo de agrotóxicos pela hegemonia desse pacote tecnológico para a agricultura, isso se agrava na utilização sem o uso de proteção individual, sem orientações, na reutilização dos vasilhames para outras finalidades dentro do ambiente familiar e, no caso da pulverização aérea que afeta a população inteira de um determinado local. Segundo documento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), nos dados do IBGE em 2009, mais de 25 mil pessoas declararam estar intoxicadas e 47,5 mil disseram não saber (BRASIL, 2012, p.15).

A saúde desses trabalhadores (as) tem a ver com as condições de trabalho a que são submetidos (as) no seu cotidiano e que poderiam ser evitadas. Como resultados, observam-se as dores e lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionadas à sobrecarga de trabalho braçal (LER/Dort), acidentes de trabalho, formas de adoecimento mal definidas, o sofrimento mental¹⁸, como também doenças profissionais como a silicose, as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos, já apontados anteriormente. Além disso,

¹⁸ Sobre esse tema das formas de adoecimento mal definidas e o sofrimento mental está muito presente em todos os municípios de base agrícola. Um dos marcadores que temos utilizado com os estudantes de medicina é a grande quantidade de usuários do SUS nos municípios que utilizam medicamentos psicotrópicos há mais de 10 anos. Esses aspectos são evidências, pois não realizamos estudos aprofundados para identificar as causas disso, mas o que se percebe é que a Saúde mental é um desafio para as populações do campo e da floresta, assim como esse desafio se coloca para os profissionais das equipes de saúde que atuam nesses territórios, e, em especial aos médicos (as). Será que a única solução para problemas de saúde relacionados à saúde mental é a utilização de medicamentos? Na caixa de ferramentas de cuidado não teriam outras abordagens de cuidado?

algumas doenças endêmicas estão intimamente ligadas a essas populações do campo e da floresta, como é o caso da malária, febre amarela, doença de chagas e leishmaniose, e que se concentram na região Amazônica.

Outra questão relevante que incide diretamente sobre a saúde dessas populações e, em especial, sobre as mulheres, é a violência que, ao nos preocuparmos com o desafio de conhecer, a partir de dados ou informações científico-tecnológicas a presença da violência contra a mulher no campo, na floresta e nas águas, deparamo-nos com um grande silêncio.

Não encontramos dados de pesquisa social, investigação epidemiológica ou produção científica com densidade analítica, evidenciação estatística ou de descrição na cultura, relativos à violência perpetrada contra as mulheres camponesas que, em contrapartida, não está ausente. Encontramos evidências de sua presença ao buscar dados informais, relatos de vida, confidências, biografias e documentários focais, denúncias e reivindicações feitas pelos movimentos de mulheres e organizações sociais populares do campo e da floresta. O silenciamento dos dados e da informação é compartilhado pelo silenciamento da dor sofrida em situações de abuso e violação de direitos, pelas mulheres que vivem e trabalham nos campos e florestas do Brasil.

Estudo que realizei em 2009, para a Secretaria de Políticas para as Mulheres, vinculada à Presidência da República, e que intitulei “Um grito lilás: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta” (PULGA-DARON, 2009), na metáfora do grito, ao mesmo tempo de dor e de expressão de luta, liberdade e emancipação, se associa à metáfora da cor lilás, que fala das políticas do feminino e feminista, mas que pode falar, também, das marcas da violência no corpo das mulheres. O grito das mulheres organizadas vem demonstrar que, em paralelo ao levantamento de dados e informações parece necessário levantar a voz dessas mulheres, em paralelo à denúncia sobre a derrubada da floresta e os danos à vegetação nativa, de acabar com o latifúndio e os crimes no campo, parece necessário derrubar a violência contra as mulheres, materializada pela invasão de seus corpos, subjetividade e bens sociais, culturais e simbólicos.

Uma engrenagem social de silenciamento parece se expressar na cultura do campo e floresta e na produção científica ou letrada sobre o cotidiano das mulheres, na correlação de suas feminilidades, na violência, no trabalho rural e na floresta, na família rural e de floresta, no campo e na floresta. Esse conjunto, como segmento, não parece constituir um território de conhecimentos e análises. A força de vida presente no campo e na floresta pela

biodiversidade, produção de alimentos, plantas aromáticas, condimentares, medicinais e extração de matérias primas à produção de bens e insumos, não pode prescindir da força de vida e do trabalho das mulheres. Ao contrário, essas forças de vida associadas elevarão a qualidade da vida humana e das relações socioculturais da cidadania nacional.

Na vivência com as mulheres camponesas e nos poucos estudos que tratam da realidade dessas populações, é possível afirmar que o contexto cotidiano das mulheres do campo e da floresta é marcado pela sobrecarga de trabalho, exploração, opressão, discriminação e violência doméstica. Esta realidade traduz as múltiplas faces da violência como fenômeno presente no território vivo do campo e da floresta, que opera no contexto de suas vidas e se materializa no seu corpo em sofrimento, dor ou adoecimento, cuja relação entre esse fenômeno da violência com a saúde nem sempre é percebida pelos profissionais de saúde, especialmente pelos (as) médicos (as).

A implicação direta dessa abordagem é a medicalização das pessoas em sofrimento, dor ou adoecimento, que nem sempre seria o melhor caminho para tratar e resolver as verdadeiras causas dessa situação de saúde, identificadas apenas pelos sintomas, sem analisar o contexto e a produção de vida, saúde e doença ali presente.

As mulheres trabalhadoras rurais, camponesas, do campo, da floresta e das águas, além de enfrentarem a dureza das conseqüências deste modelo capitalista perverso, do mesmo modo como todos os trabalhadores rurais, acabam sentindo na pele as marcas da sobrecarga de trabalho (de sol a sol na roça, o cuidado com os filhos, a casa, comida, roupas, animais, pomar, horta, entre outras tarefas cotidianas), da opressão, discriminação e violência que têm crescido. No caso das mulheres pescadoras, a situação não é diferente, pois as suas condições de trabalho também são penosas e sem reconhecimento social.

Estas marcas, na esfera da economia, especificamente na produção, as mulheres vêm demarcando como uma de suas lutas centrais, ou seja, a soberania alimentar dos povos, ao denunciar o uso abusivo de agrotóxicos, transgênicos e ao afirmar as “sementes como patrimônio da humanidade” e de onde provém o alimento saudável. Historicamente, são as mulheres camponesas as responsáveis pela produção, cultivo, colheita de alimentos, assim como das deliciosas formas de preparo da comida que é servida à mesa das famílias do campo, das florestas e das águas, que se dá também com as mulheres pescadoras, ribeirinhas e que vivem nas florestas, nos quilombos e nas comunidades indígenas. Esse trabalho tem sido pouco reconhecido e valorizado, porém, muito recentemente, as mulheres conquistaram o

reconhecimento da profissão de trabalhadora rural com muita luta das mulheres, em 1988, no contexto da redemocratização pós-ditadura civil militar. Entretanto, as responsabilidades para com as tarefas cotidianas relacionadas à reprodução da vida e do trabalho doméstico, apesar de esforços e mudanças em algumas famílias, no geral, ainda a carga maior de trabalho e de responsabilidade acaba por recair sobre as mulheres.

No que se refere à esfera política da participação das mulheres, apesar destas conquistarem e participarem dos mais diversos territórios por elas conquistados, ainda prevalece a participação nos espaços de tarefas, depois de representação; poucas são as que estão nos espaços de decisão, como é o caso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, que foi presa e torturada durante o Regime Militar.

No que tange à esfera da cultura há um caminho longo a percorrer, pois a opressão e discriminação sobre as mulheres se sustentam pela ideologia burguesa machista que, quando não consegue a hegemonia pelo convencimento, de que sua condição é esta e que deve ser assim, é usada a repressão e da violência para oprimir as mulheres. Esse processo se dá por meio de músicas que discriminam a mulher ou reforçam as formas de comportamento que colocam a mulher numa condição inferior ao homem, inclusive através de propagandas que utilizam o corpo feminino como objeto. A hegemonia da educação sexista ainda reproduz as discriminações. Sobre essa situação de violência cabe ressaltar que:

O fenômeno da violência, associado à exploração, opressão e discriminação de gênero, raça/etnia, classe/ geração e orientação sexual compõe faces de um mesmo processo histórico-sócio-cultural que vem impondo como padrão das relações humanas a lógica de dominação, exploração, discriminação e violência que se reproduz socialmente como algo natural, cuja implicação desta naturalização é a aceitação social desta dura realidade. (PULGA-DARON, 2011, p. 66).

Nesse sentido, com as mulheres vinculadas ao movimento de Mulheres Camponesas pude perceber que o universo simbólico e a matriz ideológica que justifica e naturaliza a violência e estas formas de dominação e exploração é a mesma que justifica o domínio e a exploração degradante sobre a natureza.

A semente é colocada na “mãe terra” para “Produzir”! a mulher para “Reproduzir”! Mulher e Terra são apenas meios, instrumentos para “produzir” e “reproduzir”. Desta forma, justifica-se o uso de qualquer tipo de ação, intervenção humana sobre a terra (exploração, domínio, uso abusivo de tecnologias que destroem as formas de vida na terra, entre outros mecanismos de apropriação, poder e domínio em favor dos interesses mercantis da terra como negócio lucrativo para alguns que se apossam

dela como propriedade privada, como também das riquezas naturais presentes nela (água, florestas, biodiversidade,...). Como esta forma de tratar a natureza foi se constituindo hegemonicamente como natural, torna-se inquestionável. (PULGADARON, 2011, p.66).

A cultura patriarcal e machista, associada aos interesses do mercado capitalista utiliza a força de trabalho das mulheres para manter e sustentar o modelo de agricultura centrado no agronegócio¹⁹, nos monocultivos, na utilização de tecnologias pesadas e devastadoras do ambiente, como é o caso do uso indiscriminado de agrotóxicos (no caso do Brasil utilizando agrotóxicos já proibidos em outros países), da mão-de-obra escrava, da dependência dos agricultores em relação às indústrias transnacionais que, a cada dia, expulsam mais gente do campo para as periferias da cidade e vêm produzindo adoecimento progressivo nas populações do campo e da floresta, que adoecem e morrem de todas as causas muito mais do que as populações do meio urbano. Além disto, a reprodução cultural deste padrão patriarcal e machista se dá no âmbito familiar e social e se reproduz pela ação tanto das mulheres como dos homens.

Neste processo histórico de naturalização deste padrão de violência encontram-se as influências religiosas, políticas, econômicas, culturais, antropológicas, sociológicas, que dão lugar de propriedade a alguém, à terra, ao gado, à máquina, à mulher e que tem suas origens e fundamentos no patriarcado, que se entrelaçaram e/ou se fortaleceram especialmente nas sociedades de classes e de desigualdades sociais.

As percepções e evidências trazem uma realidade dura e complexa, onde a cultura patriarcal, racista e de exploração/dominação está enraizada no corpo, nas relações familiares, nas relações sociais, políticas e econômicas e nas relações com a natureza.

Esta realidade complexa está presente na trajetória histórica de sujeitos sociais que, historicamente, lutam para sobreviver e resistem no campo, enquanto classe social, e que toda vez que estas vozes se apresentam socialmente são caladas pela imposição, pela força e pela violência institucionalizada, que criminaliza estes sujeitos políticos e sociais, como também

¹⁹ Consiste o agronegócio numa articulação empresarial voltada à exportação de produtos primários ou que agregam pequena parcela de tecnologia, tratando-se principalmente de minérios e gêneros agrícolas que são produzidos em larga escala e comercializados no Brasil e no exterior. Envolve o setor de máquinas (tratores, ceifadeiras, colheitadeiras etc.), a produção agrícola, as tecnologias associadas a essa produção, a industrialização dos produtos, o setor de distribuição e serviços e o setor bancário, responsável pelo financiamento da produção (...). A definição do Brasil no plano econômico nacional e internacional, como produtor e exportador de produtos primários, está associada ao poder, à importância e fortuna dos empresários do agronegócio, grandes proprietários de terras que se articulam com o sistema financeiro tanto para financiar a produção quanto para aplicar lucros no mercado de ações (RIBEIRO, 2013, p. 674).

as organizações das quais fazem parte. No caso das mulheres do campo e da floresta há a marca simbólica destas vozes, silenciadas por meio do assassinato de Margarida Alves²⁰, entre tantas outras ocultadas no registro histórico, mas muito vivas na vida das mulheres camponesas.

Adentrando na análise deste fenômeno das várias formas de violência cotidiana e simbólica – através da linguagem e da imagem – as pessoas vão internalizando conceitos discriminatórios, que podem levar à violência. Ao dizer que “mulher tem que esquentar a barriga no fogão e esfriar no tanque”, por exemplo, é um modo de naturalizar ideologicamente a exploração feminina e a desvalorização da mulher. Além disso, as propagandas da televisão, as telenovelas e outros programas que utilizam o corpo das mulheres, ainda persiste, apesar de iniciativas para coibir esse tipo de publicidade.

O espaço familiar, visto como aquele em que as pessoas buscam a segurança, o afeto, o carinho, tem sido, para muitas mulheres, o recanto da violência física e psicológica, associada à sobrecarga de trabalho e de responsabilidades não valorizadas pela sociedade, bem como às duras formas de preconceito, discriminação e tabus que cercam o cotidiano de cada mulher, que vive e mora na roça.

Em depoimentos, cartas, histórias contadas pelas mulheres nos encontros, nos grupos de mulheres, demonstram o quanto essa condição produz medo, ansiedade, angústia, sentimento de culpa e impotência diante da realidade, produzindo sofrimento e adoecimento, muitas vezes aparecendo nos índices de causas mal definidas ou de queixas difusas.

Isso se agrava se pensarmos que a formas de cuidado em saúde ainda são insuficientes, para a percepção e o tratamento adequado a essas situações, visto que, historicamente, a saúde da mulher foi pensada no tratamento de dois órgãos: útero e mamas, o que implicou num

²⁰ Margarida Maria Alves, foi a primeira mulher agricultora a ocupar o cargo de presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Alagoa Grande na Paraíba. Durante 12 anos na presidência da entidade, Margarida lutou para que os trabalhadores do campo tivessem seus direitos respeitados, como carteira de trabalho assinada, férias, 13º salário e jornada de trabalho de 8 horas diárias. Foi fundadora do Centro de Educação e Cultura do Trabalhador Rural. As denúncias de abusos e desrespeito aos direitos dos trabalhadores nas usinas da região, feitas por Margarida Alves, resultaram no seu assassinato, encomendado por fazendeiros. Em seu discurso na comemoração do Dia do Trabalhador, em 1º de maio de 1983, Margarida Maria Alves denunciou que vinha recebendo ameaças de morte e disse sua frase mais famosa: ‘É melhor morrer na luta do que morrer de fome’. No dia seguinte, ela foi assassinada, mas deixou um importante legado que resultou em uma série de conquistas para os trabalhadores do campo. Margarida se tornou um símbolo de força, de garra, de coragem, de resistência e luta. Um exemplo e um estímulo com grande força mobilizadora. Muitas mulheres trabalhadoras rurais se inspiram em Margarida Alves para resistir, lutar contra as formas de discriminação e violência no campo, qualificar, mobilizar e participar das lutas por igualdade de gênero, por justiça e paz.

cuidado fragmentado e centrado na mulher, como reprodutora e não de forma integral, como pessoa.

As mulheres são as que mais consomem remédios; têm dores e sofrimentos próprios do desgaste do seu dia-a-dia, onde ninguém ouve seus planos, seus desejos, sua sexualidade; o trabalho de casa não é reconhecido; o sofrimento e a dor que vivem não são identificados pelos profissionais de saúde. Estes sintomas, muitas vezes, escondem a violência doméstica, a violência física, o abuso sexual, que permanecem como segredos, por conta do silêncio de quem sabe e da sociedade, que são os cúmplices dessa situação.

Entretanto, uma das influências centrais na reprodução, submissão e até mesmo justificação da submissão das mulheres é a questão religiosa, que está inserida concretamente no universo e na vida da mulher camponesa, como uma questão muito atual, complexa e difícil de tocar. A relação da religião com a violência não é um tema que aparece na superfície, e que possa ser imediatamente perceptível. Não se pode, também, relacionar automaticamente a pertença a uma única religião, como causa ou maior incidência de violência, mas ter presente as mais variadas igrejas cristãs.

Há influência de muitos valores religiosos da organização social patriarcal, estruturadora da discriminação, desqualificação e exclusão das mulheres em muitas esferas da vida pública e na vida privada. O mito do “pecado original” produz grandes consequências na construção psicocultural da culpa feminina e da sexualidade da mulher, juntamente com a afirmação da incapacidade de a mulher ser sujeito de sua história. Vale dizer que várias religiões vêm, historicamente, tendo um papel fundamental na subordinação feminina, impondo uma cultura patriarcal, machista, androcêntrica, onde a figura masculina que prevalece e se impõe. Muitas mulheres até hoje suportam horrores caladas e, muitas delas, levam ao túmulo uma história de vida sob um intenso sofrimento, entendendo-o como normal.

Mas quando visitamos a história deste Continente americano, desde 1500, com a chegada dos europeus colonizadores, é que a experiência religiosa mostra-se exatamente o contrário do imaginário popular religioso. Ela é, em si, uma experiência intrinsecamente violenta. A violência vem acoplada à religião cristã, desde o início da colonização branca deste Continente.

Esse conjunto simbólico se cristalizou na cultura ocidental provocando e justificando verdadeiras atrocidades na violência de gênero. As mulheres introjetaram, na sua identidade, esses mitos religiosos, difundidos até a modernidade, pela correia da instituição eclesial cristã.

Atualmente, não se pode mais atribuir somente à Igreja esse discurso, pois ela impregnou-se na cultura e espalha-se pelas esferas mais diversificadas, especialmente pela identidade de gênero. Por isto, a desconstrução dessa identidade é um processo muito lento e complexo. Abandonar símbolos e mitos requer a criação de novos referenciais. A recriação de referenciais também passa por recriar uma organização social, instituições e modelos de relações diferentes entre mulheres e homens.

Especialmente, se faz necessário abordar a discussão sobre religião e violência de gênero/raça/classe, diante de uma tendência fundamentalista das grandes religiões no mundo. Infelizmente, os que detêm o poder nas igrejas: católica, protestante, islâmica, pentecostal, evangélica nas suas diversas expressões, entre outras, assumem uma perigosa posição fundamentalista, incapaz de acolher com carinho e respeito o outro (a), em sua alteridade, sem destruí-lo. Percebe-se como o fundamentalismo avança na ideia da verdade única, religião única, poder único e o Vaticano, onde se encontra a representação máxima do catolicismo, defende a ideia fundamentalista da cultura única, da democracia única e da história única. É uma tendência que está se fazendo visível em plena secularização – provocada por muitas motivações e querendo justificar muitas ações também, apontando e, ao mesmo tempo, ameaçando o avanço da emancipação das mulheres, que está sendo conseguida com muita luta e rupturas conflituosas. Por outro lado, encontram-se setores internos nesses espaços religiosos, que combatem essa vertente, sendo inclusive, em alguns casos, apoiadores das lutas das mulheres.

Cabe destacar, também, que a estrutura familiar se constitui como um dos espaços do ciclo de produção e reprodução da violência cotidiana, onde a família, na forma como a conhecemos hoje, é considerada uma instituição social básica, fundamental para a formação do indivíduo. Cabe aos pais zelar pelo desenvolvimento físico, emocional e cultural de seus filhos, provendo as suas necessidades básicas, garantindo-lhes proteção e segurança, numa relação de amor, carinho e afetividade. A família é considerada a célula mãe da sociedade, baseada nas relações de amor, corresponsabilidade e compromisso. Nela se geram e cultivam novas vidas e os pais têm o compromisso de cuidar destas novas vidas, tanto no crescimento como em todos os níveis: humano, social, psicológico-afetivo, cultural, educacional, entre outros. No entanto, o paradoxo é que, ao mesmo tempo em que a família é lugar de acolhimento, amor e cuidado, ela vem sendo também um dos espaços onde as mulheres mais sofrem.

Ao penetrar mais profundamente no cotidiano das famílias, deparamo-nos com fatos e situações não imaginadas. Quando se trata da violência cotidiana, doméstica, em se tratando da família camponesa, é importante frisar que, neste contexto, se encontra muito viva, ainda hoje, uma estrutura familiar bastante conservadora, rígida nos princípios, mantendo a reprodução da cultura patriarcal. Somado a isso, temos, também, o impacto da violência estrutural e conjuntural nas relações interpessoais, o que afeta profundamente as relações familiares, levando à produção e reprodução de modelos de comportamentos violentos, no cotidiano social e familiar. Crianças que vivem em situação de violência familiar aprendem a usá-la como forma de vida e têm grandes possibilidades de reproduzi-la, nos seus relacionamentos, tanto na condição de crianças quanto na de jovem ou adulto (ARAÚJO, 2002).

Na estrutura familiar camponesa, a violência contra a mulher ocorre dentro do ambiente doméstico, portanto, na família, onde o agressor é sempre alguém de confiança e do convívio da vítima (pai, padrasto, irmão, vizinho, tio, compadre, marido, namorado, companheiro, amante). Isto vem contradizer a forma de organização do núcleo familiar, onde a família é colocada pela sociedade como um espaço de segurança da mulher. Em outras palavras até de “proteção” da mulher. A violência no espaço doméstico, quando não se dá de forma evidente, ocorre com frequência no cotidiano das mulheres, embutida e disfarçada através do pensamento dominante, como a segurança da cultura machista de que “a mulher é propriedade do homem” de forma a perpetuar o poderio do macho sobre a fêmea, a convivência da sociedade ao não se imiscuir no que, na linguagem popular, se expressa como: “em briga de marido e mulher não se mete a colher”, o que é reforçado, também, pela pregação da Igreja quando impõe às mulheres obediência e submissão.

Na família se produz e reproduz a construção de uma relação de poder, fazendo com que a mulher reconheça e assimile a sua inferioridade. Nesse caso, as mulheres apreendem uma visão de si mesmas como objetos. Ao lado disso, vem à educação para o medo – o medo da violência, de sair às ruas, de ficar fora de casa, de falar, de protestar, da violência sexual, de enfrentar o mundo, entre outros e, principalmente a construção da personalidade para o medo. Outro elemento que torna mais difícil lidar com a violência doméstica é a humilhação. As relações pessoais e afetivas são permeadas pela agressividade, o que é contraditório com o discurso “oficial” e religioso do amor eterno, casamento, etc. Assim, o espaço doméstico reproduz todas as faces da violência nas relações de gênero: física, sexual, psicológica, moral, cultural, que vem desde a humilhação, as ameaças de morte e assassinatos, bem como, na

tensão de causar danos físicos ou emocionais, criando um ambiente permanente de pânico e terror. O homem controla a mulher pela força da intimidação.

Desta forma, muitas são as razões que impedem as mulheres de romper com o ciclo da violência e com o silêncio. A primeira constatação, ao iniciar este trabalho junto às mulheres camponesas, foi de que as mulheres se tivessem que se identificar (colocar seu nome) quando pesquisadas, não falariam com sinceridade, ou até não falariam nada sobre a sua vida com relação à violência. É importante destacar que as mulheres têm muito medo de expressar as violências que sofrem no seu cotidiano. Aliado a esse medo, existe um sentimento de impotência que as coloca, cada vez mais, em situação de submissão, reproduzindo essa cultura para seus filhos e filhas, como também um sentimento de culpa e a culpa em dois aspectos:

- ◆ Por não ter conseguido resistir diante das formas de violência;
- ◆ Por achar que é culpada pelo que aconteceu, porque não foi suficientemente obediente, dócil, submissa e que o homem é diferente e pode fazer o que quer. Outra razão muito incisiva, somada ao medo, é a vergonha de que outras pessoas possam saber do que acontece na intimidade, na integridade física, psicológica de suas vidas.

Esses fatores todos contribuem e intensificam a realidade de que a violência é uma das formas de controle da sociedade sobre a vida das mulheres. Mas é importante destacar, também, que a influência da “indústria do entretenimento, da prostituição, do tráfico de mulheres e adolescentes”, que movimenta bilhões de dólares por ano²¹, é uma realidade que se faz presente no meio rural, também, com especificidades próprias em áreas de grandes monocultivos, em regiões onde prevalecem as comunidades tradicionais.

Mas para mudar o quadro existente e propiciar condições de mudanças faz-se necessário criar espaços comunitários, onde as mulheres possam levar seus problemas, amarguras e dificuldades, assim como suas esperanças e desejos, construindo a certeza de que terão retorno às suas propostas, sabendo que o primeiro passo, para desfazer a sensação de abandono, que afeta a maioria delas, é verificar que muitas estão na mesma situação e que, juntando forças, é possível interferir nesta situação. Isto significa tornar-se parte de um conjunto integrado, reivindicativo, propositivo, apesar das grandes questões a serem

²¹ Para maior aprofundamento sobre o tema buscar em FARIA, Nalu; POULIN, Richard. *Desafios do livre mercado para o feminismo*. São Paulo: SOF, p. 40-69, 2005.

enfrentadas no contexto da pobreza, das distâncias, da falta de serviços, entre outros.

As condições objetivas e concretas das mulheres do campo e da floresta, para enfrentarem estas múltiplas formas de violência cotidiana, e a complexidade com que se apresenta a violência doméstica, são enormes desafios, pois as condições de acesso às políticas e recursos já existentes estão longe de ser uma realidade para estas mulheres. Elas acabam dependendo de quem as agride, para poderem deslocar-se do interior para a cidade, pois as áreas são muito distantes, a precariedade das estradas e a falta de transporte coletivo e de infraestrutura, aliadas às questões emocionais apontadas anteriormente, colocam a exigência e o compromisso ético do Estado e da sociedade para com a defesa da vida e da dignidade destas mulheres.

Entretanto, de 2009 para cá, tanto a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e os organismos de políticas para as mulheres nos estados e municípios, o Fórum Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e da floresta, como também as lutas, marchas e mobilizações dos Movimentos de Mulheres Camponesas, das Margaridas e da Via Campesina, vêm rompendo com este silêncio mais do que secular.

A violência precisa ser encarada como problema de saúde pública, garantindo a atenção integral à saúde de todos e das mulheres, com participação popular e controle social, com o respeito às diferenças, o acolhimento às queixas das mulheres, em espaços de escuta e de educação em saúde.

Os processos de saúde/doença envolvem os indivíduos nas questões objetivas, subjetivas e intersubjetivas, com o meio em que eles vivem, as relações que estabelecem com as pessoas, com a natureza e as relações sociais no espaço da produção e na esfera da reprodução, do poder e da cultura. São aspectos que, na maioria das vezes, os profissionais de saúde têm dificuldades para considerar na avaliação clínica das pessoas que procuram os serviços de saúde. Os processos hegemônicos de atenção às doenças, nos serviços de saúde e nos processos de formação dos profissionais de saúde, não dão conta da complexidade que é pensar a saúde, cujo centro deveria ser a compreensão da “teia da vida”, e não somente as doenças como são comumente tratadas atualmente.

Essa situação de saúde das populações do campo, da floresta e água é bem complexa, tem relação direta com as implicações do modelo de desenvolvimento adotado no campo, com as disputas de território, com os processos de trabalho, de produção, com os modos de vida e de alimentação, com as formas de relações que se estabelecem entre as pessoas e,

destas com a natureza.

Todas estas questões estão situadas no campo intersetorial e que incide, sobremaneira, na saúde dessas populações e, ainda, se articula às dificuldades de acesso aos serviços devido à dispersão física dessa população, aos problemas socioeconômicos, à insuficiência e à escassez de serviços e políticas públicas para essas populações e comunidades, bem como à dificuldade de ter profissionais, especialmente médicos para atuarem nessas áreas.

Essa complexidade requer um olhar à multidimensionalidade dos significados e subjetivações que perpassam os elementos implicados nos processos saúde/adoecimento/cuidado e a pluralidade de contextos de vida e de trabalho dessas populações, em especial das mulheres camponesas.

Para dar conta dessa complexidade, algumas políticas no campo da saúde vêm sendo construídas no Brasil. Cabe salientar aqui a Política Nacional de Saúde da População do Campo e da Floresta, que é a base orientadora para o cuidado integral a essas populações. Agrega-se a isso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (que é referência também para o cuidado às Comunidades Quilombolas), a Política Nacional de Saúde Indígena (para as Comunidades e populações indígenas), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (que é referência para o caso das mulheres), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a Política Nacional de Plantas Medicinais, que envolve toda a cadeia produtiva (produção, industrialização, distribuição e utilização, no SUS), a Política de Equidade, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que articula a dimensão das práticas populares de cuidado, dentre os princípios e diretrizes constitucionais e legais do SUS, além de normas, protocolos e ações de saúde preconizadas neste Sistema Único de Saúde. Todas estas políticas que, ao mesmo tempo em que são direcionadas a populações específicas, também são responsáveis pela garantia do acesso universal, integral e equânime à saúde de toda a população.

Além disso, merece destaque a ação do Programa Mais Médicos, do Ministério da Saúde, que atingiu mais de 50 milhões de brasileiros em locais onde não existia a presença desse importante profissional de saúde, nos locais mais distantes do meio rural, campo, floresta, águas, e também nas periferias das cidades.

Todavia, a isso se acrescenta um componente fundamental para uma política de estruturação de sistemas de saúde, direcionado às áreas rurais e remotas. Trata-se da formação de recursos humanos capacitados para atuarem nessas regiões. Isso envolve a reorganização

dos currículos médicos e a descentralização da formação em saúde, juntamente com medidas para facilitar o acesso de estudantes do interior aos cursos de medicina. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) também reconhece que:

Um componente fundamental de uma política de estruturação de sistemas de saúde para áreas rurais e remotas é a formação de recursos humanos capacitados para atuarem nessas regiões. Isso envolve a reorganização dos currículos médicos e a descentralização da formação em saúde, juntamente com medidas para facilitar o acesso de estudantes do interior aos cursos de medicina. O padrão-ouro para a formação pós-graduada de médicos para a atenção primária de áreas rurais e remotas é o treinamento em programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, que os capacita para serem resolutivos no manejo dos problemas mais frequentes vistos nos territórios em que atuam, inclusive, nas regiões rurais, bem como para prestarem cuidado continuado às populações que habitam nesses territórios. (DUNCAN MS, TARGA LV. 2014; p. 233).

Os desafios do cuidado à saúde das populações rurais são hoje preocupações mundiais. Nesse ano de 2014 foi realizada, em Gramado/RS, a 12ª Conferência Mundial de Saúde Rural, com o tema “Saúde Rural: uma necessidade emergente” reuniu mais de 700 participantes de mais de 20 países, incluindo autoridades mundiais nesse tema, que se expressa no documento intitulado “Declaração de Gramado” o qual propõe recomendações sobre como melhorar a saúde rural, por meio da organização de sistemas de saúde e sobre como estruturar políticas que garantam a fixação de profissionais de saúde nesses locais. As linhas orientadoras produzidas pelo Ministério da Saúde, para o provimento e a fixação de médicos no Brasil, já é a sinalização de um compromisso público para superar a defasagem rural-urbana e propiciar cuidados de saúde de qualidade para a população que mora em áreas rurais e remotas.

Como dito acima, o acesso aos serviços (mesmo básicos) de saúde é, hoje, um desafio em várias partes do mundo e, em especial, para as populações rurais dos países em desenvolvimento, em especial, os da América Latina, em que se inclui o Brasil. Há falta de profissionais qualificados, além da alta rotatividade profissional, filas de espera reais ou virtuais imensas, para procedimentos, infraestrutura deficiente... Estes são alguns dos obstáculos identificados.

Coloca-se a necessidade de políticas sólidas, nessa área, para garantir a fixação de profissionais de saúde nesses territórios, organizar a rede de atenção integral à saúde para ter a qualidade como prioridade, ou seja, ter profissionais qualificados na porta de entrada do Sistema Único de Saúde para cuidar das pessoas ao longo do tempo, de forma integral e capaz

de coordenar os cuidados com os outros pontos da rede de atenção à saúde deste Sistema.

Outro desafio destacado naquela Conferência foi a questão de que, para ter esse perfil de profissionais, é determinante a criação de políticas públicas fortes para a formação de profissionais de saúde. O coordenador do evento afirmou que haveria uma melhor fixação destes, inclusive dos médicos, nas áreas rurais, se houvesse uma maior descentralização da formação médica, como em países como Canadá e Austrália, onde os acadêmicos e residentes têm seus currículos e práticas orientados para os problemas de sua região, ao invés do modelo focado em especialidades e em grandes centros urbanos. Além disso, o desafio também se coloca para a formação pós-graduada de médicos de família e comunidade, que conseguem resolver em até 95% dos problemas de saúde de uma comunidade e têm a formação humanizada, centrada na pessoa e seu contexto, que é o que a população precisa. Nesse sentido, podem-se identificar desafios importantes para o cuidado integral às populações do campo, da floresta e água, quais sejam:

- ◆ Considerar essas populações do campo, das florestas e das águas com necessidades que lhe são peculiares e específicas e que requerem ações de saúde e intersetoriais também dessa natureza;
- ◆ Reconhecer o território vivo dessas populações, assim como a valorização das diversidades e especificidades dos sujeitos que vivem e moram no meio rural: respeitar seus modos de vida, e respeitar, também, a biodiversidade como fator de saúde, atuar na defesa e promoção da saúde e da vida desses povos, como também observar a necessidade de reformas estruturais, tais como a Agrária, Tributária e Política, enquanto fundamentais para a produção da saúde nesses territórios;
- ◆ Reconhecer que essas populações vêm sendo historicamente desassistidas, do ponto de vista de políticas públicas de saúde; as políticas e ações são recentes e ainda se encontram em fase de implantação;
- ◆ Reconhecer, nos processos de saúde-adoecimento, que os determinantes, os condicionantes e as desigualdades sociais, econômicas, políticas, culturais e o modelo de desenvolvimento incidem sobre a saúde dessas populações e exigem que o sistema de saúde, em todas as suas esferas, bem como os profissionais estejam preparados para atuar nesse contexto e não apenas sobre os sintomas e doenças;

- ◆ Reconhecer a Soberania Alimentar como elemento central da produção de saúde e vida no campo;
- ◆ Reconhecer e considerar as dimensões de gênero, raça/etnia, classe, geração e orientação sexual nas políticas e formas de cuidado à saúde dessas populações;
- ◆ Ter presente os marcos constitucionais e legais que fundamentam juridicamente as políticas e ações de saúde para essas populações, como a Constituição Federal de 1988 (Art. 196-200), a Portaria MS 1432/2003, a Criação Grupo da Terra, através da Portaria MS 2460/2005, a Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, da floresta e água através da Portaria MS 2866/2011;
- ◆ Formar e fixar profissionais de saúde e das áreas que possam vir a implementar políticas públicas capazes de reconhecer, atender e garantir o cuidado integral a partir das especificidades dessas populações;
- ◆ Implementar a Política de Educação Permanente em Saúde com as equipes de saúde existentes em cada local a fim de problematizar a complexidade da vida e saúde dessas populações e os desafios do cuidado;
- ◆ Mobilizar o conjunto dos atores sociais e políticos para a defesa do SUS, na garantia do acesso universal à saúde como direito de cidadania, em contraposição à visão mercadológica da saúde que, em nível mundial, propõe a cobertura universal que é muito diferente da garantia de sistema universal como preconiza o SUS.

Essa análise apresenta um contexto de complexidade, de processos de saúde e adoecimento dessas populações que exige, além da presença de equipes de saúde, como já está tendo a partir do Programa Mais Médicos e a expansão da Estratégia de Saúde da Família que contribuirá para o acesso universal, pensar novas formas de gestão do sistema de saúde, construção e gestão de redes e serviços de cuidado integral e intersetorial, bem como o respeito, valorização e reconhecimento das práticas populares e tradicionais de cuidado em saúde presentes historicamente nestes territórios, com um novo olhar sobre a clínica, a participação popular e a educação em saúde para ter estratégias de cuidado centradas na vida.

2. 2. Os desafios da educação em saúde para o cuidado integral das populações do campo, da floresta e água.

Diante do contexto abordado anteriormente cabe nos perguntar: Como cuidamos das pessoas que vivem nos territórios do campo, das florestas e das águas? O que o trabalho em saúde exige dos cuidadores e profissionais de saúde? Como educamos pessoas para cuidar das pessoas do campo, da floresta e das águas?

Estas questões nos desafiam a repensar como têm sido os processos de formação dos profissionais de saúde, pois os profissionais da área da saúde vêm, ao longo da trajetória formativa, sendo conduzidos por uma formação por demais tecnicista e “medicalizadora” – o que os afasta desses modos tão significativos para a compreensão dos processos do adoecer e do viver daqueles com quem trabalham na ação cotidiana.

A educação na saúde é uma área estratégica e requer peculiaridades, pois formar pessoas que irão cuidar de outras pessoas é diferente do que formar para atuar com objetos. Os processos de educação na área da saúde são compreendidos, aqui, como os processos de formação dos técnicos, das graduações, pós-graduações, como abrangem também a educação no cotidiano dos serviços.

A formação de trabalhadores (as) da saúde está muito ligada ao contexto de cada país e com a trajetória de lutas e conquistas dos (as) trabalhadores (as) nos seus países de origem. No Brasil, a educação profissional da saúde entrou na agenda política da Reforma Sanitária²², mas sempre ficou com o setor privado, que foi ofertando os Cursos Técnicos por instituições hospitalares privadas, a fim de servir suas demandas. No caso da formação profissional para o ramo produtivo industrial, houve ações incisivas, por meio de cursos profissionalizantes, oferecidos pelos Institutos Federais.

Ainda nas décadas de 1920 e 1930, a educação profissional estava presente nas reformas educacionais pleiteadas pelos defensores da Escola Nova, na visão de escola pública, gratuita e laica, embora com uma visão liberal e de preparação para o trabalho. Com

²² A Reforma Sanitária foi um Movimento que articulou Movimentos Sociais Populares, Pesquisadores (as), educadores (as), estudantes, trabalhadores (as) da saúde, gestores, entidades e pessoas comprometidas com uma nova sociedade, um país com justiça, solidariedade, democracia e a saúde como expressão deste processo. A Reforma Sanitária é um Movimento que iniciou no final da década de 1970, teve forte influência nas bases das decisões da VII Conferência Nacional de Saúde, na formulação do Sistema Único de Saúde, e, atualmente, ainda vem incidindo nos processos de formação, gestão, atenção e controle social da Saúde no Brasil.

isso, escola era entendida como espaço para desenvolver conteúdos e práticas de saúde visando à formação de trabalhadores (as). No caso da educação profissional em saúde, esta só foi permitida legalmente em 1961, com a aprovação da Lei 4.024/61 sobre a formação de trabalhadores (as) da saúde. Até então, o ensino técnico em saúde era regido pelas Leis Orgânicas do Ensino. Havia duas linhas para a formação profissional: de um lado, a oferta de cursos rápidos a fim de preparar técnicas, também rápidas, para os serviços de saúde, e, de outro, treinamentos em serviços hospitalares, acompanhando os processos de trabalho.

A concepção de desenvolvimento nos marcos do capitalismo e uma teoria da educação baseada na concepção de “capital humano” vão ser determinantes, nas décadas, de 1960 e 1970, para reorientar as estratégias, tanto da Comissão Econômica para a América Latina, como também as políticas educacionais no Brasil, especialmente, no que interessa a esta tese, a educação profissional em saúde, materializada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) Nº 5.692, de 1971 que estabelece o ensino de 1º e 2º graus, implantando, de forma compulsória, a conclusão do ensino profissional atrelada a este último grau de ensino. Formulada pela ditadura civil militar, a nova Lei vai suprimir a LDBEN Nº 4.024/61, elaborada e implementada no governo do presidente João Goulart, que foi derrubado pelo golpe civil militar de 1964, instalando a ditadura que impôs a LDBEN 5.692/1971. O suporte conceitual desta Lei se deu por meio de estudos sobre economia da educação e economia da saúde, com base na matriz neoclássica, fortalecendo a ideia de que os gastos com os setores sociais não se limitavam a despesas com consumo, mas eram investimentos rentáveis que o Estado deveria assumir, como meio de promoção do desenvolvimento econômico.

Assim, os investimentos em programas de saúde e na melhoria da organização sanitária significavam a promoção da saúde e, conseqüentemente, uma maior produtividade do trabalho. Por outro lado, o investimento em educação, por ser esta produtora de capacidade de trabalho, significava, potencialmente, o aumento da renda e a posse de um capital. É nesta linha que surge a discussão em torno dos Recursos Humanos na Saúde e a necessidade de formação de técnicos de saúde, de nível médio, em função das necessidades de um suposto mercado de trabalho.

A partir da década de 1980 começa o debate sobre a formação na saúde. Um contingente enorme de trabalhadores (as) da saúde eram portadores do nível médio elementar, como atendentes de enfermagem. Com a aprovação da Lei do exercício da enfermagem em 1986, em um contexto de redemocratização do país, este processo vai se modificando,

enquanto vão sumindo as práticas de saúde e os trabalhadores (as) não são reconhecidos em lei, como foi o caso dos atendentes de enfermagem, por exemplo.

Em contraponto a essa concepção de adaptação, foi sendo construída nos anos de 1980, ao mesmo tempo, uma concepção de educação que a recoloca no âmbito das práticas sociais, isto é, como uma prática constituída e constituinte das relações sociais e uma concepção de escola, cujo eixo básico centra-se na questão da escola unitária, de formação tecnológica ou politécnica, e na necessidade de aprofundamento do sentido e dos desafios de tomar-se o trabalho como princípio educativo. Nesse debate, a relação trabalho-educação se coloca no sentido de resgatar a dimensão contraditória do fenômeno educativo, seu caráter mediador e sua especificidade no processo de transformação da sociedade.

Assim, o papel do ensino médio e da educação profissional em saúde deveria ser o de recuperar a relação entre conhecimento e a prática do trabalho. Isto significaria explicitar como a ciência se converte em potência material no processo de produção de mercadorias, de maneira geral, e nos serviços de saúde, em particular. Assim, seu horizonte deveria ser o de propiciar aos alunos o domínio dos fundamentos científicos das diversas técnicas e não o mero adestramento em técnicas produtivas. A noção de politecnicidade postula uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho em nossa sociedade.

Trata-se da possibilidade de formar profissionais em um processo onde se aprende praticando, mas, ao praticar, se compreendem os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de organizar o trabalho na sociedade. Implica, ainda, que o processo de trabalho desenvolva em uma unidade indissolúvel os aspectos manuais e intelectuais, pois são características do trabalho humano. Cabe à educação contribuir para o processo de emancipação dos (as) trabalhadores (as), para que atuem nos processos de transformação da sociedade e das relações humanas a fim de superar a sociedade desigual e injusta onde a educação e a saúde são tratadas como mercadoria.

Nesta perspectiva, o ensino, a pesquisa e a incorporação de tecnologias em saúde vêm sendo considerados, progressivamente, ações finalísticas dos sistemas e dos serviços de saúde. A transposição de um lugar como “meio” para uma atividade fim está embasada nas definições legais da atual política nacional de saúde, com ênfase na Constituição brasileira, de 1988. Essa transposição, consolidada nas políticas de ensino, de atenção hospitalar e em outras políticas atuais, inclusive o Pacto pela Saúde, gera um desafio importante para serviços

de atenção à saúde e órgãos de gestão e participação, que compõem o desenho atual do sistema de saúde.

O desafio que esse contexto gera às diversas instituições que compõem o sistema de saúde tem dimensões políticas, técnicas, epistemológicas, organizacionais e operacionais. Em relação às dimensões técnica e política, o fortalecimento da modelagem tecnoassistencial construída pelo Sistema Único de Saúde parece ser o principal desafio, uma vez que essa modelagem está em disputa, como decorrência da diversidade de interesses que, reconhecidamente, coadjuvam no cotidiano das práticas em saúde.

No que se refere à dimensão epistemológica, coloca-se o reconhecimento de relações de transversalidade entre o “mundo das práticas” e o “mundo do conhecimento”, assumindo as práticas não apenas como aplicação e verificação de teorias, mas elas mesmas legítimas para a produção e validação de conhecimentos úteis, assim como se define a educação em saúde como permanente. Este parece ser um marcador da magnitude do desafio colocado na contemporaneidade para os diferentes atores e instituições da saúde, em particular do sistema público de saúde. Assim, existem desafios operacionais e organizacionais que estão colocados aos diferentes atores do sistema de saúde.

Entre esses desafios colocam-se os de efetivar ações e prover a sustentabilidade institucional para que o ensino, a pesquisa e a incorporação tecnológica sejam, em associação à atenção à saúde, resultados do sistema de saúde, ou seja, ações capazes de demonstrar os princípios e diretrizes do SUS e de construir imaginários e tecnologias para a sustentação destes.

No caso das instituições hospitalares, essa articulação entre atenção, ensino, pesquisa e incorporação de tecnologias tem desafios de duas naturezas. A primeira delas está bem representada nos estudos que associam a especialização a uma extrema fragmentação dos atos de diagnóstico e de terapêutica, os quais são desenvolvidos por distintos profissionais, particularmente visíveis no interior dos hospitais. A crescente racionalização das práticas hospitalares tem reforçado ainda mais a fragmentação e a dissociação entre essas ações e procedimentos, de tal forma, que a maior sobrecarga no gerenciamento dos processos no interior dessas instituições, em particular quando voltados para a produção de integralidade e humanização, é, justamente, a coordenação adequada desse conjunto de atos.

A segunda natureza de desafios para a articulação entre os campos de conhecimentos e práticas da gestão e da organização do cuidado não é específica para as instituições

hospitalares, mas é verdadeira para a área da saúde como um todo. Cada vez mais, as análises sobre a organização dos conhecimentos e práticas para a produção do cuidado demonstram que há mudanças necessárias na lógica com que essa produção é modelada. A subordinação da autonomia profissional à utilização de equipamentos e materiais especializados (e aos interesses que o complexo industrial na saúde mobiliza) ou aos conhecimentos estruturados (cuja quase totalidade está centrada no conhecimento bio-fisiológico) é um problema que afeta a qualidade do cuidado na saúde.

Analisando as vertentes que vêm reestruturando os processos de trabalho na área, Emerson Merhy²³ mostra que elas tendem a reduzir a autonomia dos profissionais na atenção à saúde das pessoas e reificam a objetualização do usuário do cuidado, em nome de uma racionalização de processos, controle de custos ou mesmo a indução ao consumo de certos produtos. Entretanto, o que parece necessário fortalecer, na oferta de cuidado e na capacidade de sua produção por parte dos profissionais é, ao inverso, a qualificação das relações com o usuário e entre os diversos sujeitos que produzem o cuidado, dentro e fora das instituições. A essas relações, colocadas em processos micropolíticos que produzem cuidados, Merhy (2002) denomina de tecnologias leve-duras e identifica nelas um grande potencial de transformação nas modelagens de organizar as políticas de atenção à saúde e organização dos serviços.

No contexto das políticas e normas legais, são competências do Sistema Único de Saúde, reiteradamente registradas nos instrumentos legais, inclusive na Constituição Brasileira de 1988: promover a ordenação e elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento para a área da saúde através da formulação, execução, acompanhamento e participação no processo de formação e desenvolvimento de trabalhadores para a área; e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico e a formulação, execução e a participação, em estudos, pesquisas, avaliações e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde.

Um dos eixos estruturantes dos pressupostos da educação profissional, tecnológica, de graduação e pós-graduação na saúde é a relação entre trabalho, educação e saúde, inserida num contexto complexo e contraditório numa sociedade permeada pela hegemonia neoliberal. Ao analisar o capitalismo em sua fase neoliberal, onde há a primazia da economia sobre a política e o todo da vida social, uma vez que o capital se apropria do Estado, o corpo humano e a saúde passam a entrar na esfera do mundo da mercadoria, pela via concreta, simbólica,

²³ MERHY, E.E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

direta e imaginária, produzindo um conjunto de implicações no campo da atenção, da gestão, dos processos de trabalho e de educação na saúde. Estas implicações ficam situadas num contexto contraditório entre as necessidades de saúde da população em contraposição aos interesses do capital, que busca, a qualquer custo, obter mais lucros através da oferta de serviços, ações e equipamentos do campo da saúde.

Este processo tende a enfraquecer o Estado-Nação e as políticas públicas, em favor do acúmulo de riquezas e do lucro, o que confirma a apropriação do Estado pelo capital, que caracteriza o neoliberalismo. O impacto destas políticas neoliberais é a desproteção do conjunto dos cidadãos e cidadãs, especialmente do conjunto dos (as) trabalhadores (as), o enfraquecimento de políticas públicas de caráter universalizante e o aumento da miséria, da pobreza, da desigualdade social e colocando em risco a vida dos povos e o próprio Planeta.

Neste sentido, os processos de educação em/na saúde precisam problematizar, analisar e construir ferramentas tanto de análise como de novos conhecimentos, junto com os educadores (as) e estudantes, para intervir no mundo do trabalho tendo em vista o protagonismo e a emancipação destes sujeitos rumo à construção de uma sociedade justa, democrática e solidária. Estes pressupostos não se constroem senão na dinâmica plural e dialética que se faz no diálogo e na produção coletiva do conjunto dos sujeitos, tanto individuais como coletivos, envolvidos nos processos educativos no campo da saúde.

É notório que o modelo de pensamento predominante na saúde é orientado por uma racionalidade científica, onde a relação dos profissionais se dá com a doença e não com a pessoa. Com isso, os profissionais tendem a restringir seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e seu sofrimento. Essas práticas em saúde impõem limites na percepção das necessidades de atenção e na efetividade das intervenções. Essa tendência ganha força à medida que avança e se desenvolve o modelo técnico-científico, onde a conversa, o olhar, o toque do corpo deixam de ter importância, para uma possível identificação de anormalidades, uma vez que ela pode ser revelada por exames laboratoriais e de imagem. Os atendimentos tendem a ficar restritos a procedimentos técnicos, à solicitação e análise de exames, à prescrição de medicamentos, etc.

Embora baseada em uma teoria científica, a prática em saúde depende de valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolve interpretação e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações singulares. Neste espaço, há a abertura à autonomia de cada um dos trabalhadores no exercício profissional e no modo de

cuidar, que pode ser acolhedor ou não.

O trabalho em saúde é relacional, isto é, acontece mediante a relação entre um trabalhador e o usuário, por isso, a tecnologia das relações (tecnologia leve) é absolutamente fundamental. Assim, toda a relação humana em saúde tem em si a dimensão cuidadora e educativa. É necessário haver mudanças no cotidiano de trabalho, na prestação das ações em saúde pelos diversos profissionais, para que haja a implementação de um modelo de atenção centrado no usuário, nas suas necessidades e interesses.

O encontro do profissional com o usuário é um espaço aberto para a construção de novas práticas. Merhy (2002, p. 61) destaca esse espaço como lugar estratégico de mudança do modo de produzir saúde. São considerados importantes pontos de partida: o envolvimento do profissional com o trabalho, a sua disponibilidade para escutar, estabelecer vínculo com o usuário, além do compromisso de oferecer uma atenção integral e humanizada, em utilizar seu conhecimento para produzir cuidado em saúde e sua responsabilização pelo usuário. Criar espaços de análise para entender e lidar com o que acontece no encontro com o usuário, também se faz necessário para a construção de novas práticas.

As tecnologias leves tornam o trabalho em saúde mais produtivo, dinâmico e com maior resolutividade. Para Merhy (2002, p. 73) as tecnologias leves são aquelas mais dependentes do “Trabalho Vivo em ato”, isto é, no exato momento da sua atividade produtiva, de maneira que o “Trabalho Morto” é representado pelas máquinas e os instrumentos existentes, aos quais já se aplicaram determinados trabalhos anteriores que lhes deu forma e função. No processo de trabalho comandado pelo trabalho vivo, o profissional possui uma maior liberdade para relacionar-se com o usuário, criar soluções para os problemas que aparecem e inserir o usuário no processo de produção da sua própria saúde, fazendo dele o protagonista de seu processo saúde-doença. Já no trabalho morto, há pouca interação entre trabalhador e usuário, há apenas um processo duro de produção de procedimentos.

A maneira como acontece o processo de trabalho é determinado por quem está em ato, ou seja, o próprio trabalhador. Isso ocorre, pois no processo de trabalho em saúde, o trabalhador comanda o modo como vai produzir a assistência, se essa acontece por parâmetros humanitários, com atitudes acolhedoras, ou de forma burocrática e sumária. Toda atividade produtiva envolve sempre o trabalho morto e o trabalho vivo em ato. No caso da saúde, percebe-se, que vem tendo a predominância de um sobre o outro, determinando o perfil da assistência prestada, entretanto, isto pode ser modificado. Nesse sentido, é importante analisar

o processo de trabalho através da observação de como ele acontece, bem como a atitude do trabalhador e seu vínculo com o usuário. Quanto maior a predominância do Trabalho Vivo nesse processo, maior é o nível de cuidado que se tem com o usuário.

Um modelo de cuidado em saúde ampliado necessita da construção cotidiana pelos trabalhadores, assim como um processo de organização e gestão do trabalho. No modelo predominante, atualmente, há pouca integração entre os diferentes trabalhadores, poucos espaços coletivos para a reflexão, análise e troca de saberes entre os diversos profissionais, e as ações gerenciais ficam restritas aos aspectos burocrático-normativos.

A gestão dos serviços de saúde é de extrema importância na organização e desenvolvimento do processo de trabalho em equipe, na construção de novas formas de produção das ações em saúde, de novas relações dos profissionais com os usuários, bem como entre os profissionais. Para isto, o vínculo, a responsabilização, o conhecimento dos profissionais da realidade de vida dos usuários, assim como a criação de espaços coletivos para a troca de saberes, a reflexão das práticas, a análise e a avaliação das ações produzidas são alguns caminhos para construir novos modos de produção de cuidado e de processos de educação permanente em saúde.

Colabora nesta análise sobre o processo de trabalho em saúde, Santorum (2006, p. 46), que, mesmo que tenha abordagens e vertentes de pensamento diferentes, diz que é preciso ter um olhar a mais, que permita vislumbrar micro enfrentamentos, as microgestões do trabalho, o desenvolvimento de saberes que acontecem na invisibilidade, na singularidade do concreto de cada experiência vivida pelos trabalhadores da saúde. A autora desafia a uma análise dos processos de subjetivação do mundo do trabalho para compreender como acontece a dinâmica, os processos, as características e as relações sociais e humanas que ocorrem no desenvolvimento do trabalho vivo em ato, nas atividades do fazer saúde.

O cotidiano do cuidado em saúde tem uma dimensão social e cultural que exige sensibilidades e ferramentas para melhor compreender, sentir, avaliar, experimentar e viver múltiplos processos de cuidado. As práticas de saúde usualmente constituem redes, fluxos de saberes e de fazeres, formas diversas de procurar e ofertar bem-estar. Nessas redes de diálogos, de conversas todos se beneficiam: os que cuidam são cuidados e aqueles que procuram saúde obtêm respostas. Por mais que não se perceba, redes sociais são formadas nos espaços mais formais dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva abordada, rede em saúde indica um conjunto de indivíduos ou

organizações que dialogam, construindo saúde, onde vozes escutadas e os atores atuantes irão mudando com o tempo. As pessoas ou instituições entram e saem dos ambientes onde atuam, as hierarquias não são fixas.

No campo da saúde, existe as Redes de Apoio Social, onde tem a presença sistemática e continuada de suporte em relação à capacidade do indivíduo e grupos em controlar o rumo da vida. O apoio social é o sentir-se cuidado e tem se mostrado eficaz para proteger ou diminuir as vulnerabilidades das pessoas. As Redes de Apoio Social devem ser encaradas como estratégias de saúde pública, de promoção da saúde e enfrentamento coletivo dos problemas. As redes sociais de apoio precisam ser estimuladas no setor da saúde, pois através delas pode-se produzir inúmeras variantes de identidade cultural e participação social.

Para Ceccim (2005), um desenho tecnoassistencial é a maneira como são organizadas, numa dada sociedade, as múltiplas ações de intervenção no processo saúde-doença – rede de atenção e comporta aspectos tecnológicos e assistenciais. Quando falamos em desenho tecnoassistencial, fazemos referência não somente aos programas assistenciais, mas também ao modo de construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho no setor da saúde. Assim, os aspectos tecnológicos envolvem não só recursos materiais, científicos e operacionais, mas também as escolhas estabelecidas para articular e promover conhecimentos, as estratégias de interpretação, de planejamento e de avaliação e o investimento em negociação, pactuação e inovação. Através do estatuto tecnológico podemos, a partir da sensibilidade e enfrentamento de problemas da realidade, transformar um conhecimento técnico. Novas práticas de cuidado, como tratar ou escutar, são construídas.

Os aspectos técnicos se referem à construção de saberes aplicados, saberes relativos aos processos, aos modos específicos de executar ou fazer algo, resumindo-se aos recursos materiais, científicos e operacionais que definem maneiras de atuar na realidade ou de intervir em um campo de práticas. Aprofundando, os autores consultados afirmam que os aspectos assistenciais envolvem a realização de procedimentos clínicos e também a trajetória dos atos terapêuticos, a história das ações de saúde e os modos de cuidar, tratar e escutar. Uma análise da combinação de um conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégia institucional para a atenção à saúde das pessoas e para a gestão das ações e serviços de saúde, determina o desenho tecnoassistencial em cada realidade.

O conjunto da rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos tecnoassistenciais que

contribuam para a mudança do olhar e que provoque a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas da vida. A escolha do desenho tecnoassistencial que melhor responda às necessidades de saúde deve atender aos princípios do SUS: assegurar universalidade de acesso, integralidade da atenção, descentralização da gestão, regionalização da atenção, alta resolubilidade em cada serviço, integração intersetorial, fortalecimento das instâncias de pactuação e controle social e educação permanente em saúde. Essa escolha deve, também, preservar e desenvolver a autonomia das pessoas, garantir a igualdade na assistência e o direito do usuário de ter informações sobre sua saúde (pessoal e coletiva), incorporar, além dos saberes da saúde, as visões de direitos sociais na alocação de recursos e nas orientações programáticas.

O desenho tecnoassistencial que predomina no Brasil ainda é a assistência centrada na lógica medicalizadora onde a única ferramenta de cuidado é o medicamento, empobrecendo a clínica e o cuidado. Nesse modelo, a formação e a prática profissional são centradas no hospital e na utilização intensiva de tecnologias de diagnóstico e de terapêutica. Essa opção de formação e atuação na saúde articula-se aos interesses econômicos do mercado da saúde, não atendendo aos interesses e necessidades da população. Porém, tem-se buscado difundir e incorporar outras opções de desenhos tecnoassistenciais para a construção do sistema de saúde.

A necessidade de mudanças vem permeando, inclusive, as escolas médicas que se encontram diante do desafio de formar profissionais médicos críticos, com capacidade de trabalhar em equipes, levar em conta a realidade social e cuidar das pessoas de forma integral e humanizada. Nesta direção, os desafios são grandes, pois implicam em transformações de concepções, práticas e relações de poder tanto no interior das instituições de ensino, como na sociedade e nos serviços de saúde.

Assim, nesta perspectiva é fundamental a incorporação do território vivo para compreender os processos de produção do viver com a saúde e a doença neles, a sistematização de causas e conseqüências das situações que interferem na saúde da população, o planejamento, estabelecimento de estratégias para a percepção das desigualdades regionais, de maneira que seja possível orientar propostas redistributivas de recursos, visando maior equidade, a reorganização das práticas de saúde, privilegiando uma abordagem interdisciplinar, onde a epidemiologia, ciências sociais, clínica, educação em saúde e política setorial, se articulem na compressão da saúde e doença.

Cabe também a articulação do setor saúde com os demais setores de governo na formulação e implantação de políticas e estratégias combinadas intersetorialmente para dar conta de problemas que envolvem várias áreas. A construção de redes, rompendo a lógica piramidal e desenvolvendo capacidades individuais e coletivas de ler contextos, comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e compreender diferentes valores e culturas, capacidade de articular soluções para situações complicadas e para isso uma formação mais ampla, o trabalho em equipe multiprofissional e articulação com outros setores são fundamentais.

Práticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar e a visualização dos serviços básicos, ambulatoriais e hospitalares, como um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado, são importantes mudanças a serem desenvolvidas. Neste sentido, é fundamental fortalecer a atenção básica como um lugar amplo de acolhimento das necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde e a articulação com toda a rede de atenção integral à saúde. Mecanismos de gestão que favoreçam a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais, que contemplem a participação dos gestores, trabalhadores e usuários são importantes desafios que também devem ser enfrentados.

Recentemente foi construída a Política de Redes de Atenção Integral à Saúde no SUS que rompe com a visão piramidal do sistema e traz a visão em rede onde todos os pontos da rede são importantes para viabilizar o cuidado integral à saúde da população. Assim, nesta abordagem de redes cabe repensar os desenhos tecnoassistenciais, com referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho por parte dos gestores e dos trabalhadores do SUS.

Nesse contexto, a educação permanente em saúde é uma das estratégias importantes para os processos formativos para o SUS. Entendida como uma prática de ensino-aprendizagem e, também, como uma política de educação em saúde, que deve levar em conta os princípios que orientaram a criação do SUS: construção descentralizada do sistema, universalidade, integralidade, participação popular.

Segundo Ceccim (2005, p.161), educação permanente em saúde é o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. Ao mesmo tempo em que possibilita a atualização cotidiana das práticas segundo as novas tecnologias disponíveis, busca também, a construção de relações e processos no interior das equipes, às práticas organizacionais e às

práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa, isto é, a partir de reflexões sobre o saber e fazer cotidiano é que se darão as transformações das práticas existentes e que necessitam serem alteradas. A educação permanente acontece no cotidiano das pessoas e das organizações; ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem, por isso ela pode ser entendida como aprendizagem-trabalho.

Como em qualquer educação crítica e transformadora, além da troca e do intercâmbio, deve ocorrer também o “estranhamento” de saberes e a “desacomodação” com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Para haver ensino-aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de “perguntação”, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber. (CECCIM; FERLA, 2006, p.109).

A educação permanente deve gerar no trabalhador, no seu cotidiano de trabalho, transformações da sua prática, visando construir novas práticas nos serviços de saúde que os aproximem da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais princípios do SUS. Assim, tendo por base Ceccim e Ferla (2006, p. 110), temos que a educação permanente em saúde é um dispositivo de ressignificação dos processos de trabalho “vivos em ato”, onde, mesmo no espaço das “tecnologias duras”, há espaço aberto e autônomo para a ação dos trabalhadores naquilo que se chama de “tecnologias leves”. Com isso é possível constituir novas formas de se relacionar, de construir o diagnóstico com base na escuta sensível e nas evidências apresentadas pelo usuário.

Desta forma pode se constituir numa potência que qualifica e inverte a lógica de produção de diagnósticos, superando a lógica centrada nos protocolos, dando lugar às evidências apresentadas pelos usuários que podem se somar ao resultado do exame de diagnóstico por imagem. Assim, a escolha pela educação permanente em saúde é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho.

Utilizando-se de metodologias ativas de aprendizagem com enfoque problematizador, busca-se a articulação entre a teoria e prática, a participação protagônica dos educadores e educando e a problematização da realidade. A construção do saber é coletiva, crítica e inserida no contexto social.

Deste modo, a educação permanente é o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Este processo educativo coloca como foco de reflexão o cotidiano e os processos de trabalho, na perspectiva de transformação das práticas de saúde, sejam de cuidado, formação, gestão e controle social. A Política de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia ou um dispositivo de aproximação entre o cotidiano do profissional do SUS e as necessidades da população e convoca todos os atores sociais envolvidos neste processo com a intenção de qualificar os serviços prestados. A integralidade da atenção à saúde é eixo orientador da proposta de educação permanente em saúde porque direciona o trabalho em saúde para um trabalho transdisciplinar e multiprofissional.

As ferramentas de educação permanente contribuem para a articulação entre a pesquisa, a intervenção no mundo do trabalho em saúde e a formação como dispositivo para refletir sobre os processos de trabalho a fim de transformá-los e/ou construir novos sentidos ao fazer cotidiano.

Este conjunto de elementos ajuda a compreender um pouco do desafio que se coloca para pensar os processos de formação dos trabalhadores (as) em saúde, a fim de que possam se reconhecer naquilo que fazem e, na interação com o outro, no ato de cuidar, possa acontecer um processo humanizado permeado pela alteridade, solidariedade e amor ao outro.

Como todo processo de trabalho em saúde pela sua singularidade, tem em si uma dimensão educativa e cuidadora, é preciso que os processos de formação destes trabalhadores (as) possam contribuir e oferecer bases, fundamentos, princípios e ferramentas para que este processo aconteça sem ser instrumental como ocorre de forma hegemônica atualmente. Assim, o trabalho no Grupo Hospitalar Conceição, uma importante instituição de saúde e de educação em Porto Alegre, já envolve inúmeras experiências político-pedagógicas de formação de trabalhadores (as) em serviço, por meio de atividades vinculadas à Residência Médica e Multiprofissional em Saúde, à formação das populações vinculadas à Saúde Comunitária, à Saúde Mental; tem 23 campos de estágios com aproximadamente 6 mil estagiários por ano, e, ainda, o espaço democrático de construção do Plano de Investimentos²⁴, as Comissões de Equidade e Participação Cidadã e os Pontos de Cultura,

²⁴ O Plano de Investimentos do GHC é uma experiência inédita onde os (as) trabalhadores (as) e os usuários elegem delegados para o processo de definição coletivo e participativo dos investimentos do GHC. A decisão sobre o tipo de incorporação tecnológica e os investimentos do GHC quem define são os trabalhadores e usuários em conjunto com os gestores.

entre outros. Além disto, as experiências de reforma curricular dos Cursos de Graduação na Saúde, especialmente da Medicina são experiências singulares que demonstram potencialidades de transformação nos processos de educação na saúde.

Por outro lado, os movimentos sociais populares, como o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), com experiências de educação popular e saúde e práticas integrativas, culturais e tradicionais, vem mostrando que é possível qualificar trabalhadores (as) numa perspectiva transformadora, integral do ser humano, emancipatória e produtora de cidadania.

Nesse sentido, no diálogo com as mulheres camponesas e suas redes de interação, das rodas de chimarrão às cirandas, vamos buscando, nas construções cotidianas, nas várias linguagens da arte, nas abordagens feministas e agroecológicas, dimensões mais totalizadoras do sujeito que, em geral, são esquecidas nos processos de conhecer – como a do corpo, da estética, da ética, da religiosidade, da afetividade. Deste modo é que buscaremos delinear um construto que vincule desejo e cognição, intuição e sensibilidade, deste modo tomando, como sujeito das práticas de saúde, esta compreensão mais totalizadora de ser humano. (DANTAS, 2009, p. 33)

Por isto, destas experiências emergem inovações importantes a serem analisadas criticamente para que os processos formativos e os programas educacionais públicos que produzam inovação e assim como já nasce numa perspectiva de integração ensino-serviço-comunidade que possa traduzir os anseios populares no que tange a formação de trabalhadores (as) do SUS. Assim, compartilhando com RIBEIRO (2008, p. 43), temos que:

A concepção moderna de educação produzida pela burguesia, como a classe vitoriosa na transformação do feudalismo em capitalismo, ficou reduzida aos processos escolares, negando ou subordinando os aprendizados da experiência e da cultura, mas, principalmente, os que decorrem do trabalho. Pensamos o trabalho na sua dimensão educativa que, pela relação que o trabalhador estabelece com a natureza, mediada pelas relações consigo mesmo e com os outros trabalhadores, humaniza enquanto produz bens materiais, imateriais, linguagem, arte, conhecimento e cultura. Na relação contraditória que os trabalhadores estabelecem com a classe que se apropria do produto do seu trabalho — porque anteriormente expropriou a terra e os instrumentos de trabalho do camponês e deles se apropriou privadamente —, também há uma dimensão educativa de formação das classes populares que marca as suas construções identificadas como educação popular.

Os processos educativos hegemônicos estão centrados em teorias tradicionais dos currículos, em disciplinas fragmentadas, de caráter conteudista e desvinculado do cotidiano de vida das pessoas, das comunidades e, no tema focalizado por esta tese, dos serviços de saúde.

Assim, no caso da saúde, esses processos formativos dão conta de desenvolver habilidades e competências técnicas fragmentadas e focadas, muitas vezes desconectadas da atenção integral à saúde da pessoa, concentrando a ação apenas na parte do corpo adoecido. Essas abordagens têm implicações diretas sobre os processos de trabalho das equipes de saúde e sobre as formas de cuidado das populações do campo, da floresta, em especial das mulheres camponesas. Esse tipo de atuação vem se revelando como: insuficiente, ineficaz e limitado, para dar conta dos atuais e futuros desafios que se apresentam para a área da saúde, diante da situação de saúde da população brasileira e mundial.

Por outro lado, além da educação permanente em saúde, a educação popular em saúde tem sido estratégia importante para dar conta das questões relativas aos processos educativos em comunidades e com os movimentos sociais populares, ampliando a ação também junto a processos formativos nos cursos técnicos, no ensino universitário de graduação e pós-graduação e no cotidiano dos serviços, compondo ações integradas com a educação permanente em saúde, especialmente na integração ensino-serviço-comunidade.

Enfim, esse contexto de saúde nos territórios rurais é um desafio mundial, tanto para as formas de cuidado dessas populações, bem como de formação para um cuidado integral capaz de reconhecer as multiplicidades de vida e as fragilidades ali construídas, com clareza dos papéis de cada ator social ali inserido e atuando em equipes multi e interdisciplinares.



Capítulo III
Mulheres camponesas na produção
do cuidado da vida e da saúde



Capítulo III

Mulheres camponesas na produção do cuidado da vida e da saúde

No contexto do território do campo, da floresta e das águas existem inúmeros atores sociais que interagem na saúde, como os órgãos governamentais das diversas esferas do Estado brasileiro (municipal, estadual e federal) e seus múltiplos órgãos e poderes, que atuam na legislação, regulamentação, gestão, formulação, implantação, monitoramento, avaliação e controle das políticas públicas e, em especial, da saúde. A atuação histórica destes órgãos tem sido de pouca presença, com ações focalizadas, fragmentadas e insuficientes para dar conta das necessidades populações camponesas. São recentes as ações do Ministério da Saúde com políticas e ações incisivas nessa área, como é o caso do Programa Mais Médicos e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

Mesmo que a população não perceba, atuam também os setores industriais, de produção de insumos, medicamentos, equipamentos e de prestação de serviços de saúde, porém seus interesses estão vinculados ao mercado. Exemplo disto é o das indústrias de medicamentos, que são as mesmas que detém o controle sobre o mercado de sementes (inclusive as transgênicas) e insumos agrícolas (como os agrotóxicos). Mas temos, também, a sociedade civil organizada nesses territórios através de movimentos sociais populares como o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), a Comissão Pastoral da Terra (CPT), o Movimento de Pequenos Agricultores (MPA), a Pastoral da Juventude Rural (PJR), Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil (FEAB), Associação Brasileira dos Estudantes de Engenharia Florestal (ABEEF), o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), os Pescadores e Pescadoras Artesanais, movimentos estes que compõe a Via Campesina. Além destes, há a Federação de Trabalhadores (as) da Agricultura Familiar (FETRAF), os Sindicatos e as Federações de Trabalhadores na Agricultura, que fazem parte da Confederação

Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG). Existem outros grupos e organizações de Quilombolas, de Povos Indígenas, de Ribeirinhas, de Seringueiros, dentre outros, que estão presentes nesses territórios, interagem com as populações destes locais e vem resistindo e lutando pelos direitos desses povos.

Sobre as populações camponesas é necessário, sobretudo:

...compreender as populações nativas como diversos povos em diferentes contextos e modos de vida que, ao longo do processo histórico brasileiro, elaboraram diferentes estratégias de sobrevivência. O próprio conceito de resistência precisa ser compreendido não somente como confrontos, enfrentamentos armados e vitórias definitivas de um lado ou outro do conflito, mas também como resistência cultural do cotidiano, que cria condições reais de permanência e reprodução do modo de vida ameaçado, contrariando da política de dominação que pretende ter o controle da totalidade e a hegemonia territorial. (PEREIRA, N.C; JAHN, E. de F. In PALUDO, C. 2009, p. 20).

Sobre os modos de vida no campo, há que considerar que a escassez de terra, ou a falta de acesso à terra é um dos maiores problemas para os pequenos produtores/agricultores (as), pois a que eles têm é insuficiente para todos os membros da unidade familiar trabalharem ou para ter a criação de gado, que é um dos mecanismos usados para poupar dinheiro, na perspectiva de aquisição de área de terra para os filhos quando casarem ou mesmo para a família. Em caso de necessidades extremas, ou de adoecimento que exigisse tratamento pago, como acontecia até o início da década de 1990, quando não havia sistema universal de atenção à saúde, o gado era uma segurança para isso, visto que a base da produção serve para a subsistência.

Segundo estudo realizado por Heredia (1979), o acesso à terra é uma das dificuldades maiores vividas pelos pequenos produtores e foreiros e referem-se, tanto à possibilidade de compra de terras como à do seu arrendamento (com grandes extensões que não se fragmentam para venda e os preços elevados). No momento do casamento dos filhos e no caso de morte do chefe da unidade familiar é que estas dificuldades de acesso à terra se evidenciavam mais, apesar de ter implicações diretas que podem ser observadas no cotidiano de vida destas famílias. Assim, segundo a autora, a terra é a morada da vida!

Essa autora também destaca elementos que constituem a vida camponesa, trazendo, como elementos fundamentais, a terra, o roçado, a unidade camponesa que possui um caráter familiar, sendo, ao mesmo tempo, uma unidade de produção e de consumo, na qual seus

membros estão relacionados ao processo produtivo a partir de laços de parentesco, com a divisão sexual do trabalho e a interação com a comunidade. Entretanto, ela não problematiza as relações patriarcais presentes no núcleo familiar e na divisão sexual do trabalho.

Outros autores trazem reflexões importantes sobre a agricultura camponesa ou o campesinato²⁵, mas é importante considerar que, diante da multiplicidade de modos de apropriação da natureza e dos saberes para seu controle e benefícios, as famílias camponesas desenvolveram uma racionalidade que lhes é singular, conforme destaca Carvalho (2005, p. 170):

Essa racionalidade camponesa enquanto conjunto de valores que move o sujeito social camponês apoia-se em dois elementos centrais: a garantia continuada de reprodução social da família, seja ela a família singular, seja a ampliada, e a posse sobre os recursos da natureza. A reprodução social da unidade de produção camponesa não é movida pelo lucro, mas pela possibilidade crescente de melhoria das condições de vida e de trabalho da família.

Assim, os territórios camponeses são espaços múltiplos, diversos e expressam essa diversidade de modos de viver e de ser, com diferentes culturas, composições étnico-raciais, valores éticos, sociais, distintas formas de expressão da espiritualidade, dos gostos, desejos, saberes e sabores, no cotidiano de vida marcado pelas contradições de uma sociedade desigual. No caso da saúde, a análise feita no capítulo anterior dá conta de refletir sobre como se dão os processos de saúde-adoecimento destas populações e de alguns desafios estes processos colocam para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base na pesquisa realizada, buscarei trazer elementos que ajudem na reflexão sobre as seguintes questões: como estas populações cuidam de suas vidas e da saúde individual e coletiva? Quem são os principais sujeitos do cuidado destas populações? Seriam as mulheres? Que saberes elas incorporam em suas práticas? Que saberes estão presentes no modo de vida, na cultura, no trabalho e nas formas de cuidado destas populações? Que saberes existem nestas experiências vividas de cultura?

Para responder a estas indagações, o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) e suas redes de interação organizativa, de lutas e de cuidado, constitui-se como o sujeito central

²⁵ Para aprofundar este tema consultar: CARVALHO, Horácio Martins. *O campesinato no século XXI: possibilidades e condicionantes do desenvolvimento do campesinato no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005; RIBEIRO, Marlene. *Movimento camponês, trabalho e educação: liberdade, autonomia, emancipação: princípios/fins da formação humana*. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010; PALUDO, Conceição; THIES, Vanderlei Frank. *Desenvolvimento Rural*. Ronda Alta: FUNDEP, 2008.

com o qual estabeleço o diálogo para aprofundar e analisar a produção e a promoção de saúde que é feita a partir das ações deste movimento social, popular, camponês e feminista.

Assim, parto da premissa de que as mulheres camponesas do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) individual e, coletivamente são as protagonistas de um processo de promoção, cuidado e produção de saúde, de sentidos conferidos às suas vidas e de construção da cidadania emancipatória no território do campo, da floresta e das águas. Essa experiência é a base das reflexões e da pesquisa desenvolvida, mas não se trata de afirmar que seja a única experiência de saúde nesses territórios. Existem outras ações desenvolvidas por movimentos sociais populares e também por grupos, pessoas e cuidadores (as). A escolha pelo MMC tem a ver com minha implicação no trabalho e com os elementos novos, que emergem desse lugar e desse ator social coletivo, assim como das singularidades que as mulheres camponesas trazem nessa área.

Trago aqui elementos dessa experiência que é muito mais ampla, rica e intensa do que a capacidade de traduzi-la nessa tese que, como todas as abordagens reflexivas, aponta elementos pertinentes a partir do foco proposto na pesquisa. Assim, uma das dimensões centrais para a compreensão do trabalho em saúde realizado pelo MMC é a sua trajetória histórica. Sem a pretensão de fazer uma análise aprofundada da sua história, apresento brevemente os principais momentos para entender a sua atuação na saúde.

3. 1. “Nós não queremos favores, nossa história a gente faz”: a produção do cuidado da vida e da saúde pelas mulheres camponesas do MMC em sua trajetória histórica

As mulheres agricultoras, trabalhadoras rurais, camponesas sempre tiveram participação ativa nas lutas de resistência no campo e por direitos que marcaram a história camponesa no Brasil. Entretanto, nem sempre tiveram a visibilidade e o reconhecimento do seu papel nesses processos²⁶. A pesquisadora Conceição Paludo corrobora nesta mesma perspectiva ao afirmar que:

²⁶ Para aprofundar a história do Movimento de Mulheres Camponesas, as obras que traz esta análise histórica: PALUDO, Conceição. *Mulheres, resistência e luta: em defesa da vida*. São Leopoldo: CEBI, 2009 e PULGADARON, “Educação, cultura popular e saúde: experiências de mulheres trabalhadoras rurais”. (Dissertação de mestrado UPF), Passo Fundo, 2003.

...junto com trabalhadores homens, que eram a grande maioria, faziam a luta reivindicatória de enfrentamento, realizavam o trabalho de base, discutiam a política, a transformação da sociedade e a necessidade de construção das ferramentas -movimentos - de organização de luta dos trabalhadores que viviam do seu trabalho no campo. As mulheres estavam juntas nas lutas dos trabalhadores e também no processo de constituição dos diversos movimentos do campo (1983 a 1986). Porém, as questões específicas da mulher, como o reconhecimento da profissão de trabalhadora rural, aposentadoria, salário-maternidade, valorização da mulher, sindicalização, saúde da mulher, sexualidade, auxílio acidente de trabalho e auxílio à doença, nunca eram discutidas. (PALUDO, 2002. p. 21).

Assim, a trajetória do MMC pode ser caracterizada por momentos, a saber: a) a constituição do MMC inserida nas lutas sociais populares de resistência no Brasil, b) a busca dos direitos, valorização e participação bem como a opção pelo movimento autônomo, c) gênero, classe/raça, feminismo e projeto popular de agricultura camponesa na defesa da vida como síntese da identidade do MMC. O Movimento de Mulheres Camponesas foi sendo construído pelas mulheres camponesas, passo a passo e por muitas mãos. Vivendo uma história de opressão, exploração, submissão, estas mulheres começam a se organizar, discutir e pensar suas vidas, tornando-se um ator social e ocupando espaços de decisão na sociedade.

Essa história de organização e luta das mulheres da roça, agricultoras ou trabalhadoras rurais inicia na década de 1980, em alguns estados do Brasil, com nomes diferentes (Organização das Mulheres da Roça, Movimento de Mulheres Agricultoras, Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais), com o jeito de se organizar conforme a realidade das mulheres camponesas de cada estado, mas a luta era a mesma. Com a força e a coragem as mulheres camponesas enfrentaram o machismo, o preconceito, a falta de direitos, o não reconhecimento da profissão e foram estabelecendo laços de companheirismo, de organização, de formação, de lutas e de muitas conquistas. Aos poucos essas diferentes organizações, movimentos e articulações autônomas de mulheres vão se encontrando e passam a integrar a Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais (ANMTR), composta pelos movimentos autônomos e de mulheres vinculadas aos movimentos mistos camponeses.

Reconstruindo a trajetória nessa perspectiva, pode-se afirmar que o MMC foi se organizando e se constituindo inserido no processo mais amplo da luta popular (de classe) e feminista (de gênero) na América Latina e no Brasil, especialmente nas lutas e resistências camponesas, demarcando sua identidade e especificidade como mulher camponesa e como

movimento autônomo, feminista, popular, campesino e agroecológico²⁷. Assim, a mulher camponesa se auto-define no seu Movimento como:

...mulher camponesa é aquela que, de uma ou de outra maneira, produz o alimento e garante a subsistência da família. É a pequena agricultora, a pescadora artesanal, a quebradeira de coco, as extrativistas, arrendatárias, meeiras, ribeirinhas, posseiras, boias-frias, diaristas, parceiras, sem terra, acampadas e assentadas, assalariadas rurais e indígenas. A soma e a unificação destas experiências camponesas e a participação política da mulher, legítima e confirma no Brasil, o nome de Movimento de Mulheres Camponesas. (MMC, 2003, p. 02).

Nessa caminhada, apesar das muitas formas de luta e resistência que as mulheres vêm construindo desde a invasão dos portugueses, no Brasil, enfatizo que, desde a década de 1980, as mulheres do campo, florestas e águas vêm realizando um conjunto de lutas pelo reconhecimento da sua profissão, pela sua valorização como mulher e como trabalhadora; por direitos previdenciários (aposentadoria, salário maternidade, auxílio doença e acidente de trabalho); pelo direito à documentação, à saúde integral com atenção às mulheres e às populações do campo, à educação do/no campo e não sexista; pela soberania alimentar, pelo acesso à terra e aos bens naturais, por políticas de acesso ao crédito especial para produção de alimentos; pelo fim da violência contra as mulheres e o fim de todas as formas de opressão, discriminação e exploração; por um projeto popular e feminista de agricultura camponesa agroecológica.

Com mais força organizativa nesse momento porque unificado nacionalmente, o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) se coloca como um ator social na sociedade assumindo-se como um movimento autônomo, classista, feminista, camponês e socialista, que tem como missão:

A libertação das mulheres trabalhadoras de qualquer tipo de opressão e discriminação. Isso se concretiza nas lutas, na organização, na formação e na implementação de experiências de resistência popular, onde as mulheres sejam protagonistas de sua história. Na construção do projeto de agricultura camponesa a partir dos princípios da agroecologia. Lutamos pela transformação da sociedade, que seja baseada em novas relações sociais entre os seres humanos e deles com a natureza. (MMC, 2003, p. 3).

²⁷ A análise histórica tem como base o estudo de um conjunto de documentos de encontros nacionais, seminários, oficinas e de cartilhas do MMC, da ANMTR, de encontros, seminários e cartilhas da AIMTR/SUL, de resoluções de encontros internacionais das mulheres da Via Campesina e da CLOC, assim como uma série de documentos de seminários, encontros, relatórios e registros de mobilizações, assembleias e ações desenvolvidas pelo MMC//RS e MMC/SC que se encontram elencados na lista de documentos consultados. Além disso, fragmentos de histórias de vida e observações realizadas durante a pesquisa e as atividades que o MMC realizou serviram de base para essa retomada histórica. PALUDO, Conceição. *Mulheres, resistência e luta: em defesa da vida*. São Leopoldo: CEBI, 2009 e PULGA-DARON, 2003.

A partir desse processo, o movimento se fortalece internamente, nas articulações com os demais movimentos da Via Campesina, movimentos feministas, sindicatos, paróquias, universidades, amigas/os, apoiadoras/es seja nas ações, nas pautas comuns, nas negociações. Segue suas lutas e mobilizações por reconhecimento, valorização como mulher e como camponesa, por direitos e políticas públicas que assegure os mesmos, como saúde, previdência social, educação, terra e recursos, apoio técnico e acesso a tudo que fosse necessário para produção de alimentos.

Entretanto, o MMC e os movimentos da Via Campesina, diante do avanço do agronegócio e de suas estratégias destruidoras da natureza, passaram a realizar ações mais radicais de enfrentamento e de chamada de atenção à sociedade e aos órgãos públicos sobre os riscos à natureza e à vida, produzidos pelo projeto do agronegócio, e, por isso, têm sido criminalizadas.

Como contraponto e anúncio de que as mulheres camponesas queriam e ainda é seu desejo, a produção de alimentos saudáveis, um ambiente saudável com vida para todas as pessoas, em 2007 lançaram a Campanha Nacional Pela Produção de Alimentos Saudáveis, com o objetivo de avançar na produção agroecológica diversificada e na geração de autonomia e renda para as mulheres camponesas e suas famílias. Com esse intuito, as mulheres foram se organizando nas unidades de produção, em grupos, pautando a importância da alimentação saudável na vida das pessoas e do Planeta.

Com isso, cada vez mais o debate do projeto de agricultura camponesa agroecológico se expande bem como a luta por políticas públicas que possibilitem a permanência das mulheres e suas famílias no campo produzindo, o avanço da Reforma Agrária, tecnologias que facilitem o trabalho das mulheres, condições de venda dos seus produtos são pontos de pauta que vêm sendo negociados, ano após ano, junto aos governos federal, estaduais e municipais.

Recuperar a diversidade de alimentos, sementes, plantas aromáticas e medicinais, o artesanato, o cuidado com a mãe terra, a água, pequenos animais, a diversidade do planeta, impulsiona as mulheres a lutar contra o modelo do agronegócio baseado no uso extensivo de agrotóxicos, adubos sintéticos e sementes transgênicas. Assim, potencializar a autonomia das mulheres, nas quais coletivamente percebem que elas são gente, que têm valor e que merecem respeito, fortalece ainda mais o enfrentamento a violência contra as mulheres, bem como o cuidado com sua saúde e sua integridade se constitui como bandeira de luta importante das

mulheres organizadas.

Neste contexto, o Movimento de Mulheres Camponesas realizou o I Encontro Nacional, que contou com a participação de mais de três mil mulheres, homens, jovens, crianças do campo vindas de 23 estados da federação, com o objetivo central: de animar e fortalecer a base, trocar experiências, visibilizar a produção das mulheres camponesas, debater a conjuntura e temas pertinentes ao cotidiano, trabalho e luta das mulheres, fazer a mobilização de denúncia e enfrentamento da violência contra as mulheres.

Foi significativa a realização deste encontro, pois o mesmo foi capaz de expressar a capacidade de organização das mulheres camponesas e suas diversidades étnico-culturais, além do potencial de produção de alimentos saudáveis, num momento onde, cada vez mais, a padronização dos alimentos está colocada, o MMC traz uma grande diversidade que ainda existe e resiste no Brasil, graças às mãos das camponesas. Também foi um momento revelador, através da Mostra da Produção de Alimentos, de comprovação de que as mulheres são as responsáveis pela produção de auto-sustento nas unidades de produção, além da grande possibilidade de geração de renda.

O MMC conseguiu trazer à tona a importância da organização das mulheres, a necessidade de políticas públicas que promovam a produção, que garantam o acesso à terra, tornando visível o papel da agricultura camponesa e o trabalho realizado pelas mulheres. Além disso, o MMC mostrou e evidenciou ser um potencial de organização das mulheres em torno de um projeto de sociedade, baseado nos valores do compromisso e cuidado com a vida, da solidariedade, da coletividade, da justiça, da igualdade, da troca, do conhecimento e dos saberes cultivados milenarmente.

Para as mulheres camponesas o encontro possibilitou o fortalecimento, a animação, a importância da construção coletiva, o reencontro, a troca de experiências, a diversidade de cada região, seja na alimentação, na forma de organização, nos olhares, nos gestos, na cultura, nos debates. Ficou visível o anseio e a necessidade de retornar aos estados, retomando a organização das mulheres para cada vez mais fortalecer o MMC.

As mulheres apontaram o desafio de avançar na organização, formação e lutas das mulheres camponesas, ou seja, de fortalecer os grupos de base e organizar estas mulheres, pois somente um movimento forte e organizado avança para a construção de um projeto popular com igualdade e justiça. Por isso, coloca-se a necessidade de fortalecer os processos de formação, nos diferentes níveis do Movimento, qualificar e intensificar as lutas específicas

e se articular com os demais movimentos feministas e de classe, a partir da construção do processo unitário. Sabedoras de que esses desafios são centrais para fortalecer o Movimento, as mulheres camponesas apontaram também o desafio da auto sustentação, que está relacionado à luta por melhores condições de vida às mulheres camponesas e a questão da comunicação interna com as mulheres e do movimento com a sociedade e os diferentes espaços de ação.

Nessa construção histórica do MMC, as mulheres formularam pautas de reivindicações específicas, mas que, na verdade, viabilizaram direitos e conquistas para as famílias camponesas e não apenas para elas. Essas lutas específicas que as mulheres camponesas, as quais, na época, se auto afirmavam como “mulheres da roça”, “agricultoras” e “trabalhadoras rurais”, foram sendo construídas pelas próprias mulheres e constituem hoje a base da afirmação de sua organização autônoma em um movimento específico, sem abandonar a sua participação nos espaços dos movimentos específicos que também integram além de participar nas manifestações de rua.

Após décadas de lutas, construção de diversas formas organizativas, processos formativos e ações de resistência camponesa e feminista, o MMC está organizado em 22 estados, em grupos de mulheres, coordenações municipais, estaduais, regionais e nacional, articulado nacional e internacionalmente, na Via Campesina e na Coordenação Latino Americana de Organizações do Campo (CLOC). Este Movimento realizou o seu Primeiro Encontro Nacional, em 2013, em Brasília/DF, onde foi um momento forte em que reafirma a importância do Movimento de Mulheres Camponesas, como:

...autônomo, feminista, camponês e socialista e confirma a missão do MMC de lutar pela libertação das mulheres trabalhadoras de qualquer tipo de opressão e discriminação; a construção do projeto de agricultura camponesa feminista agroecológico e a luta pela transformação da sociedade”. Para isso, é indispensável a luta, a organização e formação das mulheres e a efetivação de Políticas Públicas que assegurem qualidade de vida, autonomia e protagonismo das mulheres (MMC, 2013, p. 2).

A fala de uma das coordenadoras do MMC Nacional, na abertura deste encontro, sintetiza a sua trajetória:

Este encontro é fruto da luta de muitas lutadoras que ousaram enfrentar o capital, ditaduras, o latifúndio e todo tipo de repressão e opressão. Toda uma história de resistência, e estamos aqui para continuar lutando. Fizemos a luta por nossos direitos, pela reforma agrária, aposentadoria, salário maternidade e saúde, dentre

outras, para que nos valorizassem porque também temos capacidade para construir aquilo que é melhor para sociedade. Queremos outras relações de igualdade e dignidade. Somos fruto daquelas mulheres que foram guardiãs de sementes, benzedoras, produtoras de plantas medicinais, e da obra de arte da alimentação saudável. Lutar por outra sociedade, em que a agroecologia seja um projeto de vida. A busca pela continuidade do planeta de forma harmoniosa e promovendo o debate contra a violência, que, ainda é fruto do sistema capitalista, patriarcal e machista, é um dos objetivos do movimento. Reconhecendo avanços na luta por políticas públicas, o dever de cada integrante do MMC agora é fortalecer a articulação dos movimentos para pressionar e ter mais conquistas para as mulheres do campo. (MMC, 2013, p. 2).

Esta breve retrospectiva histórica do MMC contextualiza sua trajetória, combinada com a construção de sua identidade, sem trazer o relato histórico, mas a memória do que poderá nos ajudar a entender o modo como esta organização de mulheres camponesas vem plantando saúde, semeando sonhos e tecendo redes de cuidado, de lutas e de produção de vida no campo, nas florestas e nas águas, conforme o título desta Tese e as questões propostas pela mesma.

Na interação com as mulheres camponesas vinculadas ao MMC através das vivências nos círculos de cultura, na participação em encontros e oficinas, na observação participante, com base nas anotações em diário de campo ou caderno, na análise de documentos e cartilhas do movimento, foi possível identificar, na práxis do MMC, elementos de como as mulheres camponesas e suas famílias cuidam de suas vidas e da saúde individual e coletiva. Ficou explícito o protagonismo das mulheres no cuidado para com a vida e a saúde no campo, florestas e águas. Analisarei os saberes que elas trazem – saberes estes que são muito presentes no modo de vida, na cultura, no trabalho e nas formas de cuidado destas populações e saberes que emergem dessas experiências eivadas de cultura.

As principais questões que emergem das experiências deste Movimento e que nem sempre aparecem de forma explícita, mas que foi possível identificar como as bases fundamentais constituintes da identidade das mulheres e famílias camponesas, que são: a terra, o território e a biodiversidade; o trabalho; a comida; a saúde e suas múltiplas dimensões na produção e cuidado da vida. Cada um desses elementos está presente nas lutas, nas mobilizações e nas ações cotidianas das mulheres do MMC.

Situações-limite significam o lugar onde se pode situar, problematizar, desejar, sonhar e pensar as transformações. As situações-limites são aqui entendidas como aquelas que exigem transformação no contexto local, por dificultarem a concretização dos sonhos, desejos e necessidades coletivas das populações. Para FREIRE (1985) as “situações limites” envolvem

trabalharmos os “percebidos destacados” e, ainda, se referem à chegada e a percepção das dimensões humanas e das tarefas históricas e concretas das pessoas, em sua atuação social.

O que é saúde e como cuidamos da nossa saúde – é a questão colocada às mulheres camponesas do MMC. A resposta aponta para a dimensão do cuidado, da organização, da luta/resistência, da gestão e da educação. A construção dessa reflexão se deu trazendo a memória histórica de vida das mulheres camponesas e do próprio Movimento. Assim, trouxeram o tema da saúde como o cuidado com a vida que se expressou nas seguintes dimensões, que acredito serem os elementos de construção de identidade camponesa por afinidades, resistências e contradições, mas que demarcam elos articuladores comuns e que apresento a reflexão em eixos estruturantes dessa identidade.

3. 2. A terra, o território e a biodiversidade como elementos constitutivos da vida dos povos do campo, das florestas e das águas.

A terra e o que dela brota ou nela existe compõe o elemento estruturador da vida e do território vivo destas populações; ela é um sinônimo de vida, pois sem ela não há como produzir alimentos, nem ter onde viver e morar. Em toda história do campesinato e das populações tradicionais, como indígenas, quilombolas, pescadores artesanais e ribeirinhos, a terra é determinante, pois é dela que brota o alimento, é nela que se trabalha e na relação com a terra e a biodiversidade se constroem laços interativos de produção do viver. Se analisarmos os diversos estudos sobre essas populações em todos fica evidente este elemento constitutivo de identidade.

Mas quando se faz referência à terra e aos sentidos contraditórios que assume para aquelas e aqueles que vivem desta terra, no Brasil,

...é uma complexa realidade que envolve, de um lado, múltiplas formas de acesso coletivo e comunitário, e lutas pelo seu controle democrático, no que diz respeito a terras indígenas, quilombolas, tradicionalmente ocupadas ou ocupadas pelos movimentos sociais em luta pela Reforma Agrária; e, de outro, a reafirmação de formas monopolistas de controle da propriedade da terra no Brasil, favorecidas por ações das diversas esferas do Estado brasileiro, seja quando nega a titulação das terras indígenas, rejeita o reconhecimento de terras quilombolas e não legitima terras tradicionalmente ocupadas, seja quando não desapropria para fins de Reforma Agrária as terras que descumprem a função social, favorece a grilagem de terras, garante a manutenção de latifúndios improdutivos intocados e preserva o direito de

propriedade de quem utiliza mão-de-obra escrava (ALENTEJANO, Terra, 2012, p. 742/3).

Para populações camponesas a terra é sua própria vida. Há uma mística e uma forma de ver o mundo em que a terra é o centro disto. É evidente que sem a terra as pessoas e famílias camponesas não sobrevivem. É dela que se produzem ou se extraem os alimentos e as riquezas. Por isso, é um bem tão cobiçado, como reserva de mercado disputado historicamente e não como um bem da natureza para que todos (as) possam ter acesso.

Não há lagos rios beira-mar; florestas; fundos de pastas; retiros; várzeas; etc.; que não estejam demarcados, ou em vias de demarcação ou com seus limites estreitados pelo achaque do capital na expropriação de áreas de proteção ambiental, conseqüentemente, de trabalho campesino tradicional como as áreas de proteção permanente, de quilombos, de terras indígenas – TI, de extrativismo, entre outras. Isto é, os espaços estão totalmente fechados, etiquetados com aquelas comuns marcações: Proibido Caça e Pesca! (SOUZA, 2014, p. 57).

Caldart et alii. (2012) se referem ao território camponês como espaço de vida, local de residência da(s) família(s), predominantemente agropecuário e que contribui com a maior parte da produção de alimentos saudáveis, consumidos principalmente pelas populações urbanas. E a produção nos moldes capitalistas promove o aumento destas populações urbanas, o que decorre da expulsão de agricultores de suas terras, gerando um amontoado cada vez maior de pessoas nas periferias das grandes cidades. Esse processo vai interferir na relação de troca material que se dava entre os seres humanos e a terra, rompendo com a condição natural de fertilidade desta terra. E ao destruir as condições naturais que permitiam o intercâmbio entre o humano e a natureza, através da produção das condições materiais e subjetivas para manter-se na terra, a produção capitalista gera, também, a necessidade imperiosa de restaurar sistematicamente o solo, para que o mesmo se mantenha produzindo e gerando lucros ao capital que, aos poucos e sistematicamente, vai se apropriando da terra e submetendo os camponeses à subordinação e apropriação do seu trabalho (MARX, 1982).

No modo camponês de fazer agricultura, a lógica é a produção de máximo valor agregado possível usando, fundamentalmente, recursos autocriados e automanejados, em que a coprodução entre o homem e a natureza viva torna-se um fator decisivo para o fortalecimento continuado da base de recursos e conseqüente redução da dependência quanto a insumos externos (PLOEG, 2008, p. 40 a 51). Aí está a chave para a compreensão da sustentabilidade intrínseca da agricultura familiar camponesa e, porque não acrescentar, de base agroecológica. Como ciência, a agroecologia emerge de uma busca por superar o

conhecimento fragmentário, compartimentalizado, cartesiano, em favor de uma abordagem integrada, fornecendo os princípios ecológicos básicos para estudar, desenhar e manejar agroecossistemas produtivos, conservadores de recursos naturais, apropriados culturalmente, socialmente justos e economicamente viáveis, proporcionando bases científicas para apoiar processos de transição a estilos de agriculturas de base ecológica ou sustentável (CALDART et alii., 2012, p. 60).

No modelo de produção agrícola determinado pelo agronegócio, em que se destaca a agricultura transgênica e o uso dos agrotóxicos, “a ciência altera o código da vida e nele inscreve principalmente os caracteres da gramática econômica de corporações transnacionais que a financiam, transformando-a numa ciência comercial, para o lucro e não para a vida” (SILVA, 2014, p. 163). Ao mesmo tempo em que avança esta visão puramente mercadológica da agricultura, movimentos sociais populares do campo, que vêm perdendo a terra, além do controle sobre a sua produção, se organizam e, associada às suas experiências históricas de trabalho agrícola, lutam por uma agricultura não dissociada da vida e dos desafios que esta coloca em cada região do Planeta, de acordo com as condições climáticas, do solo e das culturas praticadas. É nesse contexto que se forja a Agroecologia para a qual vida e ciência estão entrelaçadas e não separadas como vem ocorrendo (SILVA, 2014).

Mesmo assim, não são raras as confusões com o uso do termo agroecologia vinculado a ideias reducionistas de “adoção de práticas ou tecnologias agrícolas”, “modelo de agricultura”, “oferta de produtos limpos ou ecológicos”, entre outras associações, que mesmo considerando uma provável boa intenção de quem assim se utiliza do termo, constitui um erro do ponto de vista da agroecologia com enfoque científico e político (CAPORAL, 2007).

Para as mulheres camponesas, a terra é vida, a grande mãe que acolhe e nutre a todos (as). Expressam essa visão nas falas, nos rituais simbólicos que realizam durante os encontros do Movimento, na forma com que tratam a terra no seu cotidiano e na sua profunda crítica às todas as formas destruidoras da vida evidenciada nas manifestações, mobilizações, lutas e enfrentamentos.

As ações de enfrentamento realizadas pelo MMC e pelas mulheres da Via Campesina há anos vêm demarcando esse desafio que é evidenciado pela defesa da vida, da terra, da água e da biodiversidade e do Planeta. Tais ações despertam a atenção da sociedade e do mundo sobre o que está sendo feito com a vida no planeta, bem como, suas implicações e impactos destruidores diante da hegemonia dos interesses econômicos lucrativos de algumas empresas

transnacionais, que se colocam acima da vida.

Assim, a luta pela terra, água, ou seja, pela garantia da biodiversidade, faz parte da identidade da mulher camponesa. Uma jovem participante do movimento mostra em seu depoimento um pouco do significado que tem a relação entre o ser mulher e a vida, as sementes, a terra e a luta que fazem:

Nós mulheres camponesas nos identificamos pela milenar relação com a terra, segredos e mistérios escondidos no grande ventre de nossa mãe planetária, ao romperem, explodem e a multiplicação do pão acontece. Ao cair na terra o dinamismo da vida se renova – as sementes nascem, crescem e devem continuar sendo cuidadas por nós mulheres que somos suas guardiãs. O processo de germinação até a colheita é o milagre da vida que se reproduz. Por isso, as sementes devem ser o patrimônio dos povos a serviço da humanidade. No entanto, o capital internacional quer se apropriar do conhecimento das mulheres e homens, do controle das sementes e dos alimentos em todo o mundo. Nós mulheres camponesas trabalhamos pelo resgate e para que as mulheres tenham em suas casas e realizem as trocas de sementes crioulas, aliado às experiências de resistência, a luta contra os transgênicos, por uma produção ecológica e proteção da biodiversidade, pois afinal, queremos a soberania de nosso povo. Entendemos que é o período de tomar a terra, e fazer a sementeira. É um período forte de plantar de novo, cuidar e continuar sonhando com a festa da colheita. Aprendemos com a mãe natureza que para tudo existe um tempo, mas com a luta que quem sabe faz a hora e a história acontecer (MMTR, 2003, p.15).

Além da necessidade concreta de cuidado para que a humanidade tenha condições de sobreviver neste Planeta, em que os recursos naturais são finitos, a promoção da biodiversidade é um compromisso ético que temos com as gerações futuras. Um compromisso ético que se baseia, fundamentalmente, na opção pela vida. Pela vida para todos (as).

Em seu olhar crítico sobre as formas destruidoras da vida, as mulheres camponesas trazem uma análise que enfrenta o núcleo ideológico estruturante de uma lógica dominadora dos homens sobre a terra e sobre as mulheres, ou seja, as mulheres seriam como a terra, pronta para receber a semente colocada pelo homem, germinar e reproduzir a vida. Assim, nesta lógica, os homens se consideram os donos, os detentores tanto da terra como das mulheres e assim podem explorar e dominar.

O MMC traz essa dimensão ao cotidiano de vida das mulheres camponesas em ações concretas no plantio rotativo de culturas, na produção de alimentos, na recuperação das sementes crioulas como patrimônio da humanidade, na recuperação da mata ciliar, na limpeza de rios e nascentes, na árdua luta diária para não utilizar agrotóxicos nas lavouras, na preservação de espécies e plantas medicinais. Nessa abordagem do cuidado com a vida no planeta as mulheres são as que primeiro tem a sensibilidade de perceber e sentir os “gemidos”

da terra e de todos os seres vivos.

3. 3. Trabalho: da invisibilidade do trabalho das mulheres camponesas na produção e reprodução à sua valorização e reconhecimento

Um dos elementos constitutivos do ser humano e aqui no caso específico, das mulheres camponesas, é o trabalho em suas múltiplas configurações. Para SILVA (2006, p. 8):

...o trabalho transformou-se no fundamento ontológico do ser social. É ele que permite o desenvolvimento de mediações que instituem a diferenciação do ser social em face de outros seres da natureza. Essas mediações não são dadas ao ser humano, mas são conquistadas no processo histórico de sua autoconstrução pelo trabalho. São elas: a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade.

Relações que aproximam como distanciam o ser humano, pois o trabalho não é obra de um indivíduo, mas da cooperação entre homens e mulheres, só se objetiva socialmente, responde as necessidades sócio-históricas, produz formas de interação, desenvolve sociabilidades, produz representações, costumes, cultura. Por isso, as transformações sociais do mundo humano estão diretamente relacionadas com as transformações no mundo do trabalho e na subjetividade de quem realiza este trabalho, o denominado trabalhador, a trabalhadora, neste caso de debate a mulher camponesa.

No processo histórico a compreensão do trabalho, se desenha como atividade humana e social desde as comunidades primitivas até a sociedade contemporânea. Em resposta às necessidades básicas (fome, abrigo, segurança/defesa, festas, ritos...) o trabalho na antiguidade não refletia valor em si, não se separava dos demais aspectos da vida social das comunidades primitivas. Mas em dado o momento no qual o trabalho passa a ser visto como atividade autônoma e ser orientado para a acumulação de riqueza, mais propriamente de capital, opera-se aí uma nova divisão do trabalho que vai substituir a divisão por sexo e idade. E assim o trabalho se caracteriza como: trabalho braçal (típica de escravos/as e camponeses/as), trabalho manual (operariado) e trabalho intelectual (administração, gestão, artes, filosofia, etc.).

A divisão do trabalho era vista como um processo natural, dada pela competência das pessoas, por uma superioridade ou inferioridade natural. Com a consolidação do capitalismo,

o trabalho se transforma em mercadoria, onde cada trabalhador (a) é separado dos instrumentos de produção não restando outra alternativa para sobreviver, a não ser vender sua força de trabalho no mercado. Com isso, gera-se um contrato que estabelece os direitos e obrigações e a remuneração pela força de trabalho vendida a um determinado comprador, tendo no salário o pagamento por uma quantidade de força de trabalho vendida. Essa remuneração paga ao (à) trabalhador (a) retorna ao mercado para comprar aquilo de que necessita para a sua sobrevivência, ou seja, os produtos que são fabricados por outros e também postos no mercado.

Na realidade camponesa, onde o trabalho se dá no núcleo familiar, ocorre essa situação de forma diferente. Entretanto, na unidade camponesa, as relações de trabalho apresentam suas complexidades e hierarquizações de poder que se expressam na divisão do trabalho. Há uma distinção entre trabalho ‘pesado’ desenvolvido pelo homem e trabalho ‘leve’ feito pela mulher; com isso não se dá a uma qualidade do próprio esforço despendido, mas ao sexo de quem o realiza, de tal modo que qualquer trabalho é considerado leve se feito por mulher, por mais cansativo, desgastante que seja; o mesmo fenômeno se repete na divisão entre trabalho reprodutivo (doméstico) e trabalho produtivo.

A mulher vai para a roça com o marido/esposo, é trabalho produtivo, mesmo que aquilo que for colhido seja tanto para vender como para comer. Se a mulher cuida da horta e das galinhas sozinha, é trabalho doméstico, se vende ovos de vez em quando, ou um pé de alface, é tão pouco que não se considera isso como trabalho. Indo além, se diz que ‘os homens trabalham oito horas e as mulheres quatro, é devido o serviço de casa’, a produção de alimentos, os/as filhos/as, a roupa... É doméstico se é atribuído à mulher indiferente do espaço em que se realiza, sendo executado pela mulher basta.

Na história da agricultura constitui-se diferenciação de sexo entre macho e fêmea, sendo a mulher que desenvolveu meios com base na observação e criatividade de plantar, colher, armazenar, preservar, domesticar, criar e proteger a prole. Temos uma agricultura baseada em preceitos femininos que, mais tarde, acabam por gerar um jeito camponês, baseado na relação direta com a natureza, com base no princípio de ‘compreendê-la para com ela trabalhar’. Já a subjetividade trazida pelo homem caçador, pescador ou extrativista, desenvolve-se muito mais no sentido da dominação da natureza, seja ela vegetal, animal, transferindo esta dominação ao gênero feminino, à mulher. Isso ocorre desde observar suas ferramentas.

Quando, no decorrer da história, a atividade atribuída ao homem decai em importância, este se volta à aldeia trazendo sua subjetividade que veio a potencializar mecanismos de domínio da natureza na agricultura. Quando isto começa a ocorrer a mulher vai diminuindo sua importância. Os elementos masculinos iniciam processos de acumulação de grãos, de número de animais, entre outros produtos, e, a partir disto, ocorrem as disputas por territórios e excedentes de outras aldeias ou tribos, e iniciam as guerras, nas quais sempre estiveram com homens à sua frente. Com as guerras surgem vencedores e vencidos e se cria uma nova tarefa ao masculino, desenvolver mecanismos de dominação de outros seres humanos. Deste modo forja-se outra forma de acumular, que não será mais só produzir, mas tomar de outros.

Este comentário se torna importante, pois, a agricultura com princípio camponês se tornará assim uma atividade marginal e, com ela, a sua mantenedora, a mulher. Este processo forma os impérios, as civilizações ocidentais, calcada nos valores masculinos, da Grécia Antiga, passando pela Idade Média até o capitalismo de hoje. “Configura-se o patriarcalismo, pois o projeto de dominação foi cogitado e implantado pelo homem-varão, marginalizando a mulher e a identificando como natureza” (BOFF, 2000 p.98). Nessa mesma linha de pensamento, Saffioti (2001) vai dizer que o patriarcalismo traz implícita a noção de relações hierarquizadas entre os seres com poderes desiguais. É ele que traz as ferramentas explicativas para as desigualdades transformadas em subordinação das mulheres.

No século XVIII este processo vem a se intensificar quando surge um novo modo de produção, o capitalista que tornou de certa forma dogmática o conhecimento baseado na razão, ‘libertou’ o indivíduo reduzindo e simplificando a natureza a mera fonte de matéria-prima a ser explorada. O conhecimento técnico veio desde lá diminuindo a agricultura camponesa, a biodiversidade e a capacidade de regeneração da natureza.

Colabora nesta análise, Gouveia (2003, p. 46) ao afirmar que: “Se o patriarcado é o sistema que cria, justifica e legitima a opressão e exploração das mulheres, a agricultura camponesa, ao se organizar, a partir deste sistema reproduz e perpetua tal exploração e opressão”. Surge neste período e neste sistema de produção uma profunda diferença, podendo-se dizer mesmo, uma confrontação nas classes sociais: (burgueses (as) e proletários (as)); latifundiários (as) e camponeses (as) entre outras) confrontantes em seus interesses.

Verifica-se esta afirmação, tanto em nível macro como em nível micro, nas próprias atividades camponesas; o que se vincula a mercados está na mão do homem, principalmente o controle, nem que os produtos comercializados sejam provenientes da ‘mão invisível’ da

mulher. Também o lugar do trabalho, ou a propriedade camponesa, é uma construção simbólica, relativa à hierarquia familiar e à construção de gênero, ou seja, é um conjunto de espaços construídos e articulados entre si, que permite e possibilita a reprodução social hierarquizada em propriedade e gênero.

Há uma representação desses espaços culturalmente construídos, onde se dá o processo de trabalho, ligando-os, por excelência, a uma esfera de domínio masculino e a uma esfera de domínio feminino. Ainda, segundo autores consultados, a construção dos espaços de gênero faz-se também pelo uso simbólico dos instrumentos de trabalho. Vejamos, então, o uso dos maquinários, no caso o ‘trator’, este pode ser um diferenciador de gênero e delimitador de hierarquia, pelo seu uso social – quem aprende a dominar esta ferramenta de trabalho são os meninos e, dificilmente, as meninas aprendem seu uso, por isso, mulheres não são as que manejam o trator no processo de trabalho. Quando isso ocorre é por necessidades de transporte.

Historicamente as mulheres foram e são as produtoras de alimentos em todo mundo, ao observarmos a relação que possuem com o uso da terra, como também na relação com o suprimento de água, combustíveis, fibras, remédios, com os animais e outros produtos naturais, no que se refere aos sistemas de manutenção da vida. Desde o período inicial da sociedade humana – período da diversidade – as mulheres assumiam a domesticação e cultivo das plantas e animais, e isso requer um conhecimento completo do crescimento, maturação, seleção, armazenamento, processo de transformação em outros produtos e da reprodução de fauna e da flora (animais e plantas/vegetais). Mulheres desempenham um papel ‘invisível, silencioso, marginalizado’ no que se refere ao lugar ocupado por homens e mulheres na sociedade, no trabalho, na esfera da produção e reprodução em relação ao núcleo da família, do grau de acesso que têm à renda.

Relata-se que a mulher camponesa tem jornada de trabalho dupla, ou mesmo tripla; isso significa que a jornada de trabalho da maioria das mulheres é mais longa que a jornada de trabalho dos homens. As atribuições do sexo feminino, no seu papel tradicional, considerando que o dia tem 24 horas, resultam em longas jornadas de trabalho das mulheres as quais tendem a ser menos intensas na esfera da produção, no mercado de trabalho, comparativamente àquelas realizadas pelos homens. Essa constatação é usada para explicar os diferenciais de rendimentos entre os sexos. A mulher quase sempre ‘sente que o tempo não é seu’, pois está ocupada com trabalhos que vão se encadeando uns nos outros. A maioria dos

trabalhos tem a ver com o cuidar das pessoas: cuidando da casa, da alimentação, da limpeza, das crianças, das pessoas doentes ou idosas, do remendo, dos animais de pequeno porte, da produção de jardim e de horta.

Em oficinas as mulheres camponesas fazem o exercício do relógio de 24 horas, para refletir sobre tudo o que realizam durante esse período de tempo em seu cotidiano e é muito interessante analisar que a maioria não se dava conta da tripla jornada de trabalho pela naturalização dos processos de trabalho em suas vidas. O que aparece são as queixas, as dores e os sofrimentos que, normalmente, são tratados no grupo com as ervas, as falas e os remédios caseiros produzidos pelos grupos de mulheres. Nesses momentos de problematização, de reflexão é que as mulheres vão percebendo a tripla jornada, a sobrecarga e as formas de trabalho, também, como formas de violência sobre seu próprio corpo, mas, sobretudo, sobre a sua pessoa.

Isso acontece devido ao fato de que a mulher camponesa ainda faz o trabalho chamado ‘doméstico’, então, este trabalho é visto como ‘tarefa de mulher’, parece natural que os homens não o façam, nem se tratando de pequenas tarefas... O que acontece é um pouco mais complicado, porque, na verdade, o trabalho doméstico (doméstico quer dizer de ‘casa’), não é tão separado assim do ‘trabalho fora de casa’. De fato, calcular como a mulher camponesa divide seu tempo entre trabalhos de produção e reprodução, na propriedade que compartilha com o marido, é uma tentativa bastante complicada, sendo este cálculo difícil, porque na vida da mulher camponesa esses tempos, muitas vezes, se misturam.

A verdade é que a mulher camponesa está sempre tentando esticar seu esforço para dar conta de tudo. E o que marca o trabalho desta mulher é ela ter de estar sempre disponível, e, para isso, têm que controlar seus desejos e necessidades pessoais, regular o tempo que dedica a si mesma. Muitas vezes, ela diminui as horas de sono, acorda mais cedo ou vai dormir mais tarde, para não deixar de ‘cumprir um trabalho (tarefa), adiantar o serviço’. Isso é visto como uma coisa natural e como dever de toda ‘boa mulher’. “Dentro da sociedade patriarcal, nossa existência de mulher se define na capacidade de estar a serviço, a serviço do centro. (...) Quer dizer, estamos a serviço do projeto pensado, organizado pelos homens ou pelas pessoas que detêm o poder patriarcal” (GEBARA, 1991, p.76). Esse trabalho todo quase sempre é visto como ‘invisível, silencioso, marginalizado’. Visto como uma forma de ‘amor, de dedicação’, quase nunca é considerado como um trabalho, e quando isso acontece, o que é raro, o trabalho feminino é visto como diferente do trabalho realizado num emprego, por uma empregada, e

até pelo próprio homem.

O trabalho da mulher, chamado de trabalho reprodutivo, é contínuo e não tem resultados que se possa ver ou pegar. Não pode ser medido por produtos nem por horas, porque é baseado na relação entre as pessoas, onde o mais importante é a disponibilidade, e, por isso mesmo, é um tipo de trabalho que nos parece estar ligado ao afeto, ‘amor’, pois os verbos, gestar, parir, amamentar, educar estão imersos na natureza íntima da mulher.

O trabalho doméstico é feito, majoritariamente por elas, sendo que o mesmo não é considerado trabalho por não gerar mais-valia direta e, além do mais, é tido como trabalho improdutivo. Mézáros (2002) afirma que o trabalho feito pelas mulheres, mesmo não sendo produtivo, é substancial para o capitalismo, pois, está possibilitando que outro (homem) se mantenha no mercado de trabalho. Mesmo a mulher fazendo o trabalho chamado produtivo, as mesmas atividades que o homem, esse trabalho é visto como ajuda. Atualmente um número cada vez maior de famílias vem sendo sustentado por mulheres, mas este trabalho no mercado ou na propriedade rural é visto como se não fosse natural, como se esse fosse um terreno dos homens e algumas mulheres entram em situação de exceção.

Ainda que faça a mesma atividade, parece que na atual sociedade capitalista de preceitos patriarcais o trabalho da mulher vale menos do que o do homem. Mulheres recebem menores salários que os homens no campo e na cidade. No trabalho rural, é comum o homem ser pago por hora e a mulher por quanto produz, em mutirões ou, quando ocorre a troca de dias de trabalho entre famílias, é comum que o dia de trabalho de um homem valha dois dias de trabalho de uma mulher. Essa desigualdade de valor também está por trás da sobrecarga de trabalho que a mulher vive e sente.

O que existe não é somente uma diferença entre o que o homem e a mulher fazem, existe uma hierarquia, uma desigualdade na forma como aquilo que homem e mulher faz é reconhecido pela sociedade. Há uma ideia muito forte de que essa separação é boa, pois trabalho de um e outros se completam, essa ideia aparece na forma de organizar a produção camponesa, baseada na família, onde deveria haver sempre um homem e uma mulher, cumprindo cada um a sua função, assim como os filhos e as filhas. Essa forma é vista como uma coisa natural e boa: em que cada um faz o que sabe fazer.

Dados do IBGE 2006 mostram que a contribuição masculina no trabalho doméstico tem aumentado, mas apenas 6% dos homens o fazem por querer e achar importante como sendo tarefa sua também. Outra parte dos homens que o realizam, o fazem por obrigação, pois dada

alguma circunstância da não presença da mulher. Se tudo isso fosse verdade, poder-se-ia pensar que uma mulher sozinha não teria condições para ser camponesa. Na verdade, há muitas mulheres camponesas produzindo sozinhas, mas isso é visto como uma coisa errada, passageira ou como uma exceção.

Há casos em que a mulher que têm parceiro e filhos (as) trabalha mais do que a mulher que vive sozinha com os filhos (as); isso mostra como o cuidado das crianças não é, nem considerado trabalho nem dividido com o homem; a isso se agrega o fato de que a mulher passa boa parte de seu tempo cuidando também de seu parceiro. Apesar dessa realidade se mantém a ideia de que a mulher não é capaz de fazer o ‘trabalho atribuído ao homem’ e que é menos mulher quando realiza esse trabalho. É comum ouvir que se a mulher é forte ela ‘trabalha como um homem’ e, do homem, que é ‘mulherzinha’ se faz o trabalho que a mulher realiza (casa/doméstico), as pessoas se sentem mal com isso e esse mal-estar é uma forma de manter a situação de desigualdade, de marginalizar, de invisibilizar o trabalho produtivo e reprodutivo presente na propriedade rural.

No sistema capitalista de cultura patriarcal e machista, que predomina nos espaços de trabalho na ‘reprodução e produção’ realizado pela mulher camponesa, o trabalho da mulher é interpretado como leve, ou tarefa, ou ajuda, algo sem valor, ou seja, não dá dinheiro. Comparando com o trabalho de ‘produção’ realizado pelos homens, este é visto como eficiente rentável e que dá dinheiro, porém não destina tempo e responsabilidade no que se refere ao trabalho reprodutivo da vida. A compreensão dos papéis sociais dentro do processo histórico-cultural é uma realidade concreta, mas ‘os papéis sociais não são realidades estáticas que atendem unicamente à mera funcionalidade’. O tornar-se humano processa-se gradualmente dentro da cultura que é construída no cotidiano. As pessoas vão se tornando humanas na medida em que vão construindo seu modo de ser e de pensar dentro da sociedade.

Porém, quando a economia está a serviço de uma cultura patriarcalista, onde o homem é o centro, nada mais eficaz do que tornar invisível a participação da mulher na economia, observando que, nas estatísticas de pesquisa, não é quantificado o trabalho não remunerado das mulheres, na família e na comunidade, e não o incluem nas contas nacionais, nos cálculos de produto interno bruto, nos orçamentos. No entanto, o funcionamento da economia está diretamente ligado na existência de uma cultura de relação (sexo, etnia, ambiental, social, econômica,...), porque é na cultura que a economia se expressa e essa cultura, ao dividir mulheres e homens trabalhadoras (es), também facilita o controle do capital sobre a população

trabalhadora.

Na abordagem econômica, aparece a descrição de que os indivíduos fazem suas escolhas, e elas podem ser projetadas para explicar o funcionamento de uma sociedade por meio de modelos matemáticos de correlação entre fatores. Mas, há necessidade de se fazer uma análise econômica mais ampla, incluindo a divisão sexual do trabalho na família, integrando o trabalho produtivo ao reprodutivo como fundamental à existência do homem e da mulher, incorporando saúde, educação, moradia, lazer, além de outros aspectos relacionados a temas da economia, que tornariam o invisível, marginalizado e não remunerado trabalho feminino reconhecido e valorizado.

Esta discussão da pobreza sob o prisma de gênero levanta questões específicas da vida das mulheres, que os dados estatísticos nem sempre revelam ou mesmo ocultam, como o trabalho não remunerado. Este constitui um conceito central na lógica feminista para analisar a pobreza numa perspectiva de gênero. É óbvio que o trabalho não remunerado não responde ao enfoque monetário, mas sua realização permite reproduzir a vida e, desta forma, o movimento internacional de mulheres tem tentado colocar sua medição na agenda política mundial.

A questão se refere à forma de imputar valor monetário aos afazeres domésticos e incorporar esta mensuração aos valores das Contas Nacionais de cada país. É fundamental fazer esta imputação porque isso desvenda a importância do trabalho doméstico, no cuidado do domicílio e das crianças, idosos e enfermos, que são majoritariamente realizados pelas mulheres. O problema é que estas atividades não são intermediadas pelo dinheiro, seu locus é fora do circuito mercantil, portanto, este é um trabalho invisível e as pessoas que se ocupam destas tarefas são desvalorizadas socialmente. E isso – é sempre bom lembrar – que são as mulheres camponesas que coordenam todo o trabalho de produção dos quintais, das plantas, das hortas e da produção de animais.

O MMC desafiou as mulheres a anotarem o que fazem no seu cotidiano e o resultado é o trabalho intenso em todo o processo produtivo de alimentos para o autoconsumo e a sobrevivência no campo. Um trabalho exigente penoso e invisível, porque o autoconsumo não está no PIB e não é contabilizado em nenhuma economia – nem para os municípios, nem para a família. Perceber que o trabalho das mulheres camponesas gerava mais renda que o café foi importante para elevar a sua autoestima e para que elas se percebessem como fundamentais no trabalho de produção. Se não fossem as mulheres fazendo esse trabalho de produção para o

autoconsumo, a agricultura familiar no Brasil não se sustentaria.

A renda da agricultura familiar ou camponesa na comercialização de produtos, mesmo acessando os mercados institucionais, só é suficiente por causa da produção familiar para o autoconsumo. Os agricultores compram muito pouca coisa fora das suas propriedades. Também se refere à produção de alimentos com a produção de medicinas naturais, o que é muito importante para a manutenção da saúde das famílias.

O MMC vem atuando na valorização do trabalho das mulheres na produção e reprodução através das lutas e conquistas, formação e organização. Já foi conquistado o reconhecimento da profissão de trabalhadora rural e os direitos que dela decorre. Mas o movimento vem trazendo o debate de uma economia feminista²⁸ que procura recuperar a importante contribuição econômica das mulheres ao longo da história e mostrar que o trabalho doméstico e de cuidado que vem sendo realizado primordialmente pelas mulheres, é fundamental no capitalismo porque garante a reprodução humana e a reprodução da força de trabalho sem ter grandes investimentos, já que na maioria das situações tem sido realizado de forma gratuita pelas mulheres. Além disso, conforme as reflexões propostas por uma das organizações feministas:

(...) é importante salientar que o reconhecimento do trabalho doméstico e de cuidados como econômico não significa incorporá-lo à lógica mercantil. A economia feminista reconhece que este tem características próprias, sendo profundamente marcado por uma dimensão subjetiva e de provisão de parte das necessidades humanas. Portanto, a proposta feminista é a de ruptura com a lógica dominante de valorizar apenas o que era considerado produtivo, isto é, o que tem valor monetário. (SOF, 2013, p.12).

Desse modo, pode-se observar que as mulheres camponesas do MMC vêm aprofundando desses elementos, dando visibilidade à produção do viver e ao trabalho por elas realizado pelas mulheres camponesas. Isso vem possibilitando as lutas e as pequenas transformações ainda que ocorram no espaço das microrrelações, tanto na re(produção) como no consumo. Com essas iniciativas, as mulheres vêm mostrando que o trabalho realizado por

²⁸ A economia feminista é uma corrente de pensamento que desde os anos de 1990 consolida-se no campo da teoria econômica, a partir da crítica a não incorporação das mulheres, de seu trabalho e de sua ação econômica pela economia. A economia feminista foi incorporada por organizações do movimento de mulheres na América Latina como uma ferramenta de análise sobre a realidade econômica das mulheres para a proposição de alternativas ao modelo hegemônico.

elas tem valor, questionando a divisão sexual do trabalho e as relações familiares patriarcais, expressando como a divisão sexual do trabalho é uma criação ideológica e cultural que permite a subordinação e desvalorização do trabalho que tem sido atribuído histórica e culturalmente às mulheres²⁹. Entretanto, ainda muito há muito que se avançar para romper efetivamente, no âmbito da sociedade, com a divisão sexual do trabalho e com a desigualdade entre mulheres e homens, fatores produtores de adoecimento das mulheres. Assim, contribui ainda nesta reflexão:

Conferir visibilidade ao trabalho doméstico e de cuidados na análise econômica é uma questão central para a economia feminista, pois é esse trabalho que garante a reprodução da força de trabalho. Ao ignorar isso, a análise econômica apresenta um diagnóstico incompleto do funcionamento do sistema econômico e não é capaz de avaliar a repercussão real das políticas econômicas. (SOF, 2013, p.13).

O reconhecimento disto é muito importante, pois à medida que essas questões não entram nas estatísticas, ficam ocultas e as políticas públicas acabam reforçando as desigualdades, como ocorreu no período da seca no Rio Grande do Sul em que o apoio dos governos municipais e estadual para dar suporte aos agricultores, teve, como único indicador, os gastos obtidos em financiamento bancário e as perdas na produção relacionada à seca. No entanto, toda a perda que as famílias camponesas tiveram estava relacionada aos produtos de subsistência, resultantes do trabalho realizado pelas mulheres e que não estava computado nos cálculos dos financiamentos, estava fora e não havia como comprovar. Foi o MMC que criou uma metodologia de indicadores com os produtos e seus valores. Também fez o levantamento destas perdas e entregou aos órgãos governamentais naquele período que teve, com base nos dados apresentados, o reconhecimento destes órgãos.

Porém, se as mulheres não tivessem trazido essa situação, os recursos públicos destinados ao apoio às vítimas da seca teriam suprido as dívidas bancárias e com cooperativas, deixando as famílias passando fome. Essa é uma das questões que mostram a importância do Movimento, no desvelamento da divisão sexual do trabalho e da produção e reprodução de desigualdades que nele se operam, trazendo para o presente o reconhecimento e a valorização do trabalho das mulheres.

²⁹ Como o trabalho doméstico e os cuidados do cotidiano, tudo relacionado ao que convencionou chamar de “mundo privado” ou vida familiar e que na verdade o espaço privado e as relações pessoais também são políticas e o trabalho doméstico e de cuidados também é economia.

Outro aspecto a considerar diz respeito ao bem estar das famílias camponesas, que não é alcançado somente pela posse de bens ou riquezas, mas por meios e capacidades de desenvolver potências de vida, de sentidos de viver e de alegrias, que passam pelo prazer da alimentação, pelas relações de afeto e carinho, pela saúde, pela vida em grupo ou comunidade, o que tem muito valor para as famílias camponesas. Essa perspectiva traz presente a importância do trabalho de cuidado, realizado pelas mulheres em casa e na vida comunitária, levantando, não como uma questão privada, mas apontando uma importante dimensão política e social na garantia da qualidade de vida dessas famílias.

Essas dimensões se revelaram nos círculos de cultura em depoimentos e cenas de linguagem do teatro, da música e da poesia, onde as mulheres foram mostrando que a sua participação no trabalho de cuidados inicia muito cedo. Todas as mulheres afirmaram sua presença forte nos cuidados, desde criança, cuidando de seus irmãos menores e/ou de idosos (avô e avó) ou de pessoa adoecida na família. A arte de cuidar faz parte de todos os ciclos de vida dessas mulheres, que nunca tinham refletido sobre esse trabalho e o quanto ele exige das mulheres.

Suas manifestações relativas ao cuidado trazem a carga da responsabilidade e das exigências que este tipo de trabalho traz, com as marcas da alegria e do prazer em cuidar do outro, os laços de afeto e amorosidade que se constituem nos vínculos com quem cuida e com quem é cuidado (expressadas por todas as mulheres e em todas as fases de suas vidas). Mas também carregam as marcas de uma sobrecarga, porque somada ao trabalho no espaço da produção. Muitas mulheres não conseguiram conter suas lágrimas ao trazer esses elementos na reflexão, mostrando seus dramas e inseguranças em cuidar de doentes, sem muitas orientações e longe do acesso aos serviços e equipes de profissionais de saúde.

Revelaram, também, a importância dos saberes ancestrais que vêm se reproduzindo através da tradição oral e vivencial de geração em geração, com a utilização das plantas medicinais para tratar determinadas doenças ou sofrimentos, com o uso de uma alimentação adequada com base nos alimentos produzidos de forma saudável, sem venenos, e com o uso de rituais religiosos de cura (com predominância da religião católica com os saberes das pastorais sociais, mas também de outras religiões, como evangélica, luterana e de matriz africana; esta com menos incidência).

Entretanto, na problematização sobre essa temática foi possível identificar o quanto esse trabalho é gratificante, e contraditoriamente, o quanto produz sofrimento para essas mulheres

cuidadoras, porque ninguém cuida delas e não sobra tempo nem para cuidarem de si mesmas, pois passam o tempo todo ocupadas, cuidando dos outros, do Movimento e da comunidade.

Ao perguntar para cada uma das mulheres “como cuida de minha saúde e quem cuida de mim” foi como se eu tivesse produzido um choque, pois a maioria nunca tinha feito essa pergunta para si mesma. Foram minutos de silêncio e um olhar de espanto, num dos círculos de cultura realizado no encontro nacional de 2013, em Brasília/DF, com as mulheres camponesas de todos os estados. Mas foi muito interessante a análise feita a partir dessa questão, para perceberem o quanto precisam se ocupar de si, de suas vidas e de seu corpo para terem saúde. Foi um dos momentos mais ricos do encontro, pois em pequenos grupos, como num ateliê autobiográfico, as centenas de mulheres presentes foram tecendo memórias de suas vidas, da falta de cuidado consigo mesmas e com o desafio de trabalhar essa dimensão com mais profundidade. Na sequência deste círculo, as falas, os gestos, os poemas e as palavras de ordem ecoavam em diferentes sons e melodias ao compartilhar, entre todas elas, a importância desta dimensão em suas vidas. E assim, num grande círculo, foi sendo cantada a música “cuidar do outro é cuidar de mim, cuidar de mim é cuidar do mundo” e “somos um círculo dentro de um círculo sem início e sem fim”, numa grande ciranda de vida das mulheres camponesas do Brasil e de 8 países participantes.

Depois deste círculo de cultura, parte das mulheres camponesas vem se inserindo em processos formativos e de cuidado com as práticas populares e integrativas, nos diferentes estados brasileiros, pois carregam um potencial de cuidado e de construção de sentidos muito forte à vida dessas mulheres e o MMC vem sendo um dos dinamizadores dessas. Assim, é possível perceber como o trabalho é um dos elementos que dá sentido à vida das mulheres camponesas, e o quanto vem sendo importante o ressignificar essa dimensão de vida destas mulheres para serem mais saudáveis e felizes.

A par desse processo, o MMC vem desenvolvendo ações de recuperação de saberes culturais e de incentivo à criatividade das mulheres na confecção de inúmeros tipos de artesanato, utilizando sementes, folhas, fibras, palhas, cascas de árvores, lãs, tecidos, pinturas, dentre outros, que agregam valor e renda ao que as mulheres já produzem, além de ser o espaço de encontro, de diálogo, estudo, reflexão e de terapia grupal. Nenhuma oficina de artesanato ocorre sem estas dimensões que impulsionam a autoestima, a valorização, a criatividade e as potencialidades de cada uma das mulheres envolvidas. É um tipo de atividade que as mulheres jovens e as crianças têm participação ativa. Nessas produções as

mulheres trazem sua potencialidade criativa e a dimensão estética do saber e da vida das mulheres camponesas, cuja expressão se amplia e se apresenta, também, no embelezamento dos ambientes através das plantas, flores e ornamentações tão presentes do cotidiano destas mulheres, afirmando a beleza e a amorosidade como parte do cuidado com a vida e a saúde.

3. 4. Sementes como patrimônio dos povos, comida, produção de alimentos saudáveis, plantas medicinais e soberania alimentar

As mulheres camponesas historicamente têm sido as responsáveis pelo cuidado e conservação das sementes. As indígenas sempre carregavam consigo sementes; já as mulheres negras enrolavam as sementes nos seus cabelos e as mulheres imigrantes traziam as sementes enroladas em pequenos lenços. Todas as mulheres sabem que a vida se reproduz através das sementes. Assim, ao longo da história da humanidade as mulheres vêm sendo as guardiãs das sementes e provocaram, em nível mundial, a Campanha da Via Campesina chamada “Sementes como patrimônio dos povos a serviço da humanidade”, a partir da experiência concreta de resgate e valorização das sementes crioulas, iniciado pelo MMC em Santa Catarina, e logo em seguida por todos os estados onde há organização do MMC e, atualmente, assumido pela Via Campesina Internacional.

Essa campanha tem várias dimensões e envolve ações de luta e enfrentamento do MMC e dos demais movimentos articulados na Via Campesina contra: a) o modelo patriarcal e capitalista, que criminaliza e reprime as organizações populares; b) o agronegócio que promove os monocultivos e a destruição ambiental com grandes impactos sociais, ambientais, econômicos, políticos e culturais; c) todas as formas de apropriação privada da vida como a monopolização das sementes, a biopirataria, a contaminação ambiental e a privatização dos recursos naturais; d) a produção de sementes transgênicas e de qualquer outra forma de modificação, por engenharia genética, em plantas, animais e em microrganismos com a finalidade alimentar e de produção de matéria prima, porque não trazem nenhum benefício aos povos; e) o uso de produtos agroquímicos sintéticos (agrotóxicos, fertilizantes, hormônios, entre outros), porque apresentam efeitos adversos e irreversíveis à saúde humana, aos animais e ao meio ambiente.

A outra dimensão é a afirmação da vida e da sua biodiversidade, a autonomia na escolha

das sementes para cultivo sem contaminação, impedindo práticas e inovações milenares que vêm sendo feitas pelos povos nativos, tradicionais e camponeses do mundo inteiro. Nesse sentido, são realizados intercâmbios culturais dos diversos povos do Brasil, América Latina e de outros países, a fim de preservar as sementes crioulas como patrimônio dos povos a serviço da humanidade e afirmar a luta pela soberania política, alimentar, energética e tecnológica para as atuais e futuras gerações.

Aliado a isso, os movimentos camponeses dos quais se destaca o MMC, onde se situam os sujeitos desta Tese, também enfatizam a luta pela implantação de políticas públicas que contemplem e respeitem a realidade cultural de cada um dos povos, a construção de um projeto de agricultura pautado na soberania alimentar, na biodiversidade e na defesa e garantia dos direitos dos povos, a produção de alimentos com base na utilização de princípios e processos agroecológicos, e a livre troca de sementes, conhecimentos, saberes e iniciativas dos povos, que representam formas concretas de resistência popular.

Nesse sentido, cabe destacar que a sociedade foi sustentada por mais de 10.000 anos por diferentes modos de vida dos povos. Estas formas de organizações garantiram a domesticação, o melhoramento e a multiplicação de milhares de espécies de vegetais e animais. Hoje respondem por mais de 80% da produção de alimentos do planeta. Vale lembrar que, na antiguidade, os povos se alimentavam de mais de 1.500 espécies de plantas e pelo menos 500 espécies foram cultivadas ao longo da história. Conforme Pinheiro (2005), na década de 1970, no Brasil, a população consumia e produzia em torno de trinta e cinco tipos de grãos, e, atualmente, a população se alimenta, basicamente, com apenas cinco variedades de grãos, (trigo, milho, soja, arroz e feijão). Isto demonstra o quanto empobrecido está o atual modelo de produção, e, também, como está com pouca qualidade a nossa alimentação, sem contar o número de pessoas que nem conseguem se alimentar.

Segundo Vanessa Schottz, da Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE) e Elisabeth Cardoso do Centro de Tecnologias Alternativas da Zona da Mata (CTA/ZM), na América Latina e Caribe as agricultoras familiares produzem 45% dos alimentos que são consumidos, evidenciando a importância do trabalho delas para nosso cotidiano. Entretanto, é um trabalho silencioso, invisível e, também por estas razões, desvalorizado por boa parte da sociedade. (MMC, 2014).

Historicamente as mulheres camponesas vêm sendo as responsáveis pela produção de alimentos. Um trabalho silencioso e árduo, utilizando os “pedaços” de terra que lhes sobram e

que garante o sustento familiar, pois a parte da produção que o homem se responsabiliza é para a comercialização. E foi a partir destes espaços, ou “pedaços”, que a discussão sobre o papel das mulheres na sociedade hoje – e naquela que os grupos querem construir – foi tomando corpo até a afirmação do feminismo “como instrumento da construção da igualdade” na Declaração Final da Cúpula dos Povos. O documento incluiu também a “autonomia das mulheres sobre seus corpos e sexualidade, e o direito a uma vida livre de violência” como premissas a serem defendidas pelos povos³⁰ (CUPULA DOS POVOS, 2012, p. 2). Para saber mais sobre a luta das mulheres camponesas pode-se consultar a entrevista feita por Vanessa Schottz, da FASE, para o Programa Planeta Lilás, organizado por militantes feministas, na Rádio Cúpula dos Povos:

- ◆ Assim, Vanessa pergunta para Beth: qual o papel das mulheres na agricultura camponesa?

***Beth:** Esta pergunta é importante porque nos dá a oportunidade de dizer que as mulheres não ajudam na agricultura, as mulheres trabalham na agricultura. Elas estão na produção de alimentos. Elas estão no resgate e na conservação das sementes. Elas estão nos processos de resistência nos territórios, contra o agronegócio. Elas estão no cuidado com a alimentação.*

As mulheres assumem um papel importante – e protagonista – neste momento em que estamos discutindo sustentabilidade, mas também estamos discutindo soberania alimentar. As mulheres têm um papel fundamental tanto na bandeira de luta da soberania alimentar quanto nas práticas agroecológicas e nas práticas de consumo sustentável. Elas estão em vários espaços, fazendo as suas lutas no dia-a-dia, e também se organizando e lutando para garantir a visibilidade o seu trabalho³¹.

- ◆ Uma das pautas principais desta Cúpula dos Povos é a luta contra a “mercantilização da vida”. E aí eu acredito que falamos não só da natureza, das florestas, dos serviços ambientais, mas também dos modos de vida. Valorizar a produção para o autoconsumo é um jeito de fugir do mercado, pergunta, por sua vez, Beth a Vanessa?

***Vanessa:** É isso. E se a gente parar para pensar, não existe nada mais radical na luta por soberania alimentar do que a produção para o autoconsumo. Porque é a via da alimentação sem passar pelo mercado. E é justamente isso que o mercado tenta desconstruir de várias formas. Uma é a ocupação dos territórios com monocultura – porque sem diversidade as famílias ficam dependentes da compra de*

³⁰ Importante evento mundial realizado no Brasil em 2012 e tem suas deliberações no link: <http://riomais20sc.ufsc.br/files/2012/09/DOCUMENTOS-FINAIS-DA-CUPULA-DOS-POVOS-NA-RIO-20-POS-JUSTIÇA-SOCIAL-E-AMBIENTAL>

³¹ As entrevistas serão transcritas em itálico.

produtos nas grandes redes de supermercado.

Outra maneira é a publicidade que estimula o consumo dos produtos industrializados. Então essa prática do autoconsumo, que está muito ligada ao trabalho das mulheres, é fundamental no movimento de resistência contra o agronegócio, contra o uso do território para a produção de monocultivo para a exportação. É uma prática que precisamos valorizar e dar visibilidade.

E é importante dizer também que as mulheres não estão apenas trabalhando para o autoconsumo. Entre as mulheres que compõe o GT de Mulheres da ANA vemos que um grande número comercializa sua produção para feiras e também para o mercado institucional de alimentos via Programa de Aquisição de Alimentos [PAA] e Programa Nacional de Alimentação Escolar [PNAE], apesar de enfrentarem muitas dificuldades. A questão é que as políticas públicas, da forma como estão estruturadas, não consideram o trabalho e as necessidades das mulheres.

- ◆ Beth amplia a pergunta. E vocês podem dar exemplos que explicam porque essas políticas são insuficientes para atender às necessidades das agricultoras?

Vanessa: São várias questões. Por exemplo: para que qualquer agricultor ou agricultora familiar acesse as políticas públicas para Agricultura Familiar no Brasil é necessário acessar o “Documento de Acesso e de Aptidão ao Pronaf”, que chamamos de DAP. A DAP tem uma série de problemas, e passa pela lógica de que é um documento “familiar” no qual cabe sempre ao homem o protagonismo.

Então se na família o homem é professor ou agente comunitário de saúde e a mulher é agricultora ela não consegue ter sua profissão reconhecida. Ou seja, muitas mulheres estão produzindo, não conseguem acessar esse documento e, portanto, não conseguem ser reconhecidas como sujeito por essas políticas.

Outras tantas vezes, os homens apresentam os documentos e recebem o dinheiro pela esposa. Achamos que isso é muito ruim, pois além de impedir a visibilidade do trabalho delas, impede o acesso à renda, um elemento que consideramos importante para o processo de construção de autonomia. Acreditamos que autonomia econômica e autonomia política são vias que precisam andar juntas para permitir uma relação de igualdade entre homens e mulheres.

Para as mulheres camponesas a partir das sementes, há a semeadura, o plantio, o cultivo, a colheita, a celebração, o preparo e a conservação dos alimentos que vão à mesa. Em cada um destes momentos as mulheres camponesas são protagonistas e tem prazer disto, tanto é que o MMC lançou a Campanha Nacional pela Produção de Alimentos Saudáveis em 2007 como afirmação do que estas mulheres acreditam ser o essencial na vida e no território do campo, das florestas e das águas. Com essa campanha o movimento buscou tornar visível o grande potencial de produção de alimentos que a agricultura camponesa possui, evidenciando o papel das mulheres nesse processo e sensibilizar a sociedade para a situação de degradação da natureza. Também retomar o cuidado com a vida, além de discutir e implementar experiências de produção agroecológica de alimentos nas propriedades, de geração de renda de comercialização justa.

Segundo documentos do MMC, a campanha nacional pela produção de alimentos saudáveis está fundada em cinco dimensões, a saber:

Dimensão política: construção de pautas com proposições nas várias áreas das políticas públicas no sentido dos governos investirem recursos para a produção ecológica e diversificada de alimentos saudáveis, de preservação da biodiversidade, de realizar a reforma agrária, de soberania alimentar; **Dimensão ambiental:** construção do debate sobre a crise de civilização que a humanidade está atravessando e a necessidade de cuidar da vida; **Dimensão ética, cultural e feminista:** construção de valores e princípios de vida, de solidariedade; da construção de novas relações humanas e com a natureza; e de novas relações de poder que superem todas as formas autoritárias, patriarcais e discriminatórias na perspectiva de construir relações de respeito, solidariedade, igualdade na diferença, democráticas e cidadãs; **Dimensão das mudanças cotidianas:** construção de práticas no cotidiano das mulheres e famílias camponesas como sinal de que é possível construir um projeto popular de agricultura camponesa, valorizando quem trabalha a natureza e produzindo para o bem da humanidade; **Dimensão econômica e social:** construção de mecanismos, instrumentos de viabilização e potencialização da agricultura camponesa, com a produção de alimentos saudáveis, cuidado com a vida e o ambiente e a geração de renda no campo e na cidade. Potencialização de redes solidárias de trabalho e consumo. Valorização do trabalho feminino e ações de combate à fome e à miséria no campo e na cidade. Fortalecimento da soberania alimentar e da autonomia das mulheres. (MMC, 2007, p. 17).

Um dos eixos conceituais desta campanha é a soberania alimentar dos povos e a referida campanha vem sendo um dispositivo para o debate na construção do projeto de agricultura camponesa na ótica feminista e agroecológica onde a vida e a saúde são base fundamental, assim como para a resistência popular e a construção de alternativas ao modelo de exclusão, exploração e destruição que o agronegócio e o capitalismo produzem nesses territórios.

A questão da soberania alimentar é muito mais ampla do que o tema da segurança alimentar, proposto na área da saúde pública, pois a soberania traz em si a autonomia e autodeterminação econômica, política, cultural dos povos, a autonomia de fazer, de poder produzir, ter mecanismos necessários para fazer a produção sem dependência das transnacionais, respeitando os saberes dos camponeses e das comunidades tradicionais.

Diante da realidade onde as empresas transnacionais e multinacionais, dominam o mercado de *commodities*, ou as empresas de outros países controlam o processo de produção, comercialização e consumo dos alimentos, em grande escala, e, onde milhões de pessoas morrem de fome a cada dia, a agricultura camponesa é uma proposta que trilha nos caminhos da soberania alimentar. Não há nenhuma outra forma ou tecnologia que substitua a produção de comida, sendo que a industrialização é um segundo passo, pois todo alimento brota da terra, ou pela semente ou extraído dela.

Em 1996, na conferência mundial sobre alimentação em Roma, a Via Campesina Internacional propôs o conceito de soberania alimentar, a partir da experiência da produção camponesa e da oposição ao modelo de agricultura capitalista e como um direito dos povos de produzir seus próprios alimentos. Entretanto, o avanço do capitalismo transnacional vem transformando o alimento em mercadoria controlada por algumas empresas.

Interessante refletir sobre o poder dessa forma de globalização e como as identidades vão se configurando por elementos relacionados ao consumo e os objetos perdem a relação de fidelidade com os territórios de origem, em que, diferente do período da internacionalização, em que, para possuir bens de outros lugares era preciso buscá-los nestes locais, atualmente o que buscamos consumir é globalizado, e seu processo de produção, montagem e distribuição é fragmentado e acontece em diferentes locais. Isto foi produzindo uma cultura do efêmero, do transitório e uma cultura política centrada no consumismo e no imediatismo oportunista. A lógica neoliberal que conduz os processos de globalização pode ser questionada se é a única forma de construir processos de interação globais, pois nesta abordagem neoliberal tudo se reduz ao mercado, e o pior, vem submetendo a política às regras do comércio e da publicidade, do espetáculo e da corrupção. Mas isto pode ser transformado, pois a política e a cidadania são essencialmente relações sociais.

Nessa perspectiva Canclini (1997, p.27-47) nos desafia a buscar referenciais que articulem a cidadania, a política, a cultura e o consumo, bem como a relação entre Estado e Sociedade, enquanto elementos promotores do exercício da cidadania, rompendo visões que apresentam o consumo como o algo demoníaco e revendo o papel que os meios de comunicação de massa estão tendo, no que se refere ao exercício da cidadania, antes centrado nos atores coletivos como os sindicatos, partidos políticos e os intelectuais. Esse autor nos faz pensar sobre as mudanças socioculturais em curso, que se constituem em cinco processos, a saber: há uma perda de peso das instituições públicas locais e nacionais por um avanço das transnacionais; uma mudança nos padrões de convivência e moradia urbana; uma reelaboração do “próprio” em função do peso da globalização e do senso de pertencimento para comunidades transnacionais; de um cidadão representante público para o cidadão interessado em desfrutar uma vida melhor. Estas questões estão inter-relacionadas aos padrões de consumo internacional, e as tendências desreguladoras e privatizantes diminuem ou até eliminam as vozes dissonantes.

Para interagir neste contexto é importante compreender como agem as forças

hegemônicas, reconhecer os limites das organizações que cumpriam com o papel de mediação e articulação dos atores políticos e reconhecer o deslocamento do cenário de exercício da cidadania, a passagem do “povo” para a sociedade civil e repensar as formas de ação no atual contexto o que corresponde a repensar, também, as formas de atuação política e de exercício da cidadania, com base nas novas configurações cotidianas e culturais na perspectiva de construção de uma vida digna para todas as pessoas.

No caso da alimentação estas questões estão muito presentes, tanto na globalização de padrões alimentares, quanto nas lutas de resistência a estes padrões, como é o caso da luta dos camponeses (as), da agroecologia. São processos em curso que irão depender da capacidade coletiva de ação capaz de considerar elementos do cotidiano de vida das pessoas para a construção de processos de exercício de cidadania em todos os aspectos. E assim, se falamos em autonomia e oposição ao capitalismo, precisamos falar na construção da soberania política dos povos, que precisam ter condições políticas para serem autônomos, que os governos sejam coerentes com os mais empobrecidos/as, para implementar políticas adequadas de produção de comida.

As mulheres camponesas são protagonistas deste componente central de identidade e soberania dos povos, ou seja, a comida, onde ela está presente em toda a cadeia produtiva, pois, inclusive, nas indústrias de alimentos elas são a maioria dos que compõe a massa de trabalhadores que ali atuam. A comida carrega consigo um componente cultural e tem peso importante na constituição das diferentes etnias e populações. Por conta de sua importância, os filmes falam muito do tema da comida, de modo que a reflexão sobre “alimento e cultura”, que faço aqui, tem como base os filmes *A Festa de Babete*, *O Veneno está na Mesa* e *A Vida Secreta das Palavras*. Nos três filmes, esta temática aparece de forma diferenciada, mas em todos eles é bem marcante a dimensão cultural da comida e seu potencial, na produção de sentidos ao existir.

A Festa de Babete, de Gabriel Axel, da década de 1980, é o filme que deu origem ao gênero de filmes sobre alimentação. Sem a necessidade de apresentar um resumo deste filme, cabe evidenciar a forma espetacular com que esta obra cinematográfica mostra a comida inserida na cultura e imbricada na História, capaz de construir costumes, gostos, condutas, situações e ressignificando sentidos ao viver das pessoas. O prazer de produzir e fazer os alimentos, os processos de sociabilidade que se envolvem no ato de comer e as descobertas que acontecem nestas interações entre pessoas e grupos, até mesmo de diferentes traços

culturais, é de um valor riquíssimo e muito bem apresentado neste filme. As transformações que acontecem na vida das pessoas, a partir do encontro produzido pelo prazer e sabor da comida, ao mesmo tempo são capazes de romper barreiras culturais e morais que só se tornam possíveis por este tipo de encontro e que talvez fosse impossível por outros dispositivos de reflexão ou de linguagem.

Já no filme *O Veneno está na Mesa*, um documentário de Silvio Tandler, dedicado a elucidar o cidadão brasileiro sobre o escândalo dos agrotóxicos no Brasil, com depoimentos de agricultores, representantes de consumidores, representantes de multinacionais e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a reflexão sobre a comida aparece com outro foco. Lamentavelmente, o Brasil é o país que mais consome agrotóxicos neste Planeta e o pior, a população está apática a este fenômeno, sem ter consciência de que estamos nos envenenando com aquilo que comemos. O documentário denuncia, de certa forma, os interesses das indústrias que controlam o mercado de sementes, insumos agrícolas (onde estão os agrotóxicos) e de alimentos que, por coincidência ou não, algumas também detém o controle do comércio de medicamentos no mundo.

Este documentário é forte, pois provoca reflexões sobre a comida e seu poder cultural e o quanto estamos perdendo esta dimensão cultural e produtora de vida, de saúde e de sentidos ao existir, quando nos alimentamos meramente para não passar fome. O alimento está sendo somente uma rotina necessária para manter o corpo vivo, para dar conta das imensas tarefas cotidianas do mundo do trabalho enlouquecido, em que a maioria da população está condicionada, nesta forma capitalista e mercadológica de organização dos processos de trabalho, de reprodução da vida e do lazer. Interessante esta abordagem do filme, pois provoca reflexões acerca de como a visão mercantil da vida e do alimento pode roubar um dos elementos constitutivos da cultura e da identidade de cada povo, grupo ou nação transformando-o em mera mercadoria: o alimento. A comida que é base da identidade cultural, a soberania alimentar um dos pilares de sustentabilidade dos povos e as sementes (base da diversidade da comida), o patrimônio da humanidade está hoje em disputa mundial frente os interesses internacionais do grande capital.

Como sequência deste filme, o mesmo cineasta lançou *O Veneno está na Mesa 2*, que aprofunda essa situação com análise e depoimentos de pesquisadores (as) acerca dos impactos sobre a saúde e a natureza, ao mesmo tempo em que traz experiências de agroecologia que vêm sendo implementadas pela agricultura camponesa nas mais variadas regiões do Brasil,

como resposta e sinal de que existem outras tecnologias e formas de produzir alimentos saudáveis, com outros referenciais centrados na agroecologia.

O outro filme *A Vida Secreta das Palavras* (2005), de Isabel Coixet, mostra como Hanna, uma mulher muito contida, se expressa muito pouco, é uma empregada exemplar que tira férias de um mês, sem mesmo se dar conta disso e sem saber o que fazer nesse tempo vago... E, certo dia, ouvindo um papo de um desconhecido ao telefone, se oferece para ser enfermeira de um homem que sofrera um acidente a poucos dias. Levando nuggets, arroz e meia maçã (sua refeição diária), mais a sua mania bem peculiar por sabonetes, Hanna embarca em uma plataforma de petróleo, habitada somente por homens e desativada por conta de um acidente. Lá cuida de Josef, um homem cego temporariamente e com a alma presa em um passado de decepções e dor. No começo, o diálogo não existe, parece um clássico monólogo. Aos poucos, com a armadura do sofrimento caindo delicadamente, os diálogos começam a ter um poder, gerando um impacto dentro da trama. Confissões de ambas as partes levam o filme, de longa metragem, a uma profundidade inacabável de lembranças e sofrimentos. Um mundo de surpresas, dor e esperança começa a brotar.

Este filme é revelador de um conjunto de temas e reflexões sobre os sentidos do existir humano e das formas de cuidado para com a vida. No entanto, eu me lembrei deste filme ao debater o tema da comida, pois para a personagem principal, a comida não fazia muito sentido à sua vida monótona. E é exatamente no desafio que ela encontra, de cuidar de uma pessoa cega, acidentada numa plataforma no meio do mar, que tudo acontece, que as formas de amorosidade no cuidado surgem e onde o sentido, o gosto e o sabor da comida passam a ter novos significados na medida em que ela ressignifica sua vida e coloca novos sentidos ao seu viver, interagindo com as poucas pessoas com as quais passa a conviver.

A potência da comida, como elemento constitutivo do ser humano, ganha sentidos profundos de vida às pessoas na medida em que seu protagonismo individual e coletivo vai se constituindo, caso contrário, em situações em que estamos alienados de nós mesmos, a comida é apenas uma necessidade biológica. Nesta condição, os processos de produção de adoecimento são muito presentes, diferente de quando há autonomia, consciência de si e dos outros e clareza dos sentidos de existir de cada um neste mundo. Nesse sentido, os filmes nos desafiam a refletir sobre a dimensão da comida sob vários aspectos, num momento histórico em que a fome passa a integrar a agenda política mundial, permeada por diferentes projetos de desenvolvimento para dar conta deste desafio, por necessidades imensas de acesso à comida

para a população mundial e por interesses econômicos globalizantes.

A comida também faz parte dos estudos sobre o campesinato. Para Heredia (1979), a comida compõe elementos da vida cotidiana dos pequenos agricultores da Zona da Mata de Pernambuco, promovendo uma interação entre a produção de alimentos para subsistência, o modo de vida, o consumo e as formas de reciprocidade que marcam o cotidiano, tanto nos processos de trabalho produtivo nos roçados, nas farinhadas, nas feiras de venda e de troca dos produtos, como na preparação e no ato de comer, no cuidado com as crianças, com os idosos e os doentes. Há um modo de vida permeado pelas singularidades do campesinato, onde o alimento é a base deste modo de vida, melhor dizendo, da produção de alimentos.

A lógica neoliberal que conduz os processos de globalização pode ser questionada se é a única forma de construir processos de interação globais, pois nesta abordagem neoliberal tudo se reduz ao mercado, e o pior, vem submetendo a política às regras do comércio e da publicidade, do espetáculo e da corrupção. Mas, isto também pode ser transformado, pois a política e a cidadania são essencialmente relações sociais. Nessa perspectiva, Heredia nos desafia a buscar referenciais que articulem a cidadania, a política, a cultura e o consumo, bem como a relação: Estado e Sociedade, enquanto elementos promotores do exercício da cidadania, rompendo visões que apresentam o consumo como o algo demoníaco e rever o papel que os meios de comunicação de massa estão tendo, no que diz respeito ao exercício da cidadania, antes centrado nos atores coletivos como os sindicatos, partidos políticos e os intelectuais.

Canclini (1997, p.27-47) nos faz pensar sobre as mudanças socioculturais em curso que se constituem em cinco processos, a saber: há uma perda de peso das instituições públicas locais e nacionais por um avanço das transnacionais, uma mudança nos padrões de convivência e moradia urbana, reelaboração do “próprio” em função do peso da globalização, senso de pertencimento para comunidades transnacionais, de um cidadão representante público para o cidadão interessado em desfrutar uma vida melhor. Estas questões estão interrelacionadas aos padrões de consumo internacional, as tendências desreguladoras e privatizantes que diminuem vozes. Para interagir neste contexto é importante compreender como agem as forças hegemônicas, reconhecer os limites das organizações que cumpriam com o papel de mediação e articulação dos atores políticos e reconhecer o deslocamento do cenário de exercício da cidadania, a passagem do “povo” para a sociedade civil e repensar as formas de ação no atual contexto. E repensar as formas de atuação política e de exercício da

cidadania com base nas novas configurações cotidianas e culturais na perspectiva da construção da vida digna de todas as pessoas.

No caso da alimentação estas questões estão muito presentes, tanto a globalização de padrões alimentares, quanto as lutas de resistência a estes padrões, como é o caso da luta dos camponeses (as), em defesa da agroecologia. São processos em curso e dependerá da capacidade coletiva de ação capaz de considerar elementos do cotidiano de vida das pessoas para construção de processos de exercício de cidadania em todos os aspectos. Merece reflexão, também, sobre como o gosto é construído?

Além disso, são elementos culturais que se constroem e perpassam o cotidiano de vida das famílias e a hegemonia mercadológica também vem produzindo padronizações do gosto das populações. Tomo como referência o filme brasileiro *Estômago* (Marcos Jorge, Brasil, 2007), um suspense que traz o tema da comida e do poder; conta a história paralela de dois assassinatos na trajetória de ascensão e queda de Raimundo Nonato (João Miguel), um cozinheiro de dotes especiais. O filme traz a trajetória deste nordestino – Nonato – que vem do meio rural, chega a São Paulo sem nada de dinheiro e acaba trabalhando num bar em troca da comida e de um quatinho para dormir, que fica nos fundos do bar. Ele tem um enorme talento para cozinhar, é utilizado como serviçal e passa a ser disputado com outro concorrente, para o qual ele acaba indo trabalhar lá também. Aos poucos vai percebendo como os seus dotes culinários servem para superar dificuldades. Mas se envolve com uma mulher prostituta, viciada em comida, que se relaciona com ele em troca de comida. Ele se apaixona por ela e a vê como sua namorada-noiva, até o momento em que a encontra com seu chefe, tendo um caso amoroso no qual seu lado mais hostil se revela e ele os mata. Sua vida passa a ser a prisão e nela encontra, no seu talento culinário do ato de cozinhar, uma forma de poder.

Para o cineasta Marcos Jorge “O homem é o único animal que cozinha” e, a partir desta afirmação e do filme pode-se refletir sobre o sentido da comida e a construção social do gosto e do paladar dos alimentos. A comida é uma necessidade básica de todos os seres vivos para a sobrevivência. Entretanto, para os humanos, além de responder pela sobrevivência ela é uma construção social, histórica e cultural. Traduz a própria identidade humana e de cada grupo ou classe social.

Nesta perspectiva, Seymour (2005) traz elementos importantes para esta reflexão acerca da construção social do gosto e a influência da classe social neste processo. Segundo a autora,

um dos principais estudiosos foi o sociólogo francês Pierre Bourdieu, ao afirmar que todo o gosto e o comportamento de consumo são expressões da classe social. Assim, ele traz o conceito de *habitus* como estruturante para esta análise, uma vez que representa a ligação entre os fatores objetivos e subjetivos da classe social que, por sua vez, se constitui como um conjunto de fatores econômicos, práticas, predisposições e sentimentos. Com base em Bourdieu, para Seymour (2005), as escolhas e gostos são uma questão de classe social e não de personalidade.

Retomando Bourdieu (In: ORTIZ; FERNANDES, 1983), a classe social é determinada pela posse de quantidades distintas de diferentes formas de capital, inclusive o capital cultural e o capital simbólico. Assim, o capital econômico envolve o dinheiro e a mercadoria, o cultural envolve a circulação de produtos culturais e a multiplicação das relações culturais e é adquirido por meio da imersão em *habitus* que perpassa gerações.

Para explicar a diversidade na homogeneidade que caracteriza os *habitus* singulares dos diferentes membros de uma mesma classe e que reflete a diversidade na homogeneidade característica das condições sociais de produção desses *habitus*, basta perceber a relação fundamental de *homologia* que se estabelece entre os *habitus* dos membros de um mesmo grupo ou de uma mesma classe enquanto eles são o produto da interiorização das mesmas estruturas fundamentais (...) (BOURDIEU, In: ORTIZ; FERNANDES, 1983, p. 80, em itálico no original).

Para ele, há a cultura legítima, a cultura de fácil assimilação e a cultura da classe trabalhadora que identifica o gosto associado a cada uma delas. Cada classe tem sua cultura legítima. Entretanto, há elementos da cultura que são colocados para socialização no sentido de que todos possam assimilar, mas que depende dos interesses de cada classe ou segmento social a sua assimilação e reprodução. E cada grupo, segmento ou classe social desenvolve signos e elementos simbólicos de distinção entre si. O gosto traduz as preferências e anseios de cada um destes segmentos. A classe dominante tem seu estilo e gosto tanto alimentar, como das artes. Já a classe média busca se distanciar e diferenciar da classe trabalhadora, que fica considerada inferior. Este capital cultural disputa espaço social para legitimidade e poder destes diferentes classes e dentro delas, dos distintos segmentos.

As lutas mais acirradas ocorrem entre grupos sociais onde os limites se tocam. Adotar novas práticas que funcionem como marcadores de distinção pressupõem novas lutas que podem ser observadas, por exemplo, na mudança de clientela em restaurantes. Esta questão aparece fortemente no filme *Estômago* tanto do tipo de restaurante – um mais “fino” e outro

mais popular –, quanto dentro da prisão, entre os segmentos que lutam para manter ou conseguir uma posição de poder dentre os presidiários.

De outra parte, é interessante observar um tensionamento que perpassa todo o filme e que se refere aos diferentes tipos de gostos influenciados pelo luxo e os influenciados pela necessidade. Em ambas as situações, mesmo os influenciados pela necessidade têm uma imposição simbólica do luxo como marcador de distinção para a ascensão de espaços de poder e/ou de legitimidade, como fazia Nonato, tanto no bar e restaurante, como na prisão. Isso confirma a abordagem feita pelo filme sobre os diferentes tipos de alimentos consumidos pelas diferentes classes sociais ou grupos, que expressam as diferentes relações com o habitat e o mundo social. Isso também revela as concepções e práticas sobre o papel de homens e mulheres no ambiente doméstico e na produção dos alimentos, demarcando as possibilidades de tempo, as possibilidades financeiras para viabilizar determinados tipos de alimentos, o padrão burguês de mundo, as influências e a disputa de hegemonia alimentar que tenta massificar, industrializar e padronizar a alimentação mundial.

Este conjunto de elementos se coloca atualmente como parte das questões estratégicas, pois tem influências importantes sobre a determinação e padronização alimentar, em contraposição à soberania alimentar dos povos e à sua autonomia. Além disso, a padronização em contraposição ao reconhecimento e identidade de cada povo, nação ou grupo, dentre outras questões que merecem aprofundamento.

Estamos diante de um contexto em que o perfil demográfico está se transformando, o perfil epidemiológico também e a influência da comida sobre os processos de produção do viver, da saúde e adoecimento passam a ser determinantes, bem como o peso dos interesses econômicos em escala mundial são muito poderosos; assim, cabe mesmo a reflexão sobre esta temática. No Brasil, as autoridades sanitárias lançaram o Guia Alimentar e Nutricional em 2013, como um instrumento potencializador do debate sobre a construção social do gosto e dos hábitos alimentares associados à promoção da saúde.

O MMC também se destaca, nas suas ações cotidianas, ao trazer, em suas oficinas, a troca de receitas culinárias, a recuperação da cultura alimentar, das diferentes etnias atuais e de suas ancestralidades. No bojo destas ações, as mulheres falam de suas vidas, de seu cotidiano e assim, as lideranças e educadoras do Movimento interagem, ressignificando padrões e relações patriarcais e mercantis em potências culturais de libertação e emancipação.

Tanto nas oficinas, como nos círculos de cultura, cursos, mobilizações, nas mostras de

produção camponesa e nas festas das sementes que as mulheres realizam é impressionante a produção de vida e de sentidos incorporada ao existir destas mulheres, sobretudo no que se relaciona às sementes crioulas, à produção de alimentos saudáveis, à comida e à soberania alimentar. Este eixo estruturante que o Movimento trabalha tem relação intrínseca com o cotidiano de vida destas mulheres e suas famílias, como também com a ameaça de perda destes elementos por conta dos efeitos da hegemonização mundial com respeito à padronização alimentar e ao controle sobre o mercado de sementes.

Por outro lado, a falta de comida é um problema mundial. A fome no mundo é uma realidade dolorosa, persistente e desnecessária. No momento, existe suficiente terra, energia e água para bem alimentar mais do que o dobro da população humana. Contudo, a metade dos grãos produzidos é destinada aos animais enquanto milhões de seres humanos passam fome. Em 1984, quando centenas de etíopes morriam diariamente de fome, a Etiópia continuava a cultivar e exportar milhões de dólares em alimentos para o gado do Reino Unido, e outras nações da Europa.

No Brasil, foi Josué de Castro, médico e brilhante intelectual pernambucano do século XX, quem primeiro conceituou, dentro de bases científicas, o problema da fome em 1946, através da obra-prima deste autor, o livro *Geografia da Fome*. Assim, desconectou a questão das explicações estereis, propagadas pela religião e disseminadas pela ignorância política, onde a fome ou era um castigo de Deus ou uma imposição da natureza – quando não os dois. O autor demonstrou que o flagelo da fome decorria, isso sim, das ações dos homens, de suas opções políticas e da condução econômica que estes, uma vez no governo, impingiam ao país.

Foi preciso que o Brasil fizesse uma longa e dolorosa travessia da ditadura em direção à democracia para que, três décadas depois da morte de Josué Castro, fosse possível ao país eleger um presidente capaz de fazer a transposição dos conceitos da obra *Geografia da Fome*, para o campo das políticas sociais de fato. Assim, em 2003, outro pernambucano, ele mesmo vítima da fome à qual, historicamente, havia sido relegada a maior parte da sociedade brasileira, chegaria à Presidência da República com um objetivo tão claro como inusitado: fazer com que todos os cidadãos brasileiros fizessem, no mínimo, três refeições diárias. Este é Luiz Inácio Lula da Silva!

O discurso de posse do presidente Lula colocou-se na contramão de tudo o que o cidadão estava acostumado a ouvir desde sempre, na Colônia, no Império e na República, que eram discursos empolados sobre assuntos distantes e fantasias mirabolantes sobre um país do

futuro que, curiosamente, não conseguia se libertar do atraso ao qual era atrelado, justamente, por seus governantes. Era urgente e necessário, antes de se projetar o País no mundo, antes de se listar as incontáveis precariedades da infraestrutura nacional, que as pessoas comessem.

O Programa Bolsa Família é a consequência direta e consolidada dessa disposição política que se iniciou, há uma década, com o embrionário Programa Fome Zero. Considerada a mais bem feita e organizada política de transferência de renda do mundo, aquele Programa atinge 50 milhões de pessoas e tornou-se o mais poderoso fator de inserção social e econômica da história do País. Todos os indicadores apurados sobre o Programa Bolsa Família demonstram ser este um indutor de desenvolvimento social e de melhoria da qualidade de vida de parcelas populacionais que, antes dele, estavam condenadas à subcidadania e à miséria absoluta.

Considerando a afirmação “(...) os significados da fome perpassam a imagem corpórea da carência de comida, indo ao encontro de outras concepções sustentadas por um sistema de símbolos gerados pela insegurança concreta de alimentar-se.” (FREITAS, 2003, p. 38), busco tecer mais algumas reflexões sobre os significados da fome. Esta autora mostra como a fome crônica não se manifesta apenas como um problema biológico ou do campo biomédico, mas revela, com base em estudo etnográfico com pessoas que vivem situações constantes de ameaça de não terem o que comer, numa favela de Salvador/BA, como este fenômeno é complexo e requer um olhar mais ampliado para esta temática. A autora deste livro também denuncia os modos extremos de viver e de morrer dos famintos naquela comunidade. Além do mais, as narrativas que apresenta em sua pesquisa são reveladoras de um universo repleto de reflexões e de simbologias sobre a fome, a partir do olhar dos famintos, onde se desvelam os diferentes significados atribuídos à fome por aqueles que vivem sob a constante ameaça de não ter o que comer.

Apesar de muitos falarem sobre a fome, a mesma autora traz as vozes, os gritos, os gemidos e seus sentidos singulares sobre este fenômeno, exatamente por focalizar os principais sujeitos que vivenciam a fome no seu cotidiano. São construções histórico-culturais que vão dando sentidos diversos a este fenômeno. Em cada história de vida, apesar das sensações biológicas terem muitas semelhanças, os significados bem como os sentidos que assumem têm singularidades em cada pessoa, pois depende de suas vivências, trajetórias, tradições, cultura, crenças e suas redes de relações e os significados construídos por elas. Muitas vezes o faminto nem se interroga sobre sua condição social e nem fala sobre sua fome.

Mas os sentidos que a fome produz em suas vidas, marcam suas trajetórias, produzem sentidos diferentes e processos de saúde e adoecimentos que vão muito além do corpo biológico, adentrando nos universos psicológico e simbólico, que requerem uma abordagem mais ampla para a compreensão e as formas de cuidado.

A fome é um problema social, histórico e presente na vida de milhões de brasileiros, mas só entrou na pauta política do país nesta última década, através de debates e da construção de Políticas Públicas de combate a fome e de cidadania. Entretanto, apesar de enfrentar o problema da fome e elevar mais de 30 milhões de brasileiros (as) que estavam em situações de miserabilidade, ainda existem fragilidades institucionais, burocráticas e estruturais, típicas de processos democráticos em países capitalistas, com governos que buscam outro direcionamento no desenvolvimento econômico, político e cultural na perspectiva popular, democrática e socialista pela via institucional. Então, ainda estamos em processos de transição, complexo e com contradições das mais diversas naturezas.

No cotidiano dos modos de vida das pessoas, o alimento é um dos elementos estruturantes e que conforma e dá sentidos ao viver, oferece oportunidades de encontros e reencontros, dá sabor, prazer e satisfação, mesmo nas situações mais dramáticas de quem não tem o que colocar na panela para cozinhar. Mesmo em situações mais difíceis como foi o fazer sopa de papelão, o tempero, o modo de fazer, o amor e carinho no preparo e na interação familiar são elementos decisivos. Esse conjunto de elementos é revelador da potencialidade desse eixo estruturante da luta e do trabalho do MMC e de suas redes de interface político-organizativa, no caso aqui as mulheres e a Via Campesina Internacional, frente ao tema das sementes, da comida e da soberania alimentar.

As discussões sobre o tema foram tomando proporções maiores, pois num primeiro momento, essa coisa de ‘soberania alimentar’ parecia que era algo de quem morava no campo, somente. Mas, as discussões chegaram à cidade e muitas pessoas e entidades tiveram a percepção de que discutir soberania alimentar tem a ver com o direito e a necessidade diária de todas as pessoas. Em outubro de 2000 em Bangalore, na Índia, a Via Campesina apresentou, como acúmulo dos debates, os seguintes elementos:

- a) eliminação de todos os subsídios diretos e indiretos às exportações. Prioridade para uma produção de alimentos saudáveis, de boa qualidade e culturalmente apropriados, para o mercado interno. É fundamental então manter a capacidade de produzir alimentos com base em um sistema de produção camponês, diversificado (biodiversidade, respeito à

capacidade produtiva das terras, valor cultural, preservação dos recursos naturais) para garantir a soberania alimentar das populações;

b) preços remuneradores para os (as) camponeses (as), que necessitam da proteção do mercado interno contra importações a preços muito baixos;

c) necessidade de regulamentar a produção para o mercado interno, impedindo a formação de excedentes;

d) necessidade de parar o processo de industrialização dos modos de produzir, desenvolvendo uma agricultura camponesa duradoura.

As mulheres camponesas vêm demonstrando o caráter feminista presente na luta pela soberania alimentar dos povos, que se expressa na autonomia das mulheres na produção, com valorização e reconhecimento do seu trabalho na unidade camponesa, na tomada de decisão conjunta entre mulher, homem, filhos e filhas, na unidade de produção, no protagonismo das mulheres nas discussões, ocupando espaços de decisão e poder com seu olhar holístico em relação ao ambiente (complexo, mas completo, integral).

Nesse sentido, a agroecologia é um elemento fundamental para a soberania alimentar porque a forma de produção exige um ambiente saudável, com relações de respeito entre os seres humanos, e destes com a natureza, sem venenos, com alimentos saudáveis. De nada adianta produzir uma grande quantidade de comida, se é mantido a dependência das empresas que monopolizam sua distribuição. Assim como, na produção, a diversidade é muito importante, tanto na alimentação humana quanto na harmonia do ambiente. E não basta ter comida, se esta é sem qualidade nutricional e contaminada.

É preciso que a comida, seja alimento seja limpo, livre de contaminações, que contenha vitaminas, proteínas, sais minerais, micro nutrientes, assim como, possa ser elaborado, cozido ou feito considerando os gostos, saberes e sabores de cada povo ou de cada modo cultural. Assim, a alimentação é um grande passo para a garantia da saúde das pessoas, e, que, por conseguinte, nega a dependência da indústria da medicina.

Trago aqui uma fala sobre a horta, de uma pessoa integrante do Projeto Horta Viva, que, mesmo anônima, traduz os sentidos que percebi fazerem parte da vida das mulheres camponesas. É um longo depoimento, mas pleno de significados no que tange à relação de cuidados e aprendizados que as mulheres incorporam nas suas relações com as plantas.

Uma horta é uma festa para os cinco sentidos. Boa de cheirar, ver, ouvir, tocar e comer. É coisa mágica, erótica, o cio da terra provocando o cio dos homens. (...)

Horta se parece com filho. Vai acontecendo aos poucos, a gente vai se alegrando a cada momento, cada momento é hora de colheita. Tanto o filho quanto a horta nascem de sementeiras. (...). E quando germina – seja criança, seja planta – é uma sensação de euforia, de fertilidade, de vitalidade. (...)

Horta é coisa boa de se cheirar. (...) o cheiro das folhas do tomateiro depois de regadas, e também da hortelã, do manjeriço, do orégano, do coentro. Essa coisa indefinível, invisível, que entra fundo na nossa alma e daí se irradia para o corpo inteiro como uma onda embriagante, (...). Quem cheira fundo – e para isso até fecha os olhos, porque o cheiro vai mais dentro que os olhos – está dizendo o quanto ama...(...)

Horta é coisa boa de se ver. (...) é experiência estética, não serve para coisa alguma. (...) Mas nada disso se pode dizer do ato de ver. Ver os espinafres, as couves, as alfaces, os tomates não é útil para coisa alguma, não serve para nada. Mas faz bem à alma. (...). Há o belo das cores: o vermelho dos pimentões, das pimentinhas ardidas,...) E ao ver essa abundância de cores imagino que a natureza é brincalhona, ela se compraz na exuberância e no excesso. (...) Pois é: uma festa. Cores, formas, tudo diferente, natureza brincalhona, artista, imaginação sem fim (...). Diante desse esbanjamento de inventividade o jeito é o espanto, o riso e a gratidão de que este seja um mundo onde o enfado é impossível.

Horta também é coisa boa de se ouvir. Ora, direis, ouvir a horta... Plantas não dizem nada, não cantam! Se fosse passarinho, ou o mar, ou as casuarinas, se compreenderia. Mas a horta? Horta é coisa calma e silenciosa. E isso é bom. Ouvir o silêncio. (...)

E as hortas são também coisas boas de se tocar. Sentir o capim molhado, enfiar a mão na terra... Se você tiver a felicidade rara de ter uma aguinha que escorre e cai, você terá uma das experiências mais calmas que se pode ter. Ouvir o barulhinho da água. Ele trará memórias ou fantasias de regatos escondidos no meio do mato, correndo entre pedras, fazendo crescer o limo verde. (...) E a terra. Não, não é sujeira. (...) ali a vida está acontecendo, invisivelmente. (...). Brincar com a terra, conquistar sua dureza, (...), senti-la leve e solta, esguichar a água. (...) tudo o que existe se reduz a quatro elementos: a terra, a água, o vento e o fogo. E ali estamos nós, mãos na terra, terra molhada, e a brisa sopra (...).

Há, por fim, o ato supremo de comer. Comer: dizer que o que estava fora pode entrar, será bem recebido, eu o desejo, tenho fome. Para isso examino o que ainda não conheço, pois todo cuidado é pouco. Nem tudo é bom de se comer. (...) A horta é lugar de coisas boas para comer, ali onde se planta a amizade pelo corpo, onde se plantam os objetos do nosso desejo, que nos fazem alegres quando estão de fora e mais alegres ainda quando os colocamos na boca e dizemos: "Que gostoso..." Sem saber, estamos afirmando nossa solidariedade com a terra. A horta é parte do meu corpo, do lado de fora, e é por isso que pode ser comida, entrar para dentro, transformar-se em vida, minha vida. Eu dou vida à horta, preparo a terra, planto as

sementes, rego, elas vivem, e depois se oferecem a mim, através do meu desejo (...).

Comer é ato complicado, há nele uma mistura de amor e de destruição. As mandíbulas mastigando, infatigáveis, o movimento brusco da cabeça para frente e para baixo, boca aberta, pra abocanhar o naco que o garfo espetou as bochechas estufadas de comida. (...)

Ao comer nós nos revelamos. E nisto está a diferença entre a comida crescida na horta e a comprada na feira: na primeira está um pouco de nós mesmos – e ao sentir seu gosto bom é como se eu estivesse sentindo meu próprio gosto. "Eu plantei, eu colhi..." O que está em jogo não é o tomate, a alface – é o eu que está sendo servido, disfarçado de hortaliça. A refeição fica meio sacramental. Come-se um pedaço da própria pessoa, que se oferece, de forma vegetal, num banquete (...) Pois é, horta é algo mágico, erótico, onde a vida cresce e também nós, no que plantamos. Daí a alegria. E isso é saúde, porque dá vontade de viver. Saúde não mora no corpo, mas existe entre o corpo e o mundo – é o desejo, o apetite, a nostalgia, o sentimento de uma fome imensa que nos leva a desejar o mundo inteiro. (...). Saúde: quando o desejo pulsa forte, cio por coisas amadas, e o corpo vai, em busca do objeto desejado (...). O mundo bem poderia ser uma grande horta: canteiros sem fim, terra fértil, nossas sementes se espalhando, nosso corpo ressuscitado de sua grande e mortal letargia.(...) O caminho da saúde, o caminho da libertação do corpo (...) "fazer conexão" (...). A capacidade sutil de distinguir os perfumes, o olhar extasiado que diz, para a planta ou para a pessoa, não importa: "Como é bom que você existe!"; o ouvido que tem a tranqüilidade para morar no silêncio, sem se perturbar; a pele que se deleita com o vento, com a água, com a terra; e a boca que sente o gosto da coisa como quem prova um vinho.

Uma horta é um bom lugar para começar. E pra continuar, até acabar. Seria bom saber que alguém colherá coisas que nós semeamos, depois da nossa partida, e as plantas continuarão, como um gesto nosso de amor.

Cabe destacar também que o alimento é a base da vida das mulheres pescadoras, ribeirinhas e quilombolas que também vem ressignificando suas vidas, seus processos de trabalho a partir das experiências que fortalecem essa perspectiva de valorização na produção de alimentos ou de viabilização de alimentos a partir do seu potencial local.

Sem entrar em detalhes sobre as comunidades indígenas, trago um relato de um cacique Kaingang que, em vivência com os estudantes de medicina falou entristecido:

Acabaram com nosso mato, ele é a nossa vida, pois onde há mato, há água e neles estão as raízes, os peixes e os animais para nosso alimento, as plantas medicinais que precisamos para cuidar da nossa saúde, os pássaros... A gente tira do mato tudo que precisa para viver, sem destruí-lo. Aqui acabaram com tudo, só vem veneno e estamos todos doentes.

Estamos aguardando a demarcação de nosso território, mas vamos ter que plantar e fazer um mato novo.

Assim como os indígenas utilizam as plantas medicinais, aromáticas e condimentares, como partes integrantes de sua cultura, as mulheres camponesas têm nelas outra parte importante de sustentação de vida, pois as plantas têm múltiplas utilidades e o Brasil detém a maior biodiversidade do mundo, associada a uma rica diversidade étnico-cultural com saberes tradicionais e uma potencialidade imensa para o desenvolvimento de pesquisas nessa área.

As plantas medicinais podem ter utilizações diversas para as mulheres, que as usam para chás, sucos, caldos, gargarejos, lavagens intestinais, banhos, cataplasmas, xaropes, pomadas, inalações, tinturas, elixires, florais, compressas, clister, entre outras. O conhecimento sobre as plantas, sua composição, utilização, formas de preparo e cuidados vem dos saberes tradicionais, repassados de geração em geração pela oralidade, além dos referenciais de estudos a respeito das plantas medicinais. Esta questão é tão relevante que tem uma cadeia produtiva das plantas medicinais, aromáticas e condimentares associada a uma Política Nacional envolvendo da produção, transformação, comercialização e utilização no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento da saúde da população, passando pela pesquisa, patenteamento e indústria farmacêutica.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) foi elaborada com a participação da sociedade brasileira e criada através do Decreto Nº 5.813/2006, estabelecendo os princípios, diretrizes e ações para a garantia do acesso e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, o desenvolvimento tecnológico e de inovação, o fortalecimento da cadeia e arranjos produtivos e o uso sustentável da biodiversidade.

Importante destacar que o Brasil é signatário, junto com mais 188 países, da Convenção sobre Diversidade Biológica da Organização das Nações Unidas (ONU) que estabelece a conservação da diversidade, o uso racional e sustentável dos recursos biológicos, o compartilhamento justo e equânime dos benefícios derivados dos recursos genéticos, como também o reconhecimento e importância dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas, dos povos quilombolas e comunidades locais e garantir a esses povos o de decidir sobre o uso desses saberes e de perceber os benefícios deste uso.

As mulheres do MMC utilizam esses conhecimentos tradicionais do uso das plantas medicinais, antes mesmo de participarem deste Movimento, por fazer parte de suas culturas. O MMC vem possibilitando os intercâmbios de saberes e práticas, o aprofundamento sobre

essas questões e a construção de formas coletivas de cuidado, a partir do uso das plantas medicinais. Esse trabalho iniciou há mais de 20 anos, nos grupos de mulheres da roça, no Rio Grande do Sul e na região Amazônica, através das “bruxinhas de Deus” e as “farmacinhas”, como são chamadas as experiências em que as mulheres camponesas utilizam as plantas medicinais para o cuidado em saúde, o que, posteriormente passou a se chamar “plantando saúde” e, atualmente, se integra no conjunto do trabalho que o Movimento desenvolve, conforme descrito anteriormente. Vale destacar que, retomando a história, as bruxas foram queimadas vivas no período da Inquisição, por serem detentoras dos saberes relacionados aos cuidados em saúde, utilizando a natureza, a intuição, a ancestralidade, dentre outros elementos do cuidado humano.

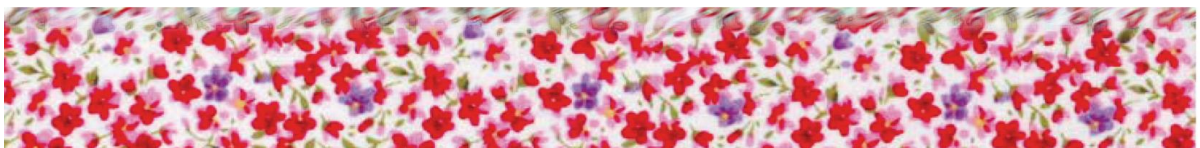
Assim, é possível perceber como as mulheres camponesas têm construído formas peculiares de cuidado com a vida, a partir dos saberes tradicionais e populares, nas diferentes formas em que esta vida se apresenta, na grande teia da biodiversidade. Essas experiências se articulam com o cuidado aos seres humanos, experienciando os mistérios da vida do nascer, ao morrer, e a memória de resistência e luta das mulheres em seu processo histórico. Assim, o MMC se constitui como um instrumento político-pedagógico e um dispositivo agregador desse conjunto de elementos que, postos em diálogo e interação, vêm possibilitando a vivência concreta da produção do cuidado com a vida e a saúde das mulheres e das populações dos territórios do campo, das florestas e das águas, onde o sistema público de saúde e de outras políticas sociais tem presença recente e frágil.

No contexto de interação dessas experiências no cuidado com a vida e a saúde das pessoas nesses territórios, as mulheres camponesas, engajadas no MMC, trazem os saberes tradicionais e populares histórica e culturalmente construídos, aliados aos saberes das lutas e formas de resistência das mulheres, das comunidades tradicionais e dos movimentos sociais populares, com a sabedoria que brota do protagonismo de cada uma das mulheres as quais, ao se reconhecerem como protagonistas de seu corpo e de sua vida, elas sabem e assumem esse compromisso como um elemento estruturante do seu viver.

Assim, no capítulo que segue, tratarei melhor dessa dimensão ética, educativa, terapêutica, política e estética que o MMC assume em sua práxis cotidiana.



Capítulo IV
Tecituras de Redes de Cuidado
e de Educação em saúde
para o campo e a floresta



Capítulo IV

Tecituras de redes de cuidado e de educação em saúde no campo, nas florestas e nas águas

No processo histórico das lutas populares e de resistência, as mulheres e o conjunto de sujeitos que se dedicam ao cuidado vêm lançando infinitos fios, que foram se encontrando e se tramando nas trilhas do viver. Alguns formaram emaranhados e “nós”, outros se encostaram, mas não se ligaram, outros buscaram ficar longe uns dos outros, temendo que no encontro perdessem sua identidade ou se contaminassem. Outros, ainda, se entrelaçaram e se permitiram participar do ato de serem tecidos, com as mãos cautelosas e afinadas, na arte de lidar com os desafios. Com isso, foram sendo interligados e amarrados por laços de afeto, de amor e de cuidado, sentindo os toques dos fios da ancestralidade, com os da candura e alegria das crianças, com a coragem e o vigor da juventude, os segredos da arte de gerar vida, das mulheres, a bravura e sensibilidade de homens, e os da sabedoria dos idosos... Esses fios entrelaçados vêm tecendo redes, muitas redes de vida e de cidadania. As que se unem por laços estão aí, acalentando e embalando vidas que semeiam, produzem, cuidam, colhem e celebram as dores e as alegrias de ser o humano que somos, na grande rede e teia da vida no nosso Planeta.

As mulheres camponesas vêm trazendo parte desses fios com os quais vão tecendo redes de cuidados com a vida. Estas são redes capazes de trazer os fios que vêm sendo produzidos pela humanidade, sem medo de romper barreiras e ultrapassar os obstáculos que impedem o encontro de fios os quais podem fortalecer os laços de carinho, de afeto, de respeito, de amor, de sensibilidade, de coragem e de vida. E, ao mesmo tempo, estas mesmas mulheres se preparem para saber como enfrentar os desafios de desatar “nós” e transformá-los em laços, de cuidar para que a rede seja produtora de novos saberes, de saúde e de vida.

4. 1. As tecituras de redes de cuidado e educação em saúde entre as mulheres camponesas

O trabalho que as mulheres camponesas, engajadas no MMC, realizam em suas lutas, resistências, trabalho formativo e político-organizativo, resulta em tecituras de redes em defesa da vida e da saúde e tem suas bases centradas na construção de relações entre si, com as outras mulheres deste Movimento, com outras pessoas e com as múltiplas formas de vida. No cotidiano, elas vivenciam um conjunto de contradições presentes em suas vidas, ou seja, muitos “nós”, que se materializam em seus corpos através do adoecimento, do efeito do uso dos agrotóxicos em parte de suas terras, ou de seus vizinhos, das marcas visíveis e invisíveis da violência, em suas múltiplas facetas presente na vida de quase todas as mulheres, da sobrecarga de trabalho e do pouco reconhecimento ainda desta situação, dentre outras. Todavia, na verdade, tudo isso acaba por se transformar em força para as mulheres continuarem lutando e se organizando no MMC.

Da sobrecarga de trabalho na produção agrícola e na reprodução da vida e do viver, que envolve as exigências para cuidar das crianças, dos idosos, dos doentes e portadores de deficiências, cujas responsabilidades históricas foram colocadas sobre as mulheres, as marcas disso em suas vidas são muito fortes e apareceram nos círculos de cultura, através dos ateliês autobiográficos, onde as mulheres camponesas vão construindo as memórias de suas vidas. Em todas as que participaram dos encontros, observa-se que, desde crianças vivem a experiência do cuidar do outro. E as formas de cuidado vêm sempre imbuídas do universo simbólico religioso, que envolve a doação, a oração e a busca da cura como elementos fundamentais.

Na vivência dos círculos de cultura, foi interessante observar como o MMC reconstrói esse universo simbólico nas mulheres, trazendo as múltiplas dimensões do cuidado para com o/a outro/a que também passa pelo cuidado de si, do seu corpo e do ser mulher, como o cuidado coletivo, em sintonia com Ray Lima (2013) ao afirmar em sua cantiga: “Escuta, escuta. O outro, a outra já vem. Escuta, acolhe. Cuidar do outro faz bem!”

Assim como o poeta João Cabral de Melo Neto escreveu em seu poema *Tecendo a Manhã*, as mulheres camponesas perceberam logo que a saúde e a vida se fazem com muitos “galos”.

*1. Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*

*2. E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo,
que, tecido, se eleva por si: luz balão.*

É nas conexões, nas interações, nas conversações que, mesmo sabendo que a experiência do adoecer se manifesta singularmente em cada pessoa, através da dor ou do sofrimento, a potência da vida se revela naquela circunstância e sempre se coloca o desafio da superação. Assim, nos fazemos e nos refazemos pelo diálogo, nas rodas, nas conversas, nas trocas, nos impasses, nos conflitos e na busca de soluções para os desafios que se apresentam.

Assim, também, o trabalho de resgate das sementes crioulas, do projeto plantando saúde, através do cuidado em saúde com plantas medicinais, a implementação da campanha nacional de produção de alimentos saudáveis e agroecologia, a luta por direitos e políticas públicas, as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres e crianças e promoção da vida, são ações que o MMC vem realizando e que se fortalecem a cada ano. Isso porque o trabalho de promoção da saúde vem, desde início de sua organização, ainda como Organização das Mulheres da Roça, trabalhando a questão da saúde das mulheres e famílias rurais. A necessidade de cuidado em saúde e a falta ou fragilidade nas políticas de atenção à saúde nestes territórios é o núcleo emergente da saúde ser um dos elementos constitutivos da vida e do trabalho do MMC desde sua origem.

Nesse processo, o MMC construiu junto com as mulheres camponesas o compromisso de pertença ao Movimento e a firmeza de convicções, princípios e do projeto de sociedade e humanidade que busca construir. Neste processo, a mística libertadora, feminista e emancipatória vêm perpassando sua trajetória e seus ideários.

Conforme Rosa (2007, p. 7):

O Movimento de Mulheres Camponesas tem a mística como um dos elementos fundamentais de sustentáculo da organização e que mantém acesa a chama da libertação das mulheres camponesas. As mulheres que participam do MMC, na realidade estudada, trazem em sua trajetória a chama do amor pela luta e vivenciam isto no modo de vida, no jeito de se relacionar com as demais pessoas, com a natureza e com o planeta num todo. E a mística pode ser identificada em cada ato, em cada sentimento, mesmo que para as mulheres este sentimento não esteja claro, ou que palavra mística em si não faça tanto sentido, mas a vivência é que traduz. E esse jeito que o Movimento tem de se organizar e lutar enraizado na mística de libertação é que faz com que as mulheres permaneçam no mesmo.

Essa mística libertadora e feminista, vivenciada no MMC, vem sendo construída e fundamentada na busca da reconstrução da totalidade do ser humano, mulher e homem, reintegrando sua relação consigo mesmo, com os demais seres e com a natureza. Para o MMC, a mística libertadora e feminista tem um caráter histórico, de esperança e de celebração permanente. É um termo aplicado na vida interna do Movimento e que se expressa no modo de encarar a vida que as mulheres camponesas assumem, como também se evidenciam, em rituais coletivos durante os encontros, os cursos de formação, as mobilizações e que as mulheres empregam as mais diversas formas de linguagem e expressão do corpo para traduzir o sentido profundo do engajamento individual e coletivo que as mulheres têm com um projeto de vida e de sociedade emancipatório.

Por isso, a mística do MMC possui uma notoriedade mais abrangente, holística, própria de quem não estabelece distância ou separação entre o ser humano e a natureza. Esse significado é profundamente ético, permeado de valores éticos e com capacidade de enfatizar princípios orientadores, inclusive, à disposição martirial e à luta por justiça.

É aquela força que anima a luta, que faz renascer, que conduz as mulheres e faz fluir sentimentos, emoções e a dimensão criativa, que contribui para um sentimento de pertença ao Movimento e permanência na luta. São, portanto, diferentes dimensões do humano que o trabalho educativo realizado pelas mulheres camponesas engajadas no MMC registra, de forma coletiva e singular, carregada de sentidos, significações e ressignificações dependendo do contexto e das redes de conversações que se estabelecem em cada um dos momentos históricos.

Nesse sentido, esse sentimento de pertencimento ao MMC produzido pela mística feminista e libertadora aglutina as mulheres e as pessoas que se engajam em direção de um

ideal (utopia) e, ao mesmo tempo, prepara as pessoas para a ação. O elã místico tem a função de tornar os ideais vivenciáveis e dizer que é possível realizar feitos os quais definem situações e impulsionam a vontade, o ânimo e a determinação de fazer muito mais. Para que seja eficaz a mística nunca pode tornar-se formal. Ela só faz sentido se realmente for parte integrante de suas vidas.

Como diz Rosa (2007, p. 07) uma das jovens camponesas que estudou esse tema, “a mística é própria de cada pessoa, é uma dimensão, uma força individual, onde ela pode se manifestar de diferentes formas e em diferentes momentos, que, mesmo em ações coletivas, cada pessoa sabe e sente o que representa para si, ou seja, seus sentidos e significações”.

A práxis do/no MMC busca valorizar as mulheres e o que elas fazem, transformando suas vidas, mostrando a elas um novo jeito de viver e de ver a vida. Ela desafia as próprias mulheres a construir e transformar a história e suas vidas. É o mesmo que libertar-se das coisas pequenas que aprisionam, que estão presentes no dia a dia e construir um mundo novo, desde já, no que for possível ser feito ou que se acredita e se desafia a fazer para romper barreiras e transformar. E isso ganha um sentido profundo para o cotidiano de vida das mulheres camponesas, que se sentem valorizadas, reconhecidas, como parte de um coletivo, com força e coragem para enfrentar os desafios da vida. Um depoimento de uma das dirigentes nacionais do MMC, sob a forma de poesia declamada durante um dos círculos de cultura, traduz esse sentido que o MMC tem para as mulheres camponesas:

Vida e Luta Camponesa

São tantos rostos, lutas e histórias que constroem e temperam essa grande trajetória. Temos limites e desafios que precisamos superar. Mas também temos muitas conquistas e temos que comemorar.

O MMC representa a vida na mais profunda concepção. Enfrenta o capitalismo e a cultura patriarcal de opressão. Ele nos alimenta, nos anima e nos convida a lutar por transformação.

O MMC é um espaço coletivo de luta, companheirismo, conhecimento, resistência, formação e educação.

No MMC há diferentes conhecimentos formais, os não formais e informais. Conhecimentos da vida, da luta e da universidade. Nenhum é menos ou é mais, todos dialogam e são igualmente essenciais.

A educação do campo e no campo, escola e comunidade construindo conhecimento e preservando a biodiversidade. O MMC nos ensina que somos gente e que temos valor.

Entendemos a luta de classes, sabemos quem é oprimido e quem é opressor. O MMC está em marcha, com a bandeira na mão e com firmeza construindo na teoria e na prática o Projeto de Agricultura Camponesa.

As militantes do MMC cultivam a indignação com as mazelas do sistema patriarcal de violência e opressão. A mística do movimento não é de momento e de ocasião. É a energia que nos move e emana em nossas mãos, circula entre as companheiras, acalenta a alma e aquece o coração.

No MMC se aprende que a diversidade é que vai nos fortalecer e afirmamos que vale a pena ser: negra, quilombola, indígena, extrativista, pescadora, ribeirinha, camponesa, militante, educanda e educadora. A mulher camponesa sabe com certeza o valor da sua profissão.

Viver no campo e amar a natureza é opção de vida e não falta de opção. A vida das mulheres se entrelaça com a vida do Movimento. Cada história partilhada de luta, garra e resistência revelam muita sabedoria e conhecimento.

Somos mulheres camponesas com altivez e ousadia, construímos o Movimento nas lutas do dia-a-dia. Damos passos firmes entendendo a realidade com autonomia.

De todos os gritos que fazemos ecoar, o grito da liberdade é o que gritamos sem cessar. Liberdade de ser e de pensar, de falar e não silenciar, de agir e de lutar.

O MMC é como uma planta na qual todas as partes são especiais, mas é nas suas raízes que se encontram as forças vitais. Raízes como a mandioca, alimento especial que se produz de Norte a Sul na roça ou no quintal.

Queremos construir outro projeto de sociedade, com valores feministas, com igualdade e equidade. É muito bonita, é uma beleza a luta feminista do Movimento de Mulheres Camponesas! (Sandra Marli da Rocha Rodrigues/MMC, 2014).

Esse ressignificar o sentido do existir e o desafio da transformação, entretanto, não têm sido fáceis de construir junto com as mulheres, porque estão mergulhadas no cotidiano entre o que a sociedade e suas instituições (Estado, escola, Igreja, família) esperam e/ou permitem que elas sejam e aquilo que, de fato, cada uma quer ser como pessoa.

O princípio da vida e da libertação é trazido fortemente pelas mulheres camponesas, como fundantes de um novo modo de viver, de agir e de se relacionar no cotidiano e, ao mesmo tempo, transformador das estruturas injustas, construindo uma nova sociedade. Nessa compreensão, a saúde constitui-se como um dos elementos aglutinadores, articuladores, como processo de luta e libertação para a vida plena, mediada pela ação educativa na perspectiva da educação popular, construtora das mulheres como sujeito político individual e coletivo.

Essa abordagem, do ponto de vista das mulheres camponesas, busca efetuar uma mediação entre a realidade concreta em que vivem e a falta de vida e dignidade, o sonho de

um mundo melhor, mais justo e a expressão da vida em sua totalidade. A forma como as mulheres se situam “é que as mulheres sentem mais a questão a vida e a saúde. A agricultura ecológica tem a ver com a vida e a gente cuida mais da saúde”. É muito interessante observar que os sonhos das mulheres referem-se a um mundo novo, com justiça, vida e saúde para todos, ou seja, uma vida melhor para todos (as).

Com o lema “Nós não queremos favores, nossa história a gente faz”, as mulheres camponesas traduzem a garra, a força e a coragem, aliadas à ousadia e ao cuidado, tudo isso carregado de um profundo amor pela vida e pela pessoa humana, apostando no seu potencial emancipatório. Essa crença anima, impulsiona e compromete as participantes para a luta, de tal forma que ocorre um processo de engajamento e militância, no qual cada pessoa se entrega à causa coletiva da transformação e libertação. Porém, como esse processo é doloroso, ele exige coerência e transformação tanto das estruturas da sociedade como das pessoas. A travessia é árdua e requer um suporte firme de convicção, aliado ao convencimento político e ético desse tipo de opção que cada mulher faz ao ser participante do Movimento.

Os relatos, depoimentos das mulheres sobre suas histórias de vida são reveladores das dificuldades que elas enfrentam para se libertar da opressão que vivem em seu ambiente familiar, ou das diversas formas de violência a que estão submetidas no cotidiano. Ao mesmo tempo, mostram o quanto, pelo viés da saúde e da agricultura camponesa, estas questões vêm à tona e podem ser problematizadas e refletidas para busca de caminhos de superação.

As questões relacionadas ao corpo, à afetividade e à sexualidade são tabus para a maioria das mulheres do campo, daí a relevância da saúde como um dispositivo agregador e potencializador para realização deste tipo de reflexão, seja pelo acolhimento, seja pela necessidade de cuidado ou mesmo pela coragem de falar sobre o assunto a partir da dimensão da saúde. Entretanto, as mulheres nem sempre tem a coragem de expressar o sofrimento que vivenciam por conta de situações dessa natureza ou de situações de violência, e acabam procurando os serviços de saúde frequentemente, muitas vezes sem ter um diagnóstico preciso do seu problema.

Para ilustrar cito um caso que remete a um município com menos de 4 mil habitantes, onde uma mulher com 25 anos de idade, casada e com 3 filhos vai até a Unidade Básica de Saúde, todas as semanas, inclusive há dias em que procura o serviço pela manhã e à tarde; ela esteve internada durante 22 vezes entre os meses de janeiro e agosto de 2014, sem ter nenhuma doença diagnosticada. A equipe de saúde, depois de tudo isso, passou a buscar

elementos para compreender o que acontece com uma pessoa que nos exames de diagnóstico não tem doença, mas vive em permanente sofrimento e a primeira identificação foi seu cotidiano estar marcado pela violência doméstica.

O MMC encontra situações semelhantes no seu dia-a-dia porque acolhe, escuta, acalma e acalenta, ajuda a refletir sobre a situação e sobre as possibilidades de enfrentar esses problemas, auxilia na construção de apoio familiar ou de amigas, oferece cuidados através de chás ou elixires, alimentos, ervas, massagens, reiki, reflexologia e, quando for o caso, encaminha para profissionais da saúde como médicos e psicólogos. Diante de situações de sofrimento, ao acolher e escutar, as mulheres do MMC abrem a caixa de ferramentas de cuidado que aprendeu ao longo de suas vidas e com o próprio Movimento, oferece as várias possibilidades e construindo pelo diálogo um itinerário de cuidado buscando caminhos para superação dos problemas. Relatos deste tipo estiveram presentes em todos os círculos de cultura, oficinas, encontros e depoimentos das mulheres.

A mulher camponesa tem em seu cotidiano uma estreita relação com a vida que a faz defensora infundável da vida e da saúde, ao mesmo tempo em que demonstra o caráter de enfrentamento e coragem a tudo aquilo que destrói a vida, como diz uma das dirigentes nacionais:

O MMC é um movimento feminista, mas a nossa realidade é o campo. Somos mulheres da roça e um dos debates principais que perpassa a nossa gente é a questão da dignidade, do respeito, do reconhecimento do trabalho e da produção das mulheres. Temos muita clareza do papel da mulher camponesa nas unidades de produção, pois o cuidado, especialmente com as plantas, com a biodiversidade, com a água, com estes bens da natureza, isso está muito ligado às tarefas das mulheres no campo... Mostrar o olhar das mulheres em sua realidade: seja no enfrentamento ao agronegócio, aos venenos, à criminalização das mulheres ou na produção é fundamental. (MMC 2014, p. 6).

Interessante observar como o MMC vem produzindo ressignificações, envolvendo as mulheres, a partir do seu cotidiano, em diálogo entre as abordagens sobre a vida e a saúde, que cada mulher camponesa traz da sua cultura e das influências que carregam consigo, influências estas que advém da sociedade, da economia, da política, da cultura, das religiões, tanto de visões fundamentalistas, mas especialmente, da Teologia da Libertação, perpassando pela influência feminista e ecológica imbricada pelas visões e saberes tradicionais e

populares, fazendo com que a resistência feminista seja simbolizada na figura da “bruxa”.

Assim, os elementos de compreensão acerca da saúde que emergem dessa práxis trazem os determinantes da realidade que as camponesas vivenciam, inseridas num contexto histórico e que se desenvolve dentro da cultura e dos traços característicos das mulheres camponesas, que são o sujeito central da experiência em estudo que vai gerar esta tese.

Nesse sentido, pode-se identificar a construção de uma concepção de saúde muito singular, ao mesmo tempo em que incorpora os aspectos da saúde como direito de todos (as) e com equidade para as populações do campo, floresta e águas, em função das desigualdades sociais e dificuldades de acesso a que estão submetidos historicamente. As mulheres do MMC trazem uma visão de saúde permeada pelo eixo da defesa da vida, a saúde integral expressa no ser integral e no ser mulher, afirmando esse direito, de forma enfática, nas mobilizações, nos gritos de ordem, panfletos e faixas: “Saúde não é negócio, é um direito nosso!”. Entendem esse direito como fundamental de todo ser humano e, por isso, não pode ser visto pela lógica mercantil de compra e venda. Um dos depoimentos no círculo de cultura:

“Saúde não é negócio, é um direito nosso!” Saúde não é mercadoria de compra e venda. Saúde é sim, resultado de relações conosco mesmo, com os outros, com o meio (natureza). Saúde é conquista do ser humano em transformação. Desde o mundo uterino a pessoa é por excelência um ser que transforma – para melhor ou pior – um ser que tem necessidades e sonhos que, quando estes são atendidos, a saúde é plena. Saúde é sinônimo de felicidade, vida plena, necessidades e aspirações atendidas, o sonho de um mundo humano e justo acontecendo para todos/as, a paz³² sendo uma constante na vida da sociedade. Saúde construção contínua do bem comum.

A compreensão de que a saúde tem determinações históricas e culturais sempre esteve presente nas mulheres do MMC, as quais falam sempre que não é possível ter saúde sem a garantia de direitos fundamentais aos seres humanos, como a água, a terra, o trabalho, a educação, a política agrícola, o lazer sadio, entre outros. Sua ênfase, inclusive, vai a fundo ao afirmar que, para ter saúde, às populações do campo, floresta e águas precisam enfrentar esta realidade e transformar o modo de produção e as relações sociais de trabalho no campo, sem o uso de agrotóxicos e transgênicos, construindo a agricultura camponesa agroecológica e feminista. Para as mulheres camponesas, a saúde é uma dimensão central em suas vidas e nisso expressam sua íntima relação com o processo do nascer, viver e a passagem da morte, tanto pela sua experiência de maternidade, quanto pela sua vivência junto à natureza e com os

³² O conceito de paz que as mulheres trazem ter a ver com um mundo sem guerras, destruições, violências como é o cotidiano das sociedades ao longo de seus processos históricos.

animais, onde o processo da vida está sempre presente.

Junto com os outros movimentos sociais populares, trazem a importância da implantação do SUS com a participação e controle social, inclusive com a participação das mulheres do MMC em espaços de controle social como os conselhos e as conferências de saúde, trazendo nesses espaços a concepção de saúde como um novo modo de vida na roça e com a dimensão da integralidade. Para ampliar a compreensão da proposta do MMC, é interessante trazer uma síntese sobre a sua experiência no âmbito da saúde, exposta abaixo.

Na compreensão acerca da promoção da saúde do Movimento de Mulheres Camponesas, três elementos são básicos:

O **primeiro** estabelece uma relação entre o conceito de promoção à saúde com o projeto de Sociedade que se quer construir. A promoção à saúde está vinculada diretamente ao modo como vivemos, aos princípios que orientam as nossas ações, aos alimentos que comemos, ao ar que respiramos, às amizades e relações interpessoais e sociais que cultivamos, ao que pensamos, enfim, ao projeto de vida e de sociedade que defendemos.

O **segundo** (...) traz o que é realizado e o jeito de fazer o trabalho de promoção à saúde; mostra que não podemos separar o trabalho de promoção à saúde da conscientização, da perspectiva da formação política e de militantes, da instituição de direitos como: moradia, terra, saneamento básico, educação e, ainda, do engajamento nas lutas gerais por mudanças estruturais do sistema capitalista neoliberal.

O **terceiro** tem a ver com o conceito de saúde integral, ou seja, a concepção de integralidade da atenção à saúde que tem como pressupostos:

- a) uma visão de ser humano integral, como sujeito social e portador de direitos de vida, dignidade e cidadania;
- b) o compromisso ético com a vida – sua defesa, preservação e qualificação em todas as suas dimensões (humana, da natureza, da biodiversidade);
- c) um projeto de desenvolvimento da sociedade entendido como processo de construção de vida digna a todas as pessoas, que integra as várias dimensões e princípios da vida e da saúde e não da lógica do capital;
- d) a saúde como direito de todos e dever do Estado, através da efetiva implantação do SUS, com o caráter de relevância pública da saúde, e, portanto, colocada sob o controle social e a participação popular, conforme a Constituição Federal e suas leis complementares;

e) a incorporação da concepção de Educação Popular nas práticas junto com as mulheres e famílias, compreendendo que o processo e as relações construídas no campo da saúde também são educativos;

f) o entendimento de que Saúde é um aspecto integral da vida diária, não se limitando em ficar bem depois de uma doença. A saúde é vista num contexto mais amplo, significa bem estar/estar bem que compreende a harmonia de nosso SER dentro e na relação com os outros. Já a doença é o reflexo (da desarmonia desse bem estar), a falta de saúde é a desarmonia do nosso SER integral, pois saúde está diretamente ligada à maneira como vivemos. Assim, a promoção à saúde implica na compreensão integral da vida e do ser humano, articulado ao Projeto de Sociedade que se busca construir. (MMC/MMTR 2003).

Desta forma, as mulheres do MMC se identificam com a concepção de saúde presente nas lutas da reforma sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na Constituição Federal de 1988, e no acúmulo da luta feminista no campo da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos, bem como com as formulações que vêm sendo construídas no campo da educação popular e na educação permanente em saúde.

No trabalho em saúde, as mulheres camponesas cuidam do ser integral, o ser mulher como um todo, em suas dimensões física, mental, emocional, espiritual em sua interação com o contexto e o meio ambiente, afirmando a ideia de que, para ter saúde, é preciso incidir sobre o jeito que se vive, se produz, se alimenta e se acredita. Esta visão de cuidado pode ser aprofundada com Leonardo Boff (1999), que traz o cuidado como um elemento estruturante do novo paradigma civilizatório.

Para este autor:

... quando amamos, cuidamos e quando cuidamos amamos. Por isso, o *ethos* que ama se completa com o *ethos* que cuida. O 'cuidado' constitui a categoria central do novo paradigma de civilização, que forceja por emergir em todas as partes do mundo. A falta de cuidado no trato da natureza e dos recursos escassos, a ausência de cuidado com referência ao poder da tecnociência, que construiu e ainda constrói armas de destruição em massa, de devastação da biosfera e da própria sobrevivência da espécie humana, nos está levando a um impasse sem precedentes. Ou cuidamos ou pereceremos. Assim, o cuidado assume uma dupla função: de prevenção a danos futuros e de regeneração de dados passados. O cuidado possui esse condão, o de reforçar a vida, zelar pelas condições físico-químicas, ecológicas, sociais e espirituais, que permitem a reprodução da vida e de sua ulterior evolução. O correspondente ao cuidado, em termos econômico-políticos é a

‘sustentabilidade,’ que visa encontrar o justo equilíbrio entre o benefício racional das virtualidades da Terra e sua preservação para nós e para as gerações futuras (BOFF, 1999, p 30).

O MMC ressignifica o cuidado e o amor num sentido de transformação, libertação e emancipação tanto das mulheres como das classes populares, incluindo os homens, os idosos, os jovens e as crianças, em especial as populações do campo, floresta e águas, mantendo e fortalecendo sua aliança com os trabalhadores (as) das cidades. O trabalho em saúde realizado pelas mulheres camponesas vinculadas ao MMC são práticas populares de saúde, que se constituem como uma forma de resistência e de cuidado à saúde individual, familiar e comunitária, associadas ao exercício da participação popular no controle social das políticas de saúde.

Esse jeito das mulheres camponesas tratar a saúde implica em cuidar da vida, cuidar do conjunto das relações com a realidade que nos cerca, relações essas que passam pela higiene, pela alimentação, pelo ar que se respira, pela terra onde se planta e se vive, pela maneira como organiza a casa, a vida e os espaços coletivos, bem como pela forma como cada um se situa dentro de um determinado espaço ecológico.

E esse cuidado reforça a identidade como ser de relações, buscando um equilíbrio e visando à integralidade e à totalidade do ser humano. A integralidade e o cuidado articulam-se na dimensão da liberdade e da responsabilidade dos seres humanos, em sua luta permanente para SER mais e não para ter mais. Assim, a integralidade da saúde tem uma interface determinante com a dimensão histórica do ser humano, enquanto sujeito individual e coletivo da construção social, cultural, econômica e política da sociedade. Esse trabalho vem no sentido de enfrentar um dos problemas centrais do mundo atual, onde tudo virou mercadoria, até mesmo o essencial, como a própria vida humana.

Diante disso, as mulheres trabalhadoras rurais sentem-se construtoras de um novo modo de agir e de pensar o Planeta e todas as formas de vida, resgatando a auto estima de cada uma (partindo da premissa de que não se pode dar aquilo que não se tem), refletindo sobre o tipo de saúde que querem estabelecer nas famílias e nas comunidades. Esse trabalho busca uma articulação entre a saúde e a mudança nas relações de gênero, o respeito à natureza, o modo de produzir, a relação com a terra, a água, os vegetais, os animais e todas as formas de vida. Para que tudo isso realmente aconteça na prática, o Movimento realiza as ações educativas na área da promoção à saúde da mulher e da família rural, articulando a construção do ser humano integral, a agroecologia, as plantas e as ervas medicinais, a alimentação complementar,

o uso de terapias complementares na atenção à saúde e a luta para a garantia de acesso do povo ao direito de ter atenção integral à saúde pública, através do SUS.

Nessa perspectiva é que o MMC vem “Plantando Saúde”, através de ações educativas, lutas concretas e desenvolvimento de experiências junto às mulheres camponesas, seus grupos famílias e/ou comunidades buscando construir esse novo modo de viver e ter saúde no campo, nas florestas e nas águas. Com suas mobilizações e lutas o MMC buscou apoio financeiro junto às Secretarias de Saúde e no Ministério da Saúde, para realizar as ações de promoção à saúde da mulher e família rural, indo ao encontro da prática construída pelas mulheres camponesas, trabalhadoras rurais, mães integrantes do planeta Terra, sabedoras, multiplicadoras e promotoras da vida e saúde.

Esse tipo de trabalho também vem trazendo elementos acerca da integralidade da atenção à saúde, do acolhimento das pessoas, do vínculo que as mulheres têm com as famílias, com o modo de tratar a saúde, que merecem uma análise mais aprofundada que pode evidenciar o quanto o cuidado à saúde requer que se compreenda a complexidade da teia da vida. As mulheres camponesas desenvolvem esse trabalho, intervindo no cotidiano de suas vidas na propriedade e/ou no Assentamento, no espaço da produção (produzindo sem agrotóxicos e transgênicos, optando pela agroecologia), nas relações familiares (dividindo as tarefas domésticas, construindo um jeito coletivo de cuidar-se no núcleo familiar – dialogando, entendendo, cuidando, curando, protegendo, estabelecendo limites e responsabilidades individuais e coletivas), com o grupo de mulheres (dialogando, trocando saberes e práticas, fazendo os remédios juntas com as plantas medicinais, refletindo, organizando e se formando) e com as comunidades (acompanhando as pessoas que precisam de apoio e atendimento), com a “farmacinha” (conversando, escutando, participando da vida comunitária,...).

Este trabalho no qual se utilizam as sementes, a comida saudável, as plantas medicinais para cuidar da saúde, também enfrenta, na resistência, a pressão da indústria farmacêutica, que impõe a hegemonia mundial aos processos de cuidado medicalizantes e traz as possibilidades de incorporação de novas abordagens terapêuticas ao cuidado em saúde.

Junto com esse processo de formação, organização e conscientização das mulheres o MMC realiza uma série de ações, lutas e mobilizações de enfrentamento das questões específicas, que dizem respeito à saúde da mulher e das populações do campo e da floresta, assim como, junto com outras organizações nas demais lutas por melhores condições de vida

e saúde para o conjunto da população. Assim, as mulheres camponesas desenvolvem ações educativas, de promoção da saúde e de cuidado com a vida que se articula com outras experiências de mulheres, de agroecologia e no diálogo com as práticas populares e integrativas de cuidado em saúde.

À medida que se dá a participação do MMC e de outros movimentos sociais populares do campo nos espaços deliberativos do controle social do SUS, como: conferências e conselhos de saúde, mas também em comitês e grupos de trabalho, trazendo as reivindicações para a saúde das mulheres e das populações do campo, floresta e águas, parte do trabalho desenvolvido por esses movimentos passa a se transformar em ações centrais.

Deste modo, estas ações passam a ser incluídas dentro das estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde para as populações do campo, da floresta e água. Isso pode ser observado na experiência de formação nacional, que envolve um projeto amplo com o Ministério da Saúde (MS), a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e os movimentos populares do campo (Movimento de Mulheres Camponesas, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, Confederação Nacional de Trabalhadores da Agricultura e o Movimento de Luta e Terra) onde cada um dos movimentos realiza suas ações de promoção à saúde, de formação de atores sociais para o controle social do SUS e se integram na perspectiva da construção da política de saúde para essas populações.

Assim, as mulheres camponesas do MMC, junto com outros movimentos camponeses vêm tecendo suas redes de participação junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para que as populações destes territórios tenham acesso ao direito à saúde.

4. 2. A dimensão educativa das experiências e saberes populares produzidos nas redes de cuidado e educação em saúde pelas mulheres camponesas

A experiência desenvolvida e acumulada pelas mulheres camponesas ligadas ao MMC e de outras práticas populares de saúde está inserida num contexto de práticas populares de saúde, que realizam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, utilizando a diversidade de terapias naturais, alternativas e populares para cuidar da saúde e da vida. São práticas de resistência e afirmação de um novo jeito de pensar e cuidar da saúde. Trazem consigo a necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), para torná-lo

mais democrático, com uma transformação nos processos de produção do cuidado na perspectiva da integralidade.

Além disso, essas práticas populares de saúde, como formas de atenção à saúde, precisam de reconhecimento nas políticas públicas, em particular no SUS, para se repensar as políticas de saúde, de modo que as mesmas não se apresentem como práticas marginais, mas legítimas, com autonomia e potencialização para que se tornem cada vez mais reflexivas, a partir dos instrumentos da educação popular, sendo qualificadas enquanto processos construtores de vida, saúde e cidadania das mulheres e de grupos excluídos da sociedade. Elas apontam, também, a necessidade de articulações mais amplas com os sujeitos das práticas populares de saúde, no sentido de realizar ações e lutas coletivas capazes de alterar a correlação de forças no “jogo de interesses” naquilo que produz doença e ameaça a dignidade e a vida.

Assim, ao trazer essas experiências das mulheres camponesas e suas interações percebe-se claramente uma práxis portadora de uma dinâmica educativa, terapêutica, histórica e processual, pois o próprio processo produz, pelo trabalho, pela luta política, pela experiência e pela reflexão, a liberdade do ser humano presente na vida de cada participante. Elas desenvolvem o processo formativo, articulado ao político-organizativo e à construção das experiências de promoção à saúde, que se constituem em formas de resistência popular nos territórios do campo, permeados pela mística libertadora, imbricadas na transversalidade de gênero/raça/etnia/classe/geração e orientação sexual que está sempre em processo de resignificação.

Da mesma forma, as mulheres assumem a metodologia de construção de processos político-organizativos, formativos e de resistência popular, próprios da concepção e das práticas da educação popular, tendo nas pessoas das classes populares seus principais protagonistas. A base da relação entre os sujeitos do processo é a realidade concreta, o projeto popular que querem construir, mediado pelo projeto político e pelas estratégias de cada organização, permeadas pelo diálogo que se dá na arte do encontro e a sua dimensão de integralidade, que constrói, desmonta, resignifica saberes e práticas com a outra pessoa, numa relação de alteridade e de amor.

A par disso, a dimensão processual, histórica e transformadora da realidade cotidiana, estrutural, social e humana, das relações sociais, de gênero, raça e classe, das relações políticas, se mostra na perspectiva da superação de todas as formas de opressão, exploração,

discriminação, violência e a construção de uma nova sociedade com o protagonismo de todos os envolvidos tem uma marca forte desse movimento camponês e feminista. Nas suas vivências as mulheres expressam as diferentes dimensões da educação popular em saúde as quais se traduzem concretamente no modo de cuidar como processo educativo-cuidador, permeado pela vivência do acolhimento da capacidade de escuta e de respeito a cada pessoa que participa do grupo ou que procura os espaços de cuidado que o movimento oferece.

Para isso, as mulheres do MMC estabelecem o diálogo como base da relação interpessoal que possibilita a problematização da relação entre os sintomas aparentes de dor e sofrimento, com as possíveis causas e a construção de itinerários de cuidado. Desta forma, o processo da saúde se materializa como busca de equilíbrio e energia e de construção de um modo de vida saudável e esta construção perpassa o conjunto das ações desenvolvidas pelo Movimento.

Além do mais, percebe-se que as mulheres têm e, ao mesmo tempo, buscam permanentemente compreender a dinâmica da vida em sua teia de complexidades e relações. No cuidar cada pessoa, como ser único, há uma relação de amor e afeto muito forte e a conjugação de várias ações, orientações de conduta, postura e mudança de comportamento e estilos de vida, com terapias complementares. Assim, o trabalho que realizam vai desde a reorientação alimentar, a energização, os chás, o uso de plantas medicinais e remédios feitos das mesmas para curar determinadas doenças, a mudança de postura nas relações familiares e cotidianas, até a conexão com o universo e a dimensão da fé e da transcendência. Aliado a isso, constroem-se redes de apoio solidário às pessoas que mais precisam, o que o grupo de mulheres e outras organizações da comunidade acompanham. (PULGA, 2013, p. 15). Esse trabalho faz sentido ao construir vínculos, laços de confiança, companheirismo e responsabilidade consigo, com o outro ser, no qual, em sua alteridade, se revela como um ser humano capaz e finito.

Ademais, os processos construídos e coordenados pelo MMC têm planejamento, registro, acompanhamento e avaliação, com a sistematização do que é realizado pelas mulheres. Além disso, também é feito o registro das ações de cuidado feitas com as mulheres numa ficha de cada pessoa, como também o engajamento que é possibilitado neste Movimento vai gerando um processo de autoestima, de construção da libertação e cidadania das mulheres, que deixam de ficar presas às doenças e à condição de vítimas e vão dando um novo sentido às suas vidas. Assim, as mulheres que passam a ter uma vida mais saudável e

melhoram tornam-se multiplicadoras e cuidadoras, numa rede que não acaba mais, pois elas mesmas se desafiam e passam a divulgar a necessidade de construir esse trabalho e o MMC em outros locais. Essa dinâmica educativa e cuidadora, ao mesmo tempo em que encanta, possibilita a criatividade e o prazer na busca de ser mais gente.

Uma das mulheres afirmou no círculo de cultura:

As pessoas precisam sentir o que é a vida. Assim como o médico vai estudar, cortar e analisar os cadáveres para saber como lidar com as doenças, assim também a gente precisa conhecer e saber como funciona a vida, para se acostumar com a dinâmica da vida e das relações. É um novo jeito de viver.

Assim, se nos processos de formação dos profissionais da saúde for incorporado o estudo, além do corpo físico com suas abordagens da anatomia, fisiologia e histologia, as dimensões psicossociais, políticas e culturais para ampliar a compreensão do ser humano e da vida, a potencialidade do profissional formado será muito mais profunda, com mais possibilidades de ferramentas e inventividades nos processos de cuidar da vida e da saúde das populações caracterizadas como classes populares, no caso desta tese, das que vivem no campo, nas florestas e nas águas.

Ao analisar essas experiências observadas e/ou relatadas pelas mulheres integrantes do MMC pode-se afirmar que os territórios da vida realmente são mais amplos do que os serviços de saúde, até porque nesses lugares a presença deles é recente e, em outros, ainda não chegaram. As práticas aprendidas e/ou construídas no processo de participação no Movimento são centradas na vida, na sua defesa, preservação, promoção e recuperação, assim como no cuidado com o ser existencial e sujeito que se apresenta. Privilegiam o acolhimento, as relações de afeto, respeito às diferenças e de responsabilidade e pertencimento, construtoras de um novo jeito de fazer saúde, de cuidar da vida e do ambiente.

Nessas tecituras em rede merece destacar a importância da construção organizativa das mulheres em grupos e nas instâncias do MMC. Sem organização, mobilização e construção de processos articuladores essas práticas não se sustentariam. Há um modo de ser e fazer a organização popular e feminista, onde as mulheres são protagonistas e isso também é pedagógico, pois a vivência em grupos contribui para o exercício coletivo do poder e das decisões, a divisão de tarefas, o trabalho em equipe, a construção de lideranças, as relações mais horizontais, os saberes construídos de forma compartilhada que trazem novos conteúdos

e novas metodologias. Tudo isso desafia os educadores, tanto dos processos formais de educação quanto nas formas específicas relacionadas às áreas da formação. O processo que as mulheres vivenciam traz, como elementos pedagógicos, a participação ativa, a capacidade de ouvir, de fazer, de construir juntas, de enfrentar os conflitos e contradições, de aprender “a dizer sua palavra”, onde a base das relações é a arte do encontro, da escuta, do diálogo e do cuidado para com o outro.

E poderíamos nos perguntar: e as lutas e mobilizações para que servem? Nestas ações de exercício da cidadania e na luta pelos direitos, muitas questões se revelam e outras se desvelam nesses momentos de embate político-ideológico em disputa na sociedade. As forças e potenciais que a luta popular tem se mostram na sua organização e determinação, mas também nas suas fragilidades e desafios. Por outro lado, se desvelam as faces muitas vezes ocultas dos poderes instituídos, que se escondem na burocracia, como também daquilo que só fica nas aparências, trazendo à tona as razões, as raízes de determinadas situações que só se tornaram possíveis de perceber por ocasião do enfrentamento.

Estas experiências e desafios apontam, também, para se repensar o papel dos educadores (as) que formam os trabalhadores (as) da saúde. Neste sentido, é fundamental a clareza do projeto político-pedagógico com base numa perspectiva integradora e integral do ser humano e dos processos educativos como mediação para a emancipação, autonomia e humanização dos sujeitos e dos povos. É essencial, para isso, dar crédito à capacidade humana de construir a história, de transformar a realidade e de construir-se permanentemente como pessoa humana, partindo do princípio de que o fundamental nas relações é o diálogo, pois este é o sentimento do amor tornado ação.

Ao mesmo tempo, as experiências traduzem uma visão popular de educação, ou seja, uma educação não aprisionada pelos muros da escola, que a cercam e podem torná-la impenetrável à riqueza dos saberes populares construídos nessas experiências, no caso, as experiências das mulheres do MMC. Além disso, reconhecendo a importância estratégica das instituições formadoras, associadas à produção/reprodução do conhecimento científico, visando tornarmo-nos humanos no tempo histórico, a articulação do conhecimento aos saberes gerados pela experiência, contempla a nossa vocação ontológica para ser mais.

Do mesmo modo, revelam que as atividades educativas ocorrem em todos os espaços, por isso, quanto mais organizado for um movimento social, mais intencionalidade educativa nele se faz presente. Esses processos educativos, para além de afirmar a não neutralidade da

educação, evidenciam que o fazer educativo pode estar presente, além das escolas e das instituições formadoras, também nos movimentos sociais populares, revelando que a pedagogia diz respeito ao fazer da educação, sempre pautado pela questão do tipo de ser humano que queremos formar.

Além desses aspectos, há uma compreensão mais profunda da educação popular enquanto concepção de educação libertadora/emancipatória, uma educação do e com as camadas populares e não de uma educação para o povo; uma educação calcada no compromisso com a transformação da sociedade e com a construção de sujeitos individuais e coletivos, centrada na produção/reprodução do conhecimento novo articulado às experiências e saberes populares e voltada às necessidades apresentadas pela população, caracterizando-se pela capacidade de refletir e assumir posições e não em iludir ou convencer.

Essas práticas sugerem um abrir-se ao movimento sociocultural e a renovar-se firmando o fazer pedagógico com o compromisso, a seriedade e a rigorosidade, ousando na utopia para praticar estratégias consequentes e não somente discursivas nas escolas e nas instituições formadoras.

Ao mesmo tempo, as experiências traduzem uma visão popular de educação, ou seja, uma educação não aprisionada pelos muros da escola, que a cercam e podem torná-la impenetrável à riqueza dos saberes populares construídos nessas experiências, no caso, as experiências das mulheres do MMC. Além disso, reconhecendo a importância estratégica das instituições formadoras, associadas à produção/reprodução do conhecimento científico, visando tornarmo-nos humanos no tempo histórico, a articulação do conhecimento aos saberes gerados pela experiência, contempla a nossa vocação ontológica para ser mais. Do mesmo modo, as mulheres camponesas, em suas experiências e na guarda dos saberes transmitidos das mães para as filhas, revelam que as atividades educativas ocorrem em todos os espaços, por isso, quanto mais organizado for um movimento social, mais intencionalidade educativa nele se faz presente.

Esses processos educativos, para além de afirmar a não neutralidade da educação, evidenciam que o fazer educativo pode estar presente, além das escolas e das instituições formadoras, também nos movimentos sociais populares, revelando que a pedagogia diz respeito ao fazer da educação, sempre pautado pela questão do tipo de ser humano que queremos formar.

Além desses aspectos, há uma compreensão mais profunda da educação popular

enquanto concepção de educação libertadora/emancipatória, uma educação do e com as camadas populares e não de uma educação para o povo; uma educação calcada no compromisso com a transformação da sociedade e com a construção de sujeitos individuais e coletivos, centrada na produção/reprodução do conhecimento novo articulado às experiências e saberes populares e voltada às necessidades apresentadas pela população, caracterizando-se pela capacidade de refletir e assumir posições e não em iludir ou convencer.

Essas práticas sugerem um abrir-se ao movimento sociocultural e a renovar-se firmando o fazer pedagógico com o compromisso, a seriedade e a rigorosidade, ousando na utopia para praticar estratégias consequentes e não somente discursivas nas escolas e nas instituições formadoras.

4. 3. As tecituras de redes de cuidado e educação em saúde das mulheres camponesas com outras experiências de educação popular em saúde

As redes de cuidado e educação em saúde estão em todos os territórios, umas mais potentes do que outras, dependendo do que existe em cada um desses territórios. Neles as mulheres camponesas vão construindo seu trabalho interligado e na interação com a multiplicidade de formas de cuidar que ainda existem nos espaços ocupados pelas camadas populares.

Desde 2003, quando da construção da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), no Brasil, o MMC faz parte e atua nessa interação, com outras organizações e movimentos sociais populares que realizam ações de cuidado e de educação em saúde. Essas redes que vêm sendo tecidas entre esse conjunto de grupos, organizações e movimentos sociais populares têm se fortalecido em todas as regiões do Brasil, com a participação de outros atores vinculados a movimentos e práticas populares de cuidado, mas também aos serviços de saúde e a espaços de gestão, às instituições formadoras de ensino técnico, tecnológico, de graduação e pós-graduação, na área da saúde.

As ações construídas nessa articulação em redes possibilitaram o mapeamento de práticas de educação popular e saúde, existentes no Brasil, a realização de encontros nacionais de troca de experiências, intercâmbio, formação e construção de ações conjuntas. Uma das questões relevantes foi o processo de criação do Comitê Nacional de Educação Popular e

Saúde (CNEPS), da construção da Política Nacional de Educação Popular e Saúde (PNEPS), com a realização de processos de formação, de comunicação e de mobilização conjuntos. Nesse contexto, destacam-se, na coordenação dos processos, os coletivos nacionais de educação popular e saúde, quais sejam: a Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS), a Rede de Educação Popular em Saúde (REDPOPSAÚDE), a Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP) e o Grupo de Trabalho de Educação Popular da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT/EPS/ABRASCO).

Outra ação importante é o vínculo com a Associação Nacional Rede Unida (REDE UNIDA) em Congressos e ações de fortalecimento da participação social nos espaços de educação em/na saúde.

Destas interações e tecituras, uma das estratégias marcantes e relevante nasceu no Acampamento da Juventude do Fórum Social Mundial (FSM) ocorrido em 2005: o Espaço Che: Saúde e Cultura, que se efetivou na construção de um espaço de cuidados dentro do Acampamento da Juventude em Porto Alegre. Essa estratégia foi tão potente na produção de cuidados e de reflexões sobre a saúde, que vem sendo adotada em quase todos os Congressos da Saúde, bem como nas Conferências Nacionais de Saúde através da realização das Tendas Paulo Freire ou Tendas Cultura e Saúde. Esses espaços vêm contribuindo para o fortalecimento da legitimidade da educação popular em saúde e sua potência nos processos formativos, organizativos, de gestão, participação e de cuidado integral em saúde.

Encontramos também, espaços permanentes como o Espaço Ekobé em Fortaleza/CE, construído no campus da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e o Espaço EVA junto à Universidade Federal de Sergipe (UFSE), em Aracajú/SE, que apresentam arquiteturas inspiradas na permacultura, promovem o cuidado em saúde, o intercâmbio e o encontro entre saberes, potencializando um “jeito popular” de cuidar da saúde. Trazem no cotidiano dessas práticas os princípios da educação popular em saúde que orientam esta política nacional, a saber: o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, o compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Esses princípios são norteadores de um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos no sentido da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. Fortalece o sentido da coletividade

na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos, sejam protagonistas, incentivando a reflexão, o diálogo, a expressão da amorosidade, a criatividade e autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas e radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde.

Nesta rede de cuidados que o MMC promove se integram diferentes dimensões, tais como:

a) A dimensão da integralidade do cuidado e da diversidade de práticas. O cuidar da saúde e suas faces através das parteiras, rezadeiras, da Rede de Saúde nos terreiros, os cuidados xamânicos de saúde, da fitoterapia e o uso de plantas medicinais, da massoterapia, da reflexologia, da acupuntura popular, do reiki, da terapia comunitária, da biodança e as danças circulares sagradas, dentre outras práticas integrativas de cuidado que existem no Brasil;

b) A dimensão da arte e da cultura no cuidado com a saúde. Esta dimensão concretiza-se em experiências como: as cirandas da vida, no Ceará, o hotel da loucura, no Rio de Janeiro, o projeto arte promovendo saúde fazendo arte com estudantes de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/PF), no Chalé da Cultura e os pontos de cultura e saúde no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), dentre outras;

c) A dimensão da espiritualidade no cuidado. Esta dimensão está presente, de forma significativa, nas experiências de Saúde nos terreiros, nas pastorais sociais e da saúde, nos grupos evangélicos, nos cuidados xamânicos, dentre outras experiências, que trazem a perspectiva libertadora e do cuidado integral³³ ;

d) na dimensão da organização, da participação popular e da gestão participativa na saúde. Estas são expressões de luta e organização, de participação e controle social presentes em todo o Brasil.

e) na dimensão da formação popular em saúde. Estas podem ser identificadas nos processos educativos do Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), da Articulação Nacional de Educação

³³ As experiências de interação com a dimensão da espiritualidade e saúde são as relacionadas à perspectiva libertadora e da integralidade, diferente das abordagens fundamentalistas de cura presentes, especialmente nas expressões religiosas católicas, protestantes e evangélicas.

Popular em Saúde (ANEPS) e de outras experiências nas quais a educação popular em saúde é a base político-pedagógica das mesmas.

Enfim, há uma rede de cuidados sendo tecida pelas organizações populares no Brasil e na América Latina, permeada pelos valores da vida e da amorosidade, que trazem o humano, com toda sua potência e fragilidade, e, ao mesmo tempo, com toda a sua capacidade de autonomia, afirmando, em suas práxis, que “cuidar do outro é cuidar de mim e cuidar de mim é cuidar do mundo”.

Nesta rede, os “nós” são desatados e transformados em laços de afeto, de carinho, de cuidado, de escuta sensível, de acolhimento, de vínculos, de responsabilização para com o outro, de alteridade, onde as ações se realizam em equipes, com horizontalidade de saberes e de práticas, embalados na brisa da candura, no som da natureza e na melodia que envolve as dimensões da ancestralidade e da energia vital de todos os seres. Cuidados em redes de sabedoria popular, misturadas dialeticamente com outros saberes, vêm semeando sonhos, cuidando vidas, promovendo saúde e construindo elos de um projeto de justiça e igualdade.

Assim, essas experiências carregam em si a potência do cuidado e da educação entrelaçadas dialeticamente numa rede de movimentos e práticas que constitui o movimento da educação popular e saúde que vem desde a década de 1970 e vem se ressignificando a partir dos desafios atuais colocados. As reflexões aqui colocadas traduzem elementos das construções mais recentes do jeito de conduzir o processo educativo-terapêutico a partir da práxis de educação popular em saúde que integra à dimensão educativa, o acolhimento e amorosidade, o cuidado integral à vida e o protagonismo e autonomia emancipatória individual e coletivo das pessoas que participam desses espaços e processos.

Um dos marcos importantes desse jeito é o acolhimento e a amorosidade às pessoas. Quanto mais a presença da diversidade étnico-cultural, tendo as diferentes etnias, culturas, tradições, pessoas de todas as idades, das várias orientações sexuais, de diferentes espaços de atuação, mais potente será o encontro e produção de vida, saúde e aprendizado em ato. O encontro em si já é promotor de encantamentos e/ou de estranhamentos que, permeados por um processo de diálogo, de respeito, de troca de saberes, de energias, de afetos constrói produz novos saberes pelo simples acolhimento, a escuta e a oportunidade fazer parte da roda de saberes e práticas. Esse processo que toma como ponto de partida o saber anterior das classes populares e de cada um dos sujeitos participantes da roda

Mas esse processo se potencializa à medida que o ponto de partida desses processos é os

saberes que cada um traz da sua trajetória de vida e de conhecimentos acumulados, aliado aos saberes das classes populares e do conhecimento histórico acumulado pela humanidade.

No diálogo entre os saberes, novas produções acontecem. O diálogo como forma de problematizar, de questionar fatos, de levantar dúvidas, de averiguar circunstâncias, é fundamental. Trata-se do conhecimento tecido a partir de pessoas que indagam, que refletem, que pesquisam, que querem saber, que perguntam. Esse diálogo é construído na intersubjetividade, mediado pela realidade do mundo. Seu brilho provém da curiosidade espontânea que, pelos olhos contemplativos, é transformada em curiosidade epistemológica, enfatizada por Paulo Freire (1996). O diálogo é também fomentador da aproximação entre os diferentes, seja de culturas diferentes ou de jeitos diferentes de ser. Esse diálogo precisa fazer o conhecimento circular constantemente por todos os fios da rede, para a construção de mais protagonismo e de sentidos à vida das pessoas para transformação da sociedade e das relações humanas de gênero, raça, classe, etnia, gerações, orientações sexuais, relações de poder e relações dos humanos com as outras formas de vida no Planeta.

Os Espaços de Saúde e Cultura vivenciados nos Acampamentos Intercontinentais da Juventude, no Fórum Social Mundial (AIJ/FSM), possuem algumas dimensões, a saber:

a) Dimensão político-emancipatória, democrática e participativa que se refere à forma de relação estabelecida entre as pessoas que participam do espaço. As rodas de organização do espaço e divisão de tarefas, as rodas de conversas e debates, de trocas de experiências e de práticas populares potencializam a construção do exercício da democracia, da autonomia, da participação e do diálogo. São espaços participativos, centrados na interação entre as pessoas, saberes e práticas, onde cada participante se sente integrante ativo dos processos, das atividades desenvolvidas e da organização do espaço. Os Espaços de Saúde e Cultura vêm contribuindo para evidenciar as práticas e os saberes populares como expressões de conhecimento que são importantes na construção da saúde. São espaços de articulação de movimentos sociais populares com a academia e com os gestores que compartilham da luta pela saúde, pelo SUS e pela transformação social, na perspectiva da justiça e da solidariedade.

b) Dimensão acolhedora, terapêutica e educativa: Nestes espaços abertos e acolhedores aprende-se com a troca de experiências propiciando a construção coletiva de saberes e práticas e as reflexões feitas são produtoras de novos saberes. Mostra pela prática novas formas de cuidar da vida e da saúde das pessoas.

c) Dimensão espiritual, cultural, artística, criativa do ser humano que se expressa no trabalho com práticas populares e com as abordagens integrativas do cuidado em saúde. As pessoas e coletivos podem se expressar nas diferentes formas de manifestação cultural, artística, criativa, utilizando as mais diversas formas de linguagem e de expressão do humano que se revela em sua alteridade na interação com o outro.

Estas dimensões articuladas é que configuram os Espaços de Saúde e Cultura. Pode-se, assim, perceber que esta junção de dimensões possui grandes potencialidades no sentido de reinventar outras formas de produzir saúde.

A construção de novos saberes e conhecimentos é outra característica importante desse trilhar pelos caminhos do cuidado e da educação popular em saúde. As dimensões da ancestralidade, da espiritualidade, da arte, saúde e cultura, dos processos de formação e de participação popular na saúde encontram na educação popular em saúde a rede que acolhe, que embala e que possibilita a sementeira dessas práticas, saberes e conhecimentos. Por isso, têm sido tão potentes esses encontros em que fios novos são tecidos, laços novos se fazem e desafios de desatar “nós” que impedem mais vida e saúde são desvelados para que seja possível assumir coletivamente esta tecitura.

A articulação da arte, saúde e cultura traz a dimensão criativa do humano como parte de produção de vida e saúde com o uso das diferentes formas de linguagem e comunicação, superando a visão mercadológica e instrumental da arte e da cultura e colocando sua potência humanizadora da vida, das relações, de problematização das realidades e construção de novos saberes. E as experiências vivenciadas e compartilhadas pelas mulheres do MMC assumem a dimensão política do agir transformador e emancipatório dos movimentos sociais populares que acontece através do exercício de poder compartilhado, das construções coletivas, das rodas, da construção dos processos de forma coletiva com a divisão de tarefas e responsabilidades.

Estas experiências vêm demonstrando seu caráter educativo, terapêutico nessa dimensão cuidadora da vida e da saúde na perspectiva da integralidade, constituindo-se como espaços de práticas não hegemônicas, mas de cuidado integral à saúde e vem trazendo potencialidades no sentido de reinventar outras formas de produzir saúde, de tecer e de saber que as redes não surgem do nada e se movimentam pela ação dos sujeitos.

4. 4. As tecituras de redes de cuidado e educação em saúde das mulheres camponesas e experiências de educação popular em saúde com a educação permanente em saúde.

Ao buscar os fios que tecem esse encontro e diálogo das mulheres camponesas, das experiências de educação popular em saúde com a educação permanente em saúde encontro uma grande questão que se coloca para a busca de laços de interação entre estes diferentes saberes e experiências: como cuidamos e como ensinamos a cuidar? O que o trabalho em saúde exige? O que seria ensinar a cuidar de pessoas?

Há um longo caminho de lutas por transformações que vem sendo trilhado por diversos atores na tentativa de romper com os “nós” existentes na rede atual de formação de trabalhadores/as da saúde que não consegue responder às necessidades de atenção integral às populações e, no caso deste estudo, longe dar conta das especificidades do campo, das florestas e das águas.

As vivências no cotidiano do SUS e nos territórios de vida das pessoas, como dispositivo de aprendizagem nos processos de formação médica, foi um dos compromissos assumidos e expressos nesta tese. Para isso são considerados os desafios que se colocam diante de um contexto histórico-social de transição demográfica da população brasileira e mundial, de mudanças significativas no perfil epidemiológico de saúde dos povos e de transição paradigmática, pois os referenciais utilizados para os processos de formação e de cuidado das pessoas são insuficientes diante das transformações em curso no Brasil e no mundo.

Além do aumento significativo do número de pessoas que adoecem, do tipo de doenças que tendem a ser crônicas (que duram a vida inteira), da população idosa, as abordagens terapêuticas de tratamento e cuidado centradas na medicalização são insuficientes, como dito acima, não respondem por essas mudanças e, além disso, faltam profissionais, especialmente médicos, para o cuidado em saúde da população, em especial, dos povos do campo, das florestas, das águas e das periferias urbanas.

A formação de profissionais da saúde na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e comprometida com a implantação do SUS é um grande desafio. Nesse sentido, a UFFS/Campus de Passo Fundo/RS é a primeira a iniciar a formação médica do Plano de

Expansão das Escolas Médicas, lançado pelo Ministério da Educação. Esta é uma conquista da articulação e mobilização social, popular e institucional, combinada com a oportunidade histórica de expansão do ensino superior, associada à capacidade aglutinadora e gestora da UFFS. A combinação de várias estratégias político-pedagógicas articuladas com o SUS revelam elementos inovadores deste processo formativo.

Para tal foram consideradas as políticas nacionais de educação e, mais propriamente, de educação na saúde, que vêm introduzindo processos de mudança na formação dos profissionais da saúde como resultado de um movimento social popular que demanda mudanças nesta área. Este “novo” apontado para a formação dos profissionais da saúde está associado ao processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e aos registros de diversos movimentos sociais populares que demandam mudanças na graduação.

Até 2013, mais de 60 milhões de brasileiros não tinham nenhum tipo de atendimento médico porque a maioria dos médicos brasileiros não tinha e ainda não tem o desejo e, por isso, não se desafia a trabalhar nos territórios nos quais vivem aqueles povos. Com o Programa Mais Médicos, os Ministério da Saúde e da Educação vêm desencadeando um conjunto de estratégias de ampliação de vagas e de escolas médicas, de provimento e fixação de profissionais, apostando na vinda de médicos de outros países para dar conta destas necessidades de atenção integral à saúde através do SUS. Nessa perspectiva é que se explica a criação do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que enfrenta o desafio de formar médicos que respondam por essas demandas dos povos do campo, da floresta e das águas, além das populações que vivem nas periferias das cidades.

Ao refletir sobre a natureza ou o núcleo do trabalho em saúde percebemos que ele se dá no encontro, na conversa, no diálogo entre o profissional e trabalhador/a da saúde com a pessoa que necessita de cuidado e busca o serviço de saúde. Ou seja, é essencialmente conversacional e dialógico, onde todo o encontro é feito pela conversa e implica em reconhecer outra dimensão do encontro que é a relação entre o cuidador/a (profissional, trabalhador/a da saúde com o usuário) que se estabelece no momento do cuidado ou do trabalho em saúde. Cada encontro tem suas singularidades e nessa relação são produzidos afetos e redes onde os fios podem se ligar em laços ou virar emaranhados, se perder ou virar nó. Vai depender de como se dá essa relação.

Para isso, a acolhida, a escuta sensível, a comunicação interativa e de construção de sentidos que se dá na apropriação das diferentes linguagens das quais o corpo fala ou o

usuário se manifesta, além das palavras e do silêncio, a construção de vínculos de afeto e confiança, saber diferenciar o problema do usuário do problema do profissional no momento do encontro, são algumas das ferramentas necessárias para que esta interação possa acontecer de modo que o trabalho em saúde desvende a dor e os sofrimentos dos que procuram o cuidado em saúde, para além do diagnóstico de uma determinada doença ou de um órgão tomado por algum agente patológico.

A produção do cuidado, nessa perspectiva, vai além de ter um profissional superespecializado em consertar o corpo humano onde tiver algum problema, como se observa em grande parte dos processos de trabalho hegemônicos em nossos dias onde as pessoas são números ou letras, sem história, sem contextos, sem sentidos e o profissional muitas vezes faz o que ouvi num relato de um médico que ficou espantado quando um colega disse a ele que ele teria um olho a tratar na emergência e ele, muito rápido, pensou – mas será que este olho não vem habitado em algum corpo pelo menos?

Sem a pretensão de aprofundar esse tema, pois existem muitas produções a respeito desta temática, a intenção aqui é as tecituras com a educação permanente para enfrentar o desafio que se coloca neste campo já que, mesmo que todos saibam que a produção do cuidado se dá no diálogo, o modelo hegemônico transferiu para os equipamentos de diagnóstico a busca de saber que doenças acomete aquela pessoa que busca o serviço de saúde, tirando do profissional a relação dialógica e a construção do raciocínio clínico para os processos de cuidado em saúde. Por isso, ocorre a alienação dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado onde tanto o profissional, trabalhador/a de saúde como o usuário ficam alienados do processo que está ocorrendo com a pessoa que procurou o atendimento. A única ferramenta que resta num processo de cuidado desse é a medicalização e o fortalecimento da mercantilização da saúde, já que os sujeitos centrais são coisificados nessa relação.

Trago como base para a reflexão as experiências formativas que vivenciei na Escola GHC do Grupo Hospitalar Conceição junto aos processos formação de trabalhadores/as da saúde tanto de técnicos, de residentes, de pós-graduação, de educação permanente, de preceptores em parceria com a UFRGS com Educa-Saúde e Saúde Coletiva; a experiência de cursos que integram o ensino com o serviço como foi junto à Secretaria de Saúde e Escola de Saúde Pública da Bahia; os processos de formação de atores sociais e conselheiros de saúde; o curso nacional de formação de agentes comunitários de saúde e de vigilância em saúde com o Ministério da Saúde e a Fiocruz; a experiência com os cursos vinculados ao Grupo da Terra

especialmente do MMC e MST; o VER-SUS (Vivência e Estágios no Sistema Único de Saúde), a experiência junto ao curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) com apoio da Rede Governo Colaborativo em Saúde da UFRGS, os processos de reflexão da Rede Unida.

Nesses processos formativos mesmo que de diferentes instituições formadoras vem tecendo novos fios, entrelaçando outros, criando laços de solidariedade e construção conjunta interinstitucional e inter/multiprofissional engajando o conjunto de atores sociais nas construções. Essa rede solidária tem possibilitado a construção de momentos singulares e potentes para a transformação dos espaços de formação e de cuidado em saúde.

No caso específico do curso de medicina da UFFS, a combinação de várias estratégias político-pedagógicas articuladas com o SUS revelam elementos inovadores deste processo formativo. Para tal foram consideradas as políticas nacionais de educação e, mais propriamente, de educação na saúde, que vêm introduzindo processos de mudança na formação dos profissionais da saúde como resultado de um movimento social popular que demanda mudanças nesta área. Este “novo” apontado para a formação dos profissionais da saúde está associado ao processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e aos registros de diversos movimentos sociais populares que demandam mudanças na graduação.

Além destes, há os pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação na Saúde, em especial da Medicina, as normas e orientações do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, as diretrizes para o Plano de Expansão da Formação Médica no Brasil. Estas são as bases constituintes e orientadoras das atividades educativas dos estudantes de Medicina, nas vivências junto ao SUS. Essas mudanças incorporam, também, a busca por aproximar pedagogicamente os estudantes de Medicina voltando-se para os complexos desafios inerentes à implantação do sistema de saúde no país, no contato direto e sistemático junto ao cotidiano do SUS, na construção de vínculos entre os atores sociais da formação, no dia-a-dia do campus acadêmico.

E para o engendramento das mudanças curriculares adequadas à nova proposta e necessárias às reais necessidades do sistema é preciso estimular a vivência do diálogo, a problematização e construção de novos saberes a partir dos desafios emergentes nas realidades locais e regionais, integrando dialeticamente o ensino, o serviço e a comunidade

viabilizando a interação com ensino-pesquisa-extensão e a busca pela superação da dificuldade das diferentes profissões da saúde trabalhar de forma integrada. A cultura de fragmentação do setor ainda é uma realidade, na qual a falta do hábito de convivência multiprofissional é uma de suas causas. A convivência no cotidiano do SUS possibilitará interagir com os diferentes profissionais que estão integrados neste Sistema.

A UFFS inicia o Curso de Medicina em meio à diversidade e aos desafios da formação de médicos comprometidos com o SUS e sua implementação nos municípios brasileiros, articulados por sua vez, com os desafios mundiais da medicina e das ciências da saúde. Traz, em seu embrião, o compromisso com a vida, a saúde, a justiça, a solidariedade e a construção de sistemas universais e públicos de atenção integral à saúde. Busca a articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão com a integração entre ensino-serviço-comunidade. Inova no processo seletivo de estudantes ao definir o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) como forma de ingresso com os fatores de escola pública, origem social e raça/etnia.

Assim, o Curso de Medicina da UFFS se articula com o Sistema Único de Saúde e seus atores institucionais e sociais, através de Convênios, Cooperações e Ações Comuns. Nesta articulação há o compromisso de inúmeros parceiros com a efetiva implantação do SUS e com a formação integrada. O Projeto Pedagógico do Curso articula componentes curriculares de domínio comum a todos os cursos de graduação da Universidade, de domínio conexo do campo da saúde e específicos da Medicina, possibilitando a formação integral dos futuros médicos. Os estudantes permanecem em vivências intensivas de uma semana, a cada início do semestre letivo, e extensivas, incluindo imersões e vivências semanais no cotidiano do SUS, nos municípios da região Norte do Rio Grande do Sul. Estas vivências se articulam com a gestão municipal e com os atores sociais de cada lugar, oportunizando aos estudantes a reflexão e o aprofundamento da vivência e do conhecimento articulados com os desafios da realidade, buscando a integração entre o ensino, a pesquisa e a extensão numa conexão entre ensino-serviço-comunidade.

Este processo vem evidenciando a diversidade de segmentos sociais que se inseriram como estudantes neste Curso, o qual viabilizou o acesso aos que frequentaram a escola pública, aos setores empobrecidos e à diversidade étnico-racial, sendo este um dos seus diferenciais.

Outra característica relevante é a inserção orgânica da Universidade nos sistemas municipais de saúde, através da imersão no cotidiano do SUS, tendo como base as vivências,

estas vêm possibilitando a qualificação dos estudantes, dos serviços de saúde, de trabalhadores, gestores e das comunidades onde os estudantes estão inseridos. A imersão em comunidades onde há a presença de quilombolas, indígenas, trabalhadores assentados da Reforma Agrária, agricultores familiares e a população de periferia urbana, vem desafiando os estudantes e docentes para um olhar mais cuidadoso aos processos de saúde-adoecimento destas populações e as estratégias de cuidado integral à saúde das mesmas.

O processo educativo junto ao SUS conduzido pelos docentes do componente curricular de Saúde Coletiva vem se construindo na articulação com outros componentes curriculares nas reflexões, estudos e investigações, apontando perspectivas de projetos de intervenção nestas realidades. O recente, breve e intenso processo de formação médica iniciado em setembro de 2013 já vem tecendo redes solidárias, institucionais e acolhedoras, vêm revelando as contradições presentes no SUS e na sociedade e apontando desafios para a formação médica. Porém, dentre as contradições ou tensões que se expressam nas mudanças aplicadas ao Curso de Medicina da UFFS, podemos destacar:

a) Por parte dos estudantes observa-se a resistência inicial de grande parte destes para as vivências no SUS. Isto se deve a várias razões, dentre as quais, o imaginário que sustenta a concepção de médico, que estes estudantes trazem ao ingressar no curso mais concorrido e difícil de entrar. Este imaginário resulta da construção simbólica do papel do médico produzida especialmente pelo cinema, pela televisão e outros meios de comunicação de massa que reproduzem o padrão norte americano, tanto do médico, quanto do tipo de serviço de saúde. Deste modo, a visão negativa do SUS, construída pela mídia, define o perfil e a produção de subjetividades e desejos do ser médico, que é reproduzida pelos “cursinhos de pré-vestibular”, nos quais grande parte dos estudantes passa, em média, de 3 a 5, anos se preparando para passar no vestibular ou nas vagas do ENEM no curso de medicina. Os anseios, pressões e desejos dos familiares em relação ao curso e o padrão naturalizado, tanto na sociedade como na área médico-hospitalar acerca do que seja a formação médica, interferem na concepção que os jovens trazem acerca do ser médico, ao ingressarem no curso.

Ocorre que os estudantes, mesmo os advindos das classes populares, especialmente pelo acesso através do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) ou das cotas que priorizam o fator escola pública, baixa renda e raça/etnia, vêm marcados pelos desejos hegemônicos acumulados no universo simbólico e pela resistência em aprender, no cotidiano do SUS e dos territórios de vida das comunidades. Mas algumas ações e estratégias pedagógicas vêm

quebrando esta resistência e produzindo encantamentos em grande parte destes estudantes em dois semestres de formação.

b) Em relação aos professores (as) e monitores que acompanham as vivências várias se observam tensões, pois a inserção no SUS, como espaço de aprendizagem médica, inclui processos novos, onde a maioria não tem experiência profissional e nem pedagógica desta natureza. Há uma abertura grande de todos os docentes para esta experiência, mas coloca-se uma necessidade urgente que é a formação coletiva da docência em saúde, permeada pela integração ensino-serviço-comunidade. Mas isso requer o domínio metodológico de construção e desenvolvimento de processos educativos participativos, de condução pedagógica em rede, com diferentes atores sociais que interagem além de abordagens pedagógicas de ensino-pesquisa-extensão, integradas em projetos de intervenção.

Ademais, exige o conhecimento e a compreensão de racionalidades complexas e não apenas da racionalidade moderna, centrada na apropriação das teorias aliada aos exercícios em laboratórios para a aplicação posterior na prática profissional. Elas são necessárias, porém insuficientes, pois os territórios de vida das populações e do cotidiano do SUS são complexos, contraditórios, mas reais e mais potentes para a preparação de profissionais que já, no seu processo formativo, tomarem estas vivências como dispositivos de aprendizagem, de investigação, pesquisa e de ação transformadora, através de projetos de intervenção.

Além desses aspectos, cabe ressaltar desafios relativos à superação de situações como:

a) a captura da lógica dos serviços que tende a reproduzir os processos de trabalho em saúde sem o olhar crítico e reflexivo do mesmo se coloca como um risco tanto de desestímulo para os estudantes, como a lógica alienada dos processos de trabalho e de educação na saúde.

b) a visão preconceituosa em relação às populações quilombolas, indígenas, assentados, agricultores, pobres da periferia urbana, presente em grande parte dos trabalhadores que compõem as equipes de saúde dos municípios, em estudantes, docentes e monitores.

c) os limites de gestão municipal do SUS no que se refere à atenção integral, à formação e à participação e controle social. É necessário construir o sistema municipal saúde escola em cada um destes municípios.

d) as dificuldades de vivenciar o cuidado integral à saúde com compromisso e vínculo. O desafio que se apresenta de construção de compromissos e valores ético-políticos

com a defesa e cuidado integral da vida, dos seres humanos, o vínculo, a solidariedade, a amorosidade como base dos processos de cuidado integral à saúde e de formação em e na saúde.

Esta experiência é desafiadora e requer educação permanente dos docentes, técnicos, preceptores, gestores e atores sociais envolvidos nos processos de vivências no SUS, assim como, a qualificação dos processos educativos e dos instrumentos de produção de conhecimentos que articulam o cotidiano do SUS com os saberes já acumulados e sistematizados.



Algumas Conclusões



Algumas conclusões...

Ao término dessa tese, algumas conclusões que serão apresentadas a seguir, ficam evidentes, sem, com isso, afirmar que não possam ser apontadas outras.

1. Apesar da força hegemônica do neoliberalismo globalizado que, mesmo em crise estrutural, se impõe sobre os países, como a América Latina e, dentro desta, o Brasil, o contexto histórico no qual se inserem as reflexões feitas nesta tese aponta para outra força, a da resistência popular – dentre a qual se destaca a do Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), sujeito desta pesquisa/ensaio –, que acumula algumas conquistas sob a forma de políticas públicas. Nestas podem ser observadas orientações governamentais que caminham na perspectiva de fortalecimento de projetos de desenvolvimento sustentável e processos democráticos e populares, que, guardadas as devidas proporções, contradições e especificidades, vêm contribuindo para a construção de melhores condições de vida e de saúde para as suas populações, em especial para os camponeses, os povos da floresta e das águas.

2. Esses processos, no caso do Brasil, somados às lutas sociais e políticas construídas historicamente, vêm assegurando e ampliando direitos sociais, políticos, econômicos e culturais, com acesso possibilitado aos setores excluídos ao longo da trajetória histórica brasileira, para políticas de equidade e ampliação de direitos, como é o caso do SUS. Entretanto, os interesses corporativos, bem como os do capital transnacionalizado, continuam presentes disputando espaço e poder na sociedade e, principalmente, no âmbito do Estado.

3. No caso da saúde, o Brasil avança e é reconhecido mundialmente por ter o Sistema Único de Saúde (SUS) como política de Estado, que pretende garantir o acesso universal, equânime e com participação e controle social. Essa é uma conquista fundamental do povo brasileiro, que, apesar das contradições e desafios, é o melhor sistema de saúde que existe e é estendido para mais de 200 milhões de habitantes.

4. No que se refere às questões relativas à saúde e ao adoecimento das populações camponesas, compreendendo, no caso, toda diversidade étnico-cultural presente nos territórios do campo, das florestas e das águas, os gritos de dor e de sofrimento, presentes na complexidade de vida destas populações, desafiam a se repensar os processos de cuidado à

saúde, como também, a formação dos profissionais de saúde e de áreas afins, para uma atuação mais pertinente e eficaz no cuidado integral destas populações.

5. A produção da vida e da saúde, feita pelas mulheres camponesas, traz o jeito feminino e feminista, popular e campesino de cuidar, permeado pela amorosidade à vida e ao ser humano na sua integralidade. As concepções e práticas do MMC traduzem elementos constitutivos de afinidades, que compõem a complexidade da vida e das relações, nos territórios em disputa por hegemonia do capital transnacional. Isso porque este é um contexto multifacetado, fragmentado, de tentativas de padronização da vida, do processo produtivo, dos alimentos, da cultura e da lógica medicalizadora do sofrimento e da doença. As mulheres camponesas, com sua sensibilidade e sabedoria, traduzidas no acúmulo de experiências e saberes, vêm se constituindo em protagonistas transformadoras de suas vidas, de suas relações e da sociedade em que vivem. Os processos de cuidado, realizados essencialmente pelas mulheres camponesas, expressam dimensões da vida desde seu mundo cotidiano até a visão planetária de cuidado em defesa da vida, presente nas abordagens dos povos indígenas da América Latina que sintetiza no “Bem Viver” associado com a agroecologia, o projeto popular de sociedade, o feminismo e as orientações que sustentam a construção de relações nas quais possam ser eliminados os preconceitos, a discriminação, a opressão e a violência.

6. O ressignificado maior da educação popular em saúde se dá a partir de 2003, através do processo de articulação de movimentos e práticas que, no encontro e diálogo de diferentes atores que detinham e detém experiências nesta área, vêm ressignificando a concepção e prática da educação popular em saúde, aliada ao processo de institucionalização, que se materializou com a criação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS). As dimensões do cuidado integral, da arte, da cultura, da espiritualidade, da participação popular e da formação constituem a expressão concreta destes novos sentidos, que emergem da potência do encontro entre diferentes atores, em diferentes espaços, mas que caminham na mesma direção, a de um mundo mais justo, equânime e solidário. Nesse sentido, as concepções político-pedagógicas da educação popular em saúde estão permeando os diferentes espaços de cuidado e de formação em saúde. Mas continuam tendo, nos movimentos sociais populares, o espaço privilegiado de formulações e recriações.

7. As tecituras de redes de cuidado e de educação em saúde perpassam as realidades e as experiências do MMC, além de suas interações político-organizativas, que se articulam nas abordagens da educação popular em saúde. Assim, as mulheres que integram o MMC trazem

consigo as dimensões da agroecologia e do feminismo, as quais poderão se articular com a educação permanente em saúde, na busca de composições e diálogos que emergem como elementos político-pedagógicos nas experiências dos movimentos sociais populares, em particular, neste Movimento de mulheres e em suas redes de interação.

8. Com isso, a educação permanente em saúde vem se fortalecendo como política e como base pedagógica potente na transformação dos processos de trabalho e de educação na saúde, presentes na rede de atenção à saúde.

9. As contribuições político-pedagógicas dos movimentos sociais populares nas experiências e práticas culturais, integrativas, tradicionais de cuidado e de educação popular em saúde, especialmente do MMC, poderão compor a caixa de ferramentas pedagógicas dos processos de formação de profissionais/trabalhadores (as) da saúde, para sua atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) em comunidades do campo, da floresta e das águas, inserindo-se, deste modo, no contexto de transformação das práticas de cuidado e de educação na saúde.

Dentre estas contribuições se destacam:

a) A amorosidade, a escuta, a alteridade para com o outro que, no encontro, acaba por revelar-se. É com a capacidade e a sensibilidade de olhar para a alma das pessoas que os cuidadores/as, trabalhadores/as da saúde potencializarão sua relação com estas, pois é com a alma que cada pessoa cuida de sua saúde. Mas, para chegar à alma de outra pessoa é preciso estar disponível para ouvir e escutar o que o outro tem a dizer, para perceber o sofrimento que aí se encontra, e para identificar as possíveis causas, fazer a abordagem clínica e os processos de cuidado dessas pessoas, construindo seus itinerários terapêuticos juntos. Com isso, mesmo considerando os imprevistos, aumentam-se, consideravelmente, as possibilidades de melhora da pessoa tratada, de sua saúde e dos seus sofrimentos e a construção da autonomia sobre sua vida, seu corpo e sua saúde;

b) Os territórios vivos das comunidades, grupos e pessoas é outro aspecto fundamental para o cuidado integral, inserido no cotidiano da vida e da cultura das pessoas, trazendo presente as dimensões histórico-sociais de saúde-doença e as questões de gênero, raça/etnia, classe social, orientação sexual e geração, ampliando, assim, as possibilidades de compreender os fenômenos que se apresentam na vida das pessoas a serem tratadas, com a responsabilidade social, sanitária e ética que cada trabalhador/a da saúde precisa ter com os processos nos quais está inserido;

c) A necessidade de superação de qualquer tipo de preconceito, discriminação e julgamento por parte dos profissionais de saúde no cuidado é fundamental, pois, historicamente, foram se aprisionando os doentes mentais, os diferentes, os que desafiam a sociedade e a ciência. Cabe o olhar acolhedor, capaz de contribuir no tratamento e cura das doenças, no alívio de sofrimentos e na ajuda para reconstituir laços de afeto, de amorosidade, de vida, nas famílias, no trabalho, nos círculos de amizade para que possam ser potencializadores de vida, saúde e felicidade;

d) O trabalho em equipe, a construção multi e interdisciplinar é fundamental para o cuidado integral à saúde das pessoas e para ressignificar os processos de trabalho em saúde;

e) A ampliação da clínica, do raciocínio clínico, das formas de construção do diálogo, da interação com as pessoas, com várias possibilidades terapêuticas em sua caixa de ferramentas de cuidado, com a participação do usuário na construção dos processos de cuidado e com o profissional trabalhador/a da saúde, sabendo que os processos de cuidado são circulares e educativos, é, por demais, necessário, uma vez que, para cuidar do outro, precisa cuidar de si mesmo;

f) O fortalecimento dos vínculos e laços de confiança entre os profissionais e as pessoas que precisam de cuidado é, também, essencial para a capacidade de resolução dos problemas de saúde, tendo presente que o “outro é tão importante quanto eu”, bem como desenvolver a capacidade de construir estratégias de cuidado à vida e à saúde junto com as populações;

g) E, também, o fortalecimento do SUS, como política de saúde universal, equânime, com participação popular, colocando-se como protagonista dos processos de ressignificação, transformação e inventividades é fundamental para que este sistema possa dar conta da integralidade da atenção à saúde da população, respeitando as diversidades de classe, étnico-culturais, econômicas e sociais, contribuindo, desta forma, para fortalecer também, por sua vez, as redes de produção de cuidado, de educação em saúde, de participação social e gestão;

h) A construção de estratégias de educação e formação de trabalhadores/as profissionais da saúde, inseridos em vivências junto ao SUS, junto às comunidades, movimentos sociais populares e com pessoas afins, inseridas no processo formativo que seja pautado pelas necessidades de vida e saúde das populações, é essencial quando se coloca a

perspectiva de superação das visões mercadológicas presentes nesses processos tanto formativos, como de cuidado.

Por fim, haveria outros aspectos a serem colocados, mas o importante é que as descobertas desta pesquisa e reflexão possam apontar desafios novos, para o cuidado integral à saúde das populações do campo, das florestas e das águas. A complexidade deste cuidado, como registra a pesquisa, poderá exigir a qualificação de processos de formação e de educação permanente de trabalhadores (as), profissionais de saúde, para sua atuação em equipes multiprofissionais e ações intersetoriais, no cuidado à vida e à saúde das pessoas e na valorização da biodiversidade. Por isso, esta pesquisa permanece em aberto, com o propósito maior de abrir um espaço ao debate, no qual se possam trazer outras contribuições que os movimentos sociais populares, em particular o Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), possam incorporar à formação dos profissionais que atuam na área da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALENTEJANO, Paulo. Terra. In: CALDART, Roseli; PEREIRA, Isabel B. ALENTEJANO, Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio (Orgs.). *Dicionário da Educação do Campo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo: Expressão Popular, 2012, p. 742-743.
- AMTR-SUL. *Mulheres camponesas em defesa da saúde e da vida*. Passo Fundo/RS: Passografic, 2008.
- _____. *Sementes de Vida nas mãos das mulheres camponesas*. Chapecó/SC, s/d.
- ANMC. *Mulheres camponesas construindo autonomia através da produção de alimentos saudáveis*. Passo Fundo/RS: Passografic, 2011.
- _____. *Avançando a partir de uma perspectiva feminista para a construção da Soberania Alimentar no Brasil*. Passo Fundo/RS: Passografic, 2013.
- ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. C.; BEZERRA, R. C. *Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família*. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, R. M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 783-832.
- ANVISA. *Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos*. Relatório Anual 4/06/2001 – 30/06/2002. Brasília/DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002.
- ARAÚJO, Clara. Marxismo, feminismo e o enfoque de gênero. In *Marxismo e feminismo*. Dossiê Crítica Marxista. Revista Crítica Feminista. 2000
- ARAÚJO, M. F. (2002). Violência e abuso sexual em família. *Psicologia em Estudo*. Maringá/PR, Universidade Estadual de Maringá, v.7 (2), 3-11, 2002.
- ARROYO, Miguel. *Imagens quebradas: trajetórias e tempos de alunos e mestres*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- AUGUSTO, L. G. S.; CARNEIRO, F. F.; PIGNATI, W.; RIGOTTO, R. M.; FRIEDRICH, K.; FARIA, N. M. X.; BÚRIGO, A. C.; FREITAS, V. M. T.; GUIDUCCI FILHO, *Dossiê ABRASCO – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Parte 2 - Agrotóxicos, Saúde, Ambiente e Sustentabilidade. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.
- BAKHTIN, M. *Estética da criação verbal*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- _____. *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento*. São Paulo: HUCITEC; Brasília/DF: Ed. UNB, 1993.
- BARBIER, René. *A pesquisa ação*. Tradução de Lucie Dídio. Brasília: Líber Livro Editora, 2002.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu/SP: UNESP, v. v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- BENINCÁ, Elli. “O senso comum pedagógico: práxis e resistência”. Tese (Doutorado em Educação). Porto Alegre: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília/DF: Gráfica do Senado, 1988.

_____. *Lei 8.142/9, de 28 de dezembro de 1990*. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 31 de dez., 1990. Site: Consulta em abril de 2014.

http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm

_____. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de set., 1990. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm.

_____. Presidência da República. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013

_____. *Portaria 373/GM, de 27 de fevereiro de 2004*. Aprova na forma de anexo desta portaria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. 2004f.

_____. *Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 2011.

_____. *PORTARIA Nº-2.607/GM de 10 de dezembro de 2004*. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 238, 10 dez. 2004. Seção 1, p. 70-149.

_____. *Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002* (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa*. , 1. ed.; 1. reimp. , Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. *Relatório final da 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social / Final Report of I World Conference on the Development of Universal Social Security Systems*. Brasília/DF; Brasil. Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. *A Educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Editora do Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 1. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSSUS)*. Disponível em: <bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 16 out 2013.

_____. Presidência da República. *Decreto n. 7.508, de 28 de Junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 1 out. 2013.

_____. Presidência da República. *Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 - Mais Médicos*. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1036395/lei-12871-13>. Acesso em 02 março 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Vigilância. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 687/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Acesso em 24 set. 2013. Disponível no site: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20687.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde* / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 1. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013. 14p.

_____. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC*. Brasília/DF, 2008.

_____. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília. *Relatório final*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1986.

_____. CONFERÊNCIA MUNDIAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. CÚPULA DOS POVOS. Site: <http://cupuladospovos.org.br>. Acesso em 21 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Grupo Hospitalar Conceição*. 2009. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/> Acesso em 2 de março, 2009

_____. IBGE. *Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica* Nº 25: Informações Sociodemográficas e de Saúde no Brasil 2009. Rio de Janeiro. IBGE: 2009.

BOFF, Leonardo. *Ética da vida*. Brasília/DF: Letraviva, 1999.

_____. *Saber cuidar: ética do humano*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Educação e movimentos populares: tendências e dilemas latino-americanos. *Em campo aberto*. São Paulo: Cortez, 1995.

BRECHT, B. *Teatro dialético*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1967.

BOURDIEU, Pierre. *Esboço de uma teoria da prática*. In: ORTIZ, Renato; FERNANDES, Florestan (Orgs.). Pierre Bourdieu. Sociologia. São Paulo: Ática, 1983, p. 46-81.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas. [online]. 2007, vol.37, n.132, pp. 537-572. ISSN 0100-1574.

_____; OLIVEIRA COSTA, Albertina (Orgs.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1992.

CALDART, Roseli; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO, Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio. *Dicionário da Educação do Campo*. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, gestão democrática e redes de atenção como referenciais para a reforma teórico-operacional do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. Mangueiras/RJ: ABRASCO, v. 12, p. 849-859, 2007.

CANCLINI, Néstor Garcia. *Culturas híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade*. Tradução de Ana Regina Lessa e Heloísa Pezza Cintrão. São Paulo: EDUSP, 1997. p. 283-350.

_____. *A socialização da arte: teoria e prática na América Latina*. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 1984.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. [S.I.], v. 9, n. 16, Botucatu/SP: UNESP, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. [S.I.], v. 10, n. 4, p. 975-986, jul. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA Alcindo Antônio. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Observatório dos Técnicos em Saúde (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

COSTA, Ana Maria; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Saúde é assunto para as mulheres: controle social, uma questão de cidadania. *Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*. Brasília: Hamburg, 2000.

CREMONESE, Cleber; FREIRE, Carmen; MEYER, Armando and KOIFMAN, Sergio. Exposição a agrotóxicos e eventos adversos na gravidez no Sul do Brasil, 1996-2000. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, vol.28, n.7, p. 1263-1272, 2012. ISSN 0102-311X.

DANTAS, V. L. de A. “Dialogismo e Arte na Gestão em Saúde: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza/CE”. 2009. (Tese de Doutorado em Educação) Faculdade de Educação. Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2009.

DARON, Vanderléia. Laodete Pulga. “A dimensão educativa da estratégia socialista em Gramsci” Monografia. (Graduação em Filosofia)- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo/RS, 2000.

_____; PALUDO, Conceição. Gênero, classe e projeto popular: compreender mais para lutar melhor. Passo Fundo: Battistel, 2001.

_____. “Educação, cultura popular e saúde: experiências de mulheres trabalhadoras rurais”. Passo Fundo/RS: Universidade de Passo Fundo (UPF), 2003. Dissertação de mestrado.

_____; CONTE, Isaura Isabel; MARTINS, Mariane Denise; Movimento de Mulheres Camponesas: na luta a constituição de uma identidade feminista, popular e camponesa. In: PALUDO, Conceição (org.) *Mulheres, luta e resistência: em defesa da vida*. São Leopoldo: Cebi, 2009. p 86-132.

_____; ROSA, Lisiane Gonçalves da. Mística do Movimento de Mulheres Camponesas: Município de Três Cachoeiras-RS. In: PALUDO, Conceição; THIES, Vanderlei Franck. (Org.). *Desenvolvimento do Campo em Construção: Experiências em Assentamentos e Comunidades Camponesas*. São Leopoldo RS: CEBI, 2010. p. 61-81.

DUNCAN MS, TARGA LV. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade (RBMFC)*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), nº 9, v. 32, 2014, p. 233-234. Disponível no site: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)1004](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)1004)

DUSSEL, Enrique. *Filosofia da libertação na América Latina*. Trad. Luiz João Gaio. São Paulo: Loyola, s.d. /a.

_____. *Para uma ética da libertação latino-americana: acesso ao ponto de partida da ética*. São Paulo: Loyola, s. d /b.

_____. *Ética da libertação na idade da globalização e da exclusão*. Tradução: Ephraim, F. Jaime. Petrópolis: Vozes, 2000.

FERLA, Alcindo Antônio. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: EDUCS, 2007. v. 1. 357 p.

____ et alii. *Pesquisando no cotidiano do trabalho na saúde: aspectos metodológicos e de formatação para elaboração de projetos de informação científica e tecnológica em saúde*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2008.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

_____. *Reflexão crítica sobre as virtudes da educadora ou do educador*. Buenos Aires, 1966.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. *À sombra desta mangueira*. São Paulo: Olho d'Água, 1995.

_____. *Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: UNESP, 2000.

FIOCRUZ. *Educação Popular em Saúde*. Rio de Janeiro, n.21, nov./dez, 2001.

GEBARA, Ivone. *Poder e não-poder das mulheres*. São Paulo: Paulinas, 1991.

GRAMSCI, Antônio. *Cartas do cárcere*. 3. ed. Tradução de Noêmio Spínola. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

_____. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

_____. *Concepção dialética da história*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

GOUVEIA, Taciana M.V. Retornar no Passo adiante: breve história da construção de uma metodologia. In: *Gênero e desenvolvimento institucional*. GOUVEIA, Taciana; SILVA, Carmem; LARANJEIRA, Márcia. Recife: SOS Corpo-Instituto Feminista para a Democracia, 2007.

_____. Inclusão social em contextos globais e locais: uma construção teórica e estratégica. In: AMARAL, Júnior Aécio; BURITY, Joanildo de A. (Org.) *Inclusão social, identidade e diferença: perspectivas pós-estruturalistas de análise social*. São Paulo: Annablume, 2006.

_____. *Muito trabalho e nenhum poder marcam as vidas das agricultoras*. Rio de Janeiro: Observatório da Cidadania. Relatório, 2003.

_____. *Repensando alguns conceitos: sujeito, representação social e identidade coletiva*. Recife: PIMES/UFPE, 1993.

GOHN, M. da G. *Movimentos sociais no início do Século XXI: Antigos e novos atores*. Petrópolis: Vozes, 2003.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: Cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUTIERREZ, P. R. & OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A. & CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina/PR: UEL, 2001.

HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Organização e tradução. TOMAZ, Tadeu. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

HURTADO, Carlos Nuñez. *Educar para transformar, transformar para educar: comunicação e educação popular*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1992.

_____. A educação popular: conceito que se define na práxis. In: *Educar para transformar, transformar para educar: comunicação e educação popular*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992. p. 43-56.

JARA, Oscar. *Para Sistematizar Experiencias: una propuesta teórica y práctica*. Lima, Trea. 1984. p. 188.

HOLLIDAY, O. J. *Para sistematizar experiências*. tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. – Brasília/DF: MMA, 2006. 128 p.

LIMA, Ray. Nós profissionais dos vínculos, trabalhadores da vida. In: *De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz: Roteiros para refletir brincando: outras razões possíveis na produção de conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013, p. 55-177.

LINHARES, A. M. B. *O tortuoso e doce caminho da sensibilidade: um estudo sobre a arte e educação*. 2. ed. Ijuí/RS: Unijuí, 2003.

_____. Reflexões sobre a dimensão estética: esse lugar de passeio das danças do signo. In: OLINDA, E. M. B. (Org.). *Formação humana: liberdade e historicidade*. Fortaleza: UFC, 2004, p. 53-69.

_____. *Itinerários para uma reflexão sobre saúde no contexto da educação popular*. Fortaleza, 2007. 14 p. Mimeografado.

LORENZONI, Carmen. *Chega de Violência contra a mulher: rompendo o silêncio em defesa da vida*. 2 ed. Passo Fundo: Battistel, 2008.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - Anos 80. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, 1991, p. 77-96.

MACIEL, Elizabeth Nunes. *Gênero, trabalho e família: a construção de espaços femininos na periferia urbana*. Passo Fundo/RS: UPF, 2001.

MMC/RS. *Plantando Saúde pelos caminhos do RS*. Passo Fundo/RS: Battistel, 2010.

MMC. *Relatório do I Encontro Nacional do Movimento de Mulheres Camponesas*. Passo Fundo/RS: Passografic. 2014.

MARANHÃO, T., BONETTI, O. P., DARON, V. L. P., TORRES, O. M. Espaços de Saúde e Cultura: experiência do Fórum Social Mundial à Tendas de Educação Popular em Saúde. In *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu/SP: UNESP, 2014; 18, Supl. 2, p.1175-1186.

MARCON, Telmo. Cultura Popular e desafios Pedagógicos. In: RAYS. Osvaldo Alonso. (org.). *Trabalho Pedagógico: Realidades e perspectivas*. Porto Alegre: Editora Sulina, 1999. p. 255-266.

MARX, Karl. *Contribución a la economia política*. Trad. Jorge Tula (org.). 2. ed. México: Siglo Veintiuno, 1986.

_____. *Manuscritos econômico-filosóficos*. Trad. Artur Mourão. Lisboa: Edições 70, 1975.

MARX, Karl. Cap. XII. A maquinaria e a indústria moderna. 10. Indústria moderna e agricultura. O Capital. *Crítica da Economia Política*. V. 1, livro 1. O processo de produção do capital. 8. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982, p. 576 - 579.

MELO, Hildete Pereira de. A invisibilidade do trabalho feminino. In: CHOINACKI, Luci. *Aposentadoria: direito de dona de casa*. 2. ed. Brasília/DF: Câmara dos deputados, 2002. p. 7-11.

MELUCCI, A. A experiência individual na sociedade planetária. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 38, 1996.

MENDES, Maurício Ferreira; NEVES, Sandra Mara Alves da Silva; NEVES, Ronaldo José and SILVA, Tânia Paula da. A organização das mulheres extrativistas na região Sudoeste mato-grossense, Brasil. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis/SC: Centro de Filosofia e Ciências Humanas e Centro de Comunicação e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina. [online]. vol. 22, n.1, p. 71-89, 2014. ISSN 0104-026X.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, [S.I.]. Botucatu/SP: UNESP, p. 109-116, 2000.

_____. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MÉSZÁROS, István. *Para além do capital*. São Paulo: Editora Boitempo, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MURARO, Rose Marie. *Sexualidade da mulher brasileira – Corpo e classe social no Brasil*. 4. ed. Petrópolis, 1983.

_____; PUPPIN, Andréa. Brandão. *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Faperj, 2001.

_____. *Um mundo novo em gestação*. Campinas/SP: Versus, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezarina Fantini; BÓGUS Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP. [S.I.], v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

OLIVEIRA, P. T. R. *Desigualdade regional e o território da saúde na Amazônia*. Belém/PA: EDUFPA, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa Qualidade, 2000.

PALUDO, Conceição. *Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático e popular*. Porto Alegre: Camp; Tomo I, 2001.

_____. *Mulheres, resistência e luta: em defesa da vida*. São Leopoldo: CEBI, 2009.

_____; THIES, Vanderlei Frank. *Desenvolvimento Rural*. Ronda Alta: FUNDEP, 2008.

PEDROSA, J. I. *Perspectiva Popular na Gestão em Saúde: possibilidades de transgressão ao instituído*. Brasília/DF, 2009. 05 p. Mimeografado.

_____. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. *Revista APS*. Juiz de Fora/MG: Universidade Federal de Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 303-313, jul./set. 2008.

_____. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ. [online]. 2011, vol.27, n.11, pp. 2080-2082. ISSN 0102-311X.

PEREIRA, Nancy Cardoso; JAHN, Elisiane de Fátima. Todas as vidas... Todas as vias camponesas! In PALUDO, Conceição. *Mulheres, resistência e luta: em defesa da vida*. São Leopoldo: CEBI, 2009, p. 16-85.

PESSÔA, Luisa Regina. “Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos na Rede SUS”. Rio de Janeiro: ENSP, 2005. 195 p. Tese de doutorado.

PETRAS, James. *Neoliberalismo: América Latina, Estados Unidos e Europa*. Trad. Ana Maria Ruediger Naumann. Blumenau/SC: Ed. Furb, 1999.

PIGNATI, Wanderlei Antonio; MACHADO, Jorge M. H. MACHADO; CABRAL, James F. Acidente rural ampliado: o caso das “chuvas” de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde - MT. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 12, n. 1, p. 105-114, 2007.

_____. “Os riscos, agravos e vigilância em saúde no espaço de desenvolvimento do agronegócio no Mato Grosso” (Tese de doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, 2007.

PLOEG, J. D. V. *Camponeses e impérios alimentares: lutas por autonomia e sustentabilidade na era da globalização*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.

PULGA, Vanderléia Laodete. Contribuições do Movimento de Mulheres Camponesas para a Formação em Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. [online]. 2013, vol.11, n.3, pp. 573-590. ISSN 1.981-7.746.

REVISTA FOB. Porto Alegre/RS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, V.9, n.1/2, p77-85, jan./jun. 2001.

RIBEIRO, Marlene. *Movimentos sociais e educação: uma relação necessária*. *Espaço Pedagógico*. Passo Fundo/RS: UPF, v. 11, n. 1, p. 35-61, 2004.

_____. Pedagogia da Alternância na educação rural/do campo: projetos em disputa. *Educação e Pesquisa* (USP. Impresso), v. 34, p. 27-47, 2008.

_____. Política educacional para populações camponesas: da aparência à essência. *Revista Brasileira de Educação*. v. 18, nº54. Rio de Janeiro: ANPEd; Campinas: Autores Associados, p. 669-691, jul./set., 2013.

_____. Educação Popular: um projeto coletivo dos movimentos sociais populares. *Perspectiva*, Florianópolis/SC, v. 26, n. 1, 41-67, jan./jun. 2008. <http://www.perspectiva.ufsc.br>

RIGOTTO, Raquel Maria. Os conflitos entre o agronegócio e os direitos das populações: o papel do campo científico. Conferência. *Revista Pegada*. Presidente Prudente/SP: Centro de Estudos de Geografia do Trabalho da UNESP, v. 12, nº 1, p. 123-140, junho de 2011.

_____. *Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidades, resistência no contexto da modernização agrícola no Baixo Jaguaribe/CE*. Fortaleza/CE: Edições UFC/Expressão Popular, 2011b, 612 p.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. “O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS”. Campinas/SP: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2000. Tese de doutorado em Saúde Pública.

SADER, Emir. *A nova toupeira: os caminhos da esquerda latino-americana*. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____.; GENTILI, Pablo. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

SAFIOTTI, Heleieth I. B.; ALMEIDA, Suely Souza de. *Violência de gênero: lugar da práxis na construção da subjetividade*. São Paulo: Neils. PUC-SP, 1997.

_____. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTORUM, Kátia Maria Teixeira. “Pelos fendas do trabalho vivo: textos, contextos e atos na atividade de vigilância em saúde do trabalhador”. 2006. p. 170. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2006. Tese de doutorado.

SANTOS, Boaventura de Souza. A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. *Educação, Sociedade & Culturas*. Porto/PT: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. n. 23, p. 137-202, 2005a. Disponível em: <<http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC23/23>>.

_____. *O Fórum Social Mundial: manual de uso*. São Paulo: Cortez, 2005b.

_____. *O futuro do Fórum Social Mundial: o trabalho da tradução*. Compilação do Observatório Social de América Latina. [S.l.]: OSAL, Sept./Dic. 2004. (En Publicación: Observatorio Social de América Latina, n. 15).

_____. *A crítica da razão indolente contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000 a.

_____. *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. São Paulo: Cortez, 2000b.

_____. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2000c.

_____. *Um discurso sobre as ciências*. 10. ed. Porto: Afrontamento, 1998.

_____. Uma cartografia simbólica das representações sociais: o caso do Direito. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Coimbra/PT: Centro de Estudos Sociais – Laboratório Associado da Universidade de Coimbra, v. 24, p. 139-172, 1988.

SANTOS, Milton. *Território globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. *Território e sociedade: entrevista com Milton Santos*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SANTOS, Milton et alii. *Território, territórios: ensaios sobre ordenamento territorial*. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2011.

SANTOS, Milton; Silveira Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. São Paulo: Editora Record; 2012.

SILVA, José de Souza. Resenha. *Agroecologia: princípios e reflexões conceituais*. Brasília/DF: Embrapa, 2013. 245 p. (Coleção Agroecológica, n. 1). *Cadernos de Ciência e Tecnologia*. Brasília/DF: Embrapa, v. 31, nº 1, p. 163-168, jan./abr., 2014.

SOUZA, Maria Ivonete de. “Do desbravar ao cuidar: interdependências trabalho-educação no/do campo e a Amazônia Mato-Grossense”. Porto Alegre: PPGEDU/UFRGS, 2014. Tese de doutorado. 259 p.

SILVÉRIO, Maria Regina; PATRÍCIO, Zuleica Maria. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em

educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO. [S.I.], v.12, n. 1, p. 239-246, 2007.

SOUZA, E. R. *Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública*.1994. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. nº 10, pp. 45-60. Suplemento 1.

STOTZ, Eduardo Navarro; VALLA, Victor Vincent. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

_____; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BOLDSNTEIN, Vera Joana. Educação Popular em Saúde. In: MARTINS, Carla Macedo (Org.) *Educação & Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

_____. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V. e Stotz, Eduardo. N. (org). *Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará,1993, 11-22.

_____. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: ROCHA, C. M. F. et alii. (Orgs.) *VER-SUS*. Brasil, 1: 284-299, 2004.

VALLA, Victor Vincent. *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

_____. Procurando compreender a fala das classes populares. In: VALLA, Victor (org) *Saúde e Educação*. Coleção O Sentido da Escola. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

_____. *Classes populares no Brasil: exercícios de compreensão*. (org) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. ; CRUZ, P. J. S. C. *Educação Popular na Formação Universitária: reflexões com base em uma experiência*. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2011.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência IV: os jovens do Brasil*. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça/SEDH; 2004.