



SUELI APARECIDA RODRIGUES DA SILVA

Políticas de saúde no Brasil e o Setor de Saúde do MST: um estudo de caso no Assentamento

Olga Benário – MG

São Paulo – SP

2024

SUELI APARECIDA RODRIGUES DA SILVA

Políticas de saúde no Brasil e o Setor de Saúde do MST: um estudo de caso no Assentamento

Olga Benário – MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe (TerritoriAL), do Instituto de Políticas Públicas e Relações Internacionais (IPPRI) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), como exigência para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe (área de Geografia), na área de concentração “Desenvolvimento territorial”, na linha de pesquisa “Soberania Alimentar, Meio Ambiente e Saúde”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Jesus Almeida

Coorientador: Prof. Dr. João Osvaldo Rodrigues Nunes

São Paulo – SP

2024

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Instituto de Políticas Públicas e Relações Internacionais – Biblioteca
Graziela Helena Jackyman de Oliveira – CRB 8/8635

Silva, Sueli Aparecida Rodrigues da.

S586 Políticas de saúde no Brasil e o Setor de Saúde do MST : um estudo de caso no Assentamento Olga Benário – MG / Sueli Aparecida Rodrigues da Silva. – São Paulo, 2024.
143 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Ana Lúcia de Jesus Almeida.

Coorientador: João Osvaldo Rodrigues Nunes.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Instituto de Políticas Públicas e Relações Internacionais, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe, São Paulo, 2024.

1. Desenvolvimento rural – Brasil. 2. Política de saúde – Brasil. 3. Serviços de saúde na zona rural – Brasil. 4. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. 5. Assentamento Olga Benário. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 362.10981

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

Do ponto de vista social, esta pesquisa é relevante porque através de seus resultados será possível, em meio à inúmeras reflexões já existentes, contribuir com novas reflexões que nos permitirão entender um pouco mais a realidade entre o que está idealizado pelo sistema de saúde e o que realmente acontece na prática social e na vida da população do campo, da floresta e das águas.

POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

From a social point of view, this research is relevant because through its results it will be possible, amid countless existing reflections, to contribute with new reflections that will allow us to understand a little more the reality between what is idealized by the health system and the that really happens in social practice and in the lives of the population of the countryside, the forest and the waters.

IMPACTO POTENCIAL DE ESTA INVESTIGACIÓN

Desde el punto de vista social, esta investigación es relevante porque a través de sus resultados será posible, en medio de innumerables reflexiones existentes, aportar nuevas reflexiones que permitan comprender un poco más la realidad entre lo idealizado por el sistema de salud y lo que realmente sucede en la práctica social y en la vida de la población del campo, del bosque y de las aguas.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE SUELI APARECIDA RODRIGUES DA SILVA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL NA AMÉRICA LATINA E CARIBE, DO INSTITUTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E RELAÇÕES INTERNACIONAIS - UNIDADE COMPLEMENTAR - SÃO PAULO.

Aos 11 dias do mês de outubro do ano de 2024, às 14:30 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de SUELI APARECIDA RODRIGUES DA SILVA, intitulada **Políticas de Saúde no Brasil e o Setor de Saúde do MST: um Estudo de Caso no Assentamento Olga Benário - MG.** A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. ANA LÚCIA DE JESUS ALMEIDA (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Departamento de Fisioterapia / Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente, Prof. Dr. RAUL BORGES GUIMARÃES (Participação Virtual) do(a) Departamento de Geografia / Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente - FCT/Unesp, Prof. Dr. ANDRÉ LUIZ DUTRA FENNER (Participação Virtual) do(a) . / Fiocruz Brasília . Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. ANA LÚCIA DE JESUS ALMEIDA

 Assinatura autografada digitalmente
ANA LUCIA DE JESUS ALMEIDA
Data: 11/10/2024 15:27:04-0000
mottpass=070502c7a6d0d30.gouv.br

Dedico este trabalho às mulheres do Movimento dos Trabalhadores sem Terra pela luta constante para promover ações de cuidado em saúde para si próprias, para suas famílias e para a população dos assentamentos e acampamentos.

AGRADECIMENTOS

Acima de qualquer outro pensamento, ao Deus que acredito, constituído de puro amor e bondade. Que respeita incondicionalmente as pessoas e seus modos de vida. Que não despreza a fé e a forma de cada povo ‘Lhe’ adorar, porém tem aversão à falta de amor e à opressão das pessoas sob o pretexto da religiosidade. Despreza as ações de destruição e a intolerância de todas as formas de um ser humano por outro ser humano, principalmente em nome Dele. Para Ele há dois tipos de pessoas, as boas e as más, somente isso e nada mais as diferem!

Agradeço a mim mesma, aprendi com uma amiga que precisamos agradecer a nós mesmas. Não foi fácil chegar até aqui, mesmo já tendo a experiência de outro mestrado, foram caminhos muito diferentes. Este último foi ainda mais árduo, não foi fácil nenhuma etapa de um processo tão excludente e ao mesmo tempo tão inclusivo. Excludente porque vivi situações que me fizeram pensar em desistir, desde a incompatibilidade com outros modos de pensar até a difícil conquista de um espaço para a pesquisa. Inclusivo porque aprendi a ver ainda mais a realidade do povo brasileiro, que tanto respeito, por sua luta por justiça social, cuja justiça partirei deste tempo sem vê-la acontecer. A pós-graduação tem menos glamour que se imagina, como disse minha amiga, mas também não nos define enquanto gente, apesar de tantos acharem que podem ser vaidosos ao ponto de sentirem-se superiores aos demais. Cada um deve saber seu valor, não esperar que este reconhecimento venha de alguém, pois cabe a nós mesmos mais esse trabalho, reconhecer sem dor pelo mal posicionamento dos demais. Enfrentamos todos os dias a caminhada e estas pessoas passam por nós. Cabe-nos dar abrigo no coração para aquelas que nos acrescenta coisas boas. Das outras, cabe-nos tirar as lições que serão importantes para doer menos com as próximas lutas que enfrentaremos pela vida.

À Escola Nacional Florestan Fernandes, sinônimo de uma Escola Viva e que o Brasil deveria adotar para transformar a educação deste país. Fiquei apaixonada por aquele espaço. Já é amor. Escola que tem cheiro de luta, de conquista, cheiro de saber, um néctar para aqueles que amam a educação.

A tantos companheiros e companheiras desta pós-graduação, em especial, ao Lucas, um jovem muito especial, pelo apoio interno e externo à ENFF. À Anna, sua liberdade me amparou nas etapas presenciais para lidar com a incapacidade das pessoas que não sabem aceitar as diferenças. À Isabella, uma flor de delicadeza, me apoiou nas etapas internas. Ao Joaquim, por sua prontidão, sensatez e disponibilidade. À Eliene, “bruta flor do querer”, que nos mostra a

força da mulher em resistir ao processo rígido da valorização da mulher brasileira. Estas pessoas maravilhosas nos ajudam a reafirmar o desejo dos encontros pela vida.

A todos os professores, da educação básica à pós-graduação, pelas infinitas contribuições que me incentivaram a seguir enquanto “pernas” eu tiver para essa caminhada. Em especial: Cyntia Ienacco, Marcelo Romero, José Raimundo (graduação-Unipac); Andréa M. Silveira e Elza M. de Melo (In memorian) – (mestrado-UFMG).

Ao professor Dr. Ricardo Tavares (Depto. de Estatística/UFOP/MG), docente no mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência – (PSPV/UFMG), que se tornou um grande amigo, acompanhou-me voluntariamente dando todo o suporte estatístico necessário para esta dissertação.

Ao mais recente amigo, João Victor Pavoni, geógrafo, que me apoiou na construção dos mapas da dissertação, indo além com suporte voluntário em tantas indagações feitas a ele.

À minha orientadora professora Dr^a Ana Lúcia de Jesus Almeida, pelo seu empenho e generosidade em me acompanhar diante de tantas turbulências vividas nesse caminho. Sua confiança e persistência foram imprescindíveis para superá-las.

Ao meu coorientador, professor Dr. João Oswaldo, pela contribuição e confiança.

Ao meu amado Cláudio Francisco, pois sem ele transpassar as barreiras diárias da vida teria sido bem mais difícil, pois tem sido a pessoa mais importante em quase duas décadas em apoio à minha busca por conhecimento acadêmico e crescimento profissional.

À minha mãe (In memorian), que partiu dias antes desta conquista, ela não compreendia a minha paixão em estudar, apesar de admirar. Aos meus filhos amados, netos, nora e genro, pelo carinho e vibração positiva pelas minhas conquistas.

À Alessandra, “Leka do MST”, como é conhecida pela militância do MST, pelo apoio e a disponibilidade.

Por fim, ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, patrimônio imaterial do país - que proporcionou-me ampliar meu conceito de solidariedade entre os seres humanos e resgatou em mim o desejo de plantar. Isso mesmo, ainda que seja uma “plantação de bolso”, dentro do meu quintal e para me conectar com a natureza.

Lá no fundo somos terra
e pra ela voltaremos
Nós temos direito a ela
e por terra lutaremos
A nossa história
Hoje vamos festejar
Cantando nossa memória
Pro futuro semear
A caminhada
Dessa luta quase guerra
Nosso sonho pela terra
Na cultura popular
Na primeira alvorada
de luta à procura
de terra boa
eu vi lona preta virando barraco
mutirão de pessoas
o trabalho pulsando
na terra plantando
pra ter a colheita
serenata na noite
em volta do fogo
e a lua clareia

Grita Dona Iaiá

O QUE?

Vamos pro mutirão

PLANTAR

Misturando sementes

PRA QUE?

Pra diversificar

É o trabalho com a terra

VEM VER

com sabedoria

O QUÊ?

com os bichos e as plantas

na melhor sintonia (2x)

E faz a marcha
mobiliza a ocupação
organiza a produção
semeia a agroecologia
fazendo história
desde quando era menino
Encruzilhada Natalino
Deu destino à rebeldia
TERRA PRA QUEM NELA TRABALHA
Agroecologia resiste ao seu ódio
seu veneno é tão cruel quanto seus negócios
chuvas e enxurradas
desastres que eles causam
ebulição global
todo globo eles arrasam
A diversidade é o ponto que nos separa
Vocês são monocultura
somos floresta fechada
vocês são veneno

e mata derrubada
somos germinação
cultura diversificada
Comida de verdade
terra, pão e arte
vocês plantam mentira
nós comida de verdade
Esse é o nosso debate
denúncia e reação
somos a mesa farta
vocês fome e exploração
Nossa força tudo, seu projeto nada
nós somos crioulas
vocês são modificadas
seu projeto nada, nossa força tudo
nós somos as mudas
nossa luta é o adubo
E faz a marcha
mobiliza a ocupação
organiza a produção
semeia a agroecologia
fazendo história
desde quando era menino
Encruzilhada Natalino
Deu destino à rebeldia

(Composição Coletiva do I Encontro Nacional de Música do MST, **Fazendo História**, 2024, grifos nosso).

RESUMO

Este trabalho propôs dissertar sobre as políticas de saúde no Brasil e o Setor de Saúde do MST a partir do estudo de caso em um assentamento da reforma agrária, organizado pelo MST, em Minas Gerais. Para tanto, sistematizamos materiais produzidos pelo MST, por instituições de ensino e pesquisa, documentos oficiais sobre as políticas de saúde do país e livros de autores referências em políticas de saúde e em pesquisa sobre o Campo. Exigiu discorrer sobre a formação e a trajetória da política de saúde no país até os dias atuais, além de discorrer sobre a construção, organização, trajetória e a importância do MST, apoiados nos primeiros materiais produzidos pelo Setor de Saúde do movimento. Objetivos: apresentar um panorama de como se deu a construção do SUS e como se relaciona com as populações do campo, desenvolvido no Capítulo 3; analisar a trajetória do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, demonstrando a construção do Setor de Saúde, no Capítulo 4, identificar o conhecimento dos assentados sobre o SUS e sobre o controle social, constituído no Capítulo 5. Metodologia: Construção de um estudo de caso a partir das entrevistas com os trabalhadores/as, militantes do MST do Assentamento Olga Benário, localizado em Visconde do Rio Branco, MG; entrevistas realizadas com dirigentes do Setor de Saúde do movimento, em nível estadual e nacional, além de entrevista com representante da gestão de saúde do município. Foi utilizado um roteiro semiestruturado cujos dados quanti/qualitativos estão apresentados no último capítulo em formato de texto, tabelas e gráficos. A análise dos resultados obtidos responde às hipóteses primária e secundária, apresentadas no quadro sobre o projeto da pesquisa e as estratégias da metodologia. O estudo de caso, além do embasamento dos dados ‘quanti/quali’ foi norteado por dois elementos importantes dentre as categorias da geografia, sociedade e natureza, numa perspectiva anticolonialista e dialética dentro do método materialismo histórico. Os resultados obtidos neste trabalho expressam o (des) conhecimento sobre as referidas políticas de saúde e reforçam as implicações deste (des) conhecimento na vida cotidiana e no cuidado em saúde, ampliado pela ausência de articulação com a gestão em saúde e com o Conselho Municipal de Saúde – CMS - para fazer o controle social. O atendimento à saúde da população do campo ainda está construído sobre a “queixa”, sendo a intervenção biomédica e curativa, descaracterizando as ações de promoção e prevenção como parte da integralidade designada em todas as políticas de saúde, elencadas na referida bibliografia.

Palavras-chave: políticas de saúde; saúde no campo; promoção de saúde; SUS; MST; controle social.

ABSTRACT

This work proposed to discuss Health Policies in Brazil and the MST Health Sector based on a Case Study in an agrarian reform settlement, organized by the MST, in Minas Gerais. To this end, we systematized materials produced by the MST, by teaching and research institutions, official documents on the country's health policies and books by reference authors on health policies and research on the countryside. It required discussing the formation and trajectory of health policy in the country to the present day, in addition to discussing the construction, organization, trajectory and importance of the MST, supported by the first materials produced by the movement's Health Sector. Objectives: to present an overview of how the SUS was built and how it relates to rural populations, developed in Chapter 3; analyze the trajectory of the Health Sector of the Landless Rural Workers Movement, demonstrating the construction of the Health Sector, in Chapter 4, identify the settlers' knowledge about the SUS and social control, constituted in Chapter 5. Methodology: Construction of a Case Study based on interviews with workers, MST activists from the Olga Benário Settlement, located in Visconde do Rio Branco, MG; interviews carried out with leaders of the movement's health sector, at state and national level, in addition to an interview with a representative of the municipality's health management. A semi-structured script was used whose quantitative/qualitative data are presented in the last chapter in text, tables and graphs format. The analysis of the results obtained responds to the primary and secondary hypotheses, presented in the table on the research project and methodology strategies. The Case Study, in addition to the basis of 'quanti/quali' data, was guided by two important elements among the categories of geography, society and nature, from an anti-capitalist and dialectical perspective within the historical materialism method. The results obtained in this work express the (lack of) knowledge about the aforementioned health policies and reinforce the implications of this (lack of) knowledge in everyday life and health care, amplified by the lack of articulation with health management and the Municipal Council of Health - CMS - to carry out social control. Health care for the rural population is still built on the "complaint", with biomedical and curative intervention, mischaracterizing promotion and prevention actions as part of the comprehensiveness designated in all health policies, listed in the aforementioned bibliography.

Keywords: health policies; health in the countryside; health promotion; SUS; MST; social control.

RESUMEN

Este trabajo propuso discutir las Políticas de Salud en Brasil y el Sector Salud del MST a partir de un estudio de caso en un acuerdo de reforma agraria, organizado por el MST, en Minas Gerais. Para ello, sistematizamos materiales producidos por el MST, por instituciones de enseñanza y de investigación, documentos oficiales sobre las políticas de salud del país y libros de autores de referencia sobre políticas de salud e investigaciones en el campo. Requirió discutir la formación y trayectoria de la política de salud en el país hasta la actualidad, además de discutir la construcción, organización, trayectoria e importancia del MST, apoyado en los primeros materiales producidos por el Sector Salud del movimiento. Objetivos: presentar una visión general de cómo se construyó el SUS y cómo se relaciona con las poblaciones rurales, desarrollado en el Capítulo 3; analizar la trayectoria del Sector Salud del Movimiento de Trabajadores Rurales Sin Tierra, demostrando la construcción del Sector Salud, en el Capítulo 4, identificar los conocimientos de los colonos sobre el SUS y el control social, constituido en el Capítulo 5. Metodología: Construcción de un Estudio de Caso a partir de entrevistas con trabajadores, militantes del MST del Asentamiento Olga Benário, ubicado en Visconde do Rio Branco, MG; entrevistas realizadas a dirigentes del sector salud del movimiento, a nivel estatal y nacional, además de una entrevista a un representante de la dirección de salud del municipio. Se utilizó un guión semiestructurado cuyos datos cuantitativos/cualitativos se presentan en el último capítulo en formato de texto, tablas y gráficos. El análisis de los resultados obtenidos responde a las hipótesis primarias y secundarias, presentadas en la tabla sobre el proyecto de investigación y estrategias metodológicas. El Estudio de Caso, además de basarse en datos ‘*quanti/quali*’, se guió por dos elementos importantes entre las categorías de geografía, sociedad y naturaleza, desde una perspectiva anticapitalista y dialéctica dentro del método del materialismo histórico. Los resultados obtenidos en este trabajo expresan el (des) conocimiento sobre las políticas de salud antes mencionadas y refuerzan las implicaciones de ese (des) conocimiento en la vida cotidiana y la atención a la salud, amplificado por la falta de articulación con la gestión de salud y el Consejo Municipal de Salud – CMS - para realizar control social. La atención en salud a la población rural se sigue construyendo sobre la “queja”, con intervención biomédica y curativa, desvirtuando las acciones de promoción y prevención como parte de la integralidad designada en toda política de salud, enumeradas en la bibliografía citada.

Palabras clave: políticas de salud; salud en el campo; promoción de la salud; SUS; MST; controles sociales.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	O projeto de pesquisa	26
Quadro 2 -	Elaboração da pesquisa e estratégias da metodoliga.....	28
Quadro 3 -	Variáveis - Indicadores de conhecimento e de Envolvimento.....	29
Figura 1 -	Evolução da história da saúde no Brasil.....	36
Figura 2 -	A Práxis da Integralidade.....	48
Figura 3 -	Caderno de Saúde número 1 – Lutar por saúde é lutar pela vida	65
Figura 4 -	Caderno de Saúde número 2 – Programa Terra e Saúde	69
Figura 5 -	Caderno de Saúde número 3 - DST – Conhecer para evitar.....	75
Figura 6 -	Caderno de Saúde número 4 – Cultivo de plantas medicinais.....	78
Figura 7 -	Caderno de Saúde número 5- Construindo o conceito de saúde do MST.....	80
Figura 8 -	Mapa-localização do município de Visconde do Rio Branco, 2024.....	92
Figura 9 -	Mapa referente aos equipamentos de saúde em Visconde do Rio Branco/MG.....	95
Figura 10 -	Mapa referente à distância entre o Assentamento Olga Benário e o centro de apoio rural em saúde.....	96
Figura 11 -	Mapa dos municípios referência para serviços especializados em saúde para VRB/MG.....	98
Quadro 4 -	Visitas e entrevistas realizadas.....	102
Figura 12 -	Indicador de Conhecimento (IC) por Gênero.....	120
Figura 13 -	Indicador de Envolvimento (IE) por Gênero.....	121
Figura 14 -	Indicador de Conhecimento (IC) por Representatividade.....	122
Figura 15 -	Indicador de Envolvimento (IE) por Representatividade.....	123
Figura 16 -	Indicador de relação entre o Índice de Conhecimento (IC) x Índice de Envolvimento (IE).....	124

LISTA DE TABELAS

Distribuição univariada e bivariada do conhecimento sobre a Política Tabela 1 - Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta segundo a caracterização dos/as entrevistados/as.....	106
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNDH	Conselho Nacional dos Direitos Humanos.
CLS	Comissão Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CCMS	Centro Cultural do Ministério da Saúde
CPT	Comissão Pastoral da Terra
CONASEMS	Conselho Nacional De Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional De Secretarias de Saúde
COSEMS	Colegiado De Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DN-MST	Diretório Nacional do Movimento dos trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra
ENFF	Escola Nacional Florestan Fernandes
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNT	Frente Nacional dos Trabalhadores
Fiocruz	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MST	Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra
NGPO-MST	Normas Gerais e Princípios Organizativos do MST
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização Das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização do SUS
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAP	Reforma Agrária Popular
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
VRB	Visconde do Rio Branco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	METODOLOGIA: O CAMINHO DA PESQUISA.....	20
3	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL – UM PANORAMA GERAL	30
3.1	A Saúde no Brasil após tentativa de um novo golpe em 2016 – a concretização de uma Política de Saúde para a população do campo ficou estagnada	38
3.2	A Política Nacional de Promoção de Saúde – a hegemonia das atividades assistenciais em detrimento das ações preventivas de saúde.....	45
3.3	O espaço de controle social - um território a ser ocupado também pela população do campo.....	58
4	ANÁLISE SOBRE A CONSTRUÇÃO DO SETOR DE SAÚDE DO MST A PARTIR DOS PRIMEIROS CADERNOS PRODUZIDOS SOBRE SAÚDE	61
4.1	A trajetória do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – o MST	62
4.2	O Caderno de Saúde nº 1: Lutar por saúde é lutar pela vida.....	65
4.3	O Caderno de Saúde nº 2: Programa Terra e Saúde.....	68
4.4	O Caderno de Saúde nº 3: DST – Conhecer para evitar	73
4.5	O Caderno de Saúde nº 4: O cultivo de plantas medicinais.....	77
4.6	O Caderno de Saúde nº 5: Construindo o conceito de saúde do MST	80
4.7	A mulher no Setor de Saúde do MST – uma construção histórica do papel.....	84
5	A PESQUISA DE CAMPO – A BUSCA PARA COMPREENDER E IDENTIFICAR O CONHECIMENTO DOS ASSENTADOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL	90
5.1	O primeiro cenário da pesquisa – o município e as contribuições da Gestão em Saúde.....	91
5.2	O segundo cenário da pesquisa – o Assentamento Olga Benário.....	99
5.3	Os resultados e a análise da pesquisa à luz dos dados ‘quanti/quali’ – tentativa conjugada de conquistar novos olhares para o SUS e para o campo	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS	132
	APÊNDICE A	141
	APÊNDICE B.....	142
	APÊNDICE C	143

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho se apresenta como exigência para a conquista do título de mestra na pós-graduação em Desenvolvimento Territorial da América Latina e Caribe - “TerritoriAL”, na área do conhecimento da Geografia. Para cumprir esta exigência e trabalhar de acordo com a linha de pesquisa “Soberania Alimentar, Meio Ambiente e Saúde”, elegemos a temática saúde a partir da perspectiva dos trabalhadores e trabalhadoras do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST, cujo título denominado “Políticas de Saúde no Brasil e o Setor de Saúde do MST: um estudo de caso no Assentamento Olga Benário – MG” traz significância para a pesquisadora dentro do contexto familiar de luta pelo trabalho e pela sobrevivência, em que os antepassados viveram a precariedade imposta ao homem do campo deixando resquícios indelévels dessa pobreza e precarização para toda a família, cujo acesso às políticas públicas, principalmente a de saúde, foi motivo de luta e resistência.

A relevância deste trabalho também está localizada para além da relação entre o motivo e o objetivo da atividade que é a reflexão sobre a saúde da população do campo, usuária do sistema de saúde brasileiro, o SUS, mas também na perspectiva da saúde como valor primordial ao ser humano, cujo sujeito, com saúde, poderá lutar para concretizar sonhos, trabalho, educação, projetos de vida, tanto individualmente como coletivamente.

Avanços tecnológicos e descobertas científicas envolvendo novos modos operandi de se fazer saúde resultarão em novos tratamentos, exames para diagnósticos a fim de se obter a interrupção ou a cura de uma doença ou até mesmo o prolongamento da vida humana. Estes, são inegavelmente importantíssimos, porém não são os elementos de transformação para o acesso e, nem tão pouco, elementos de conscientização das massas para que haja ou garanta a representatividade social na saúde.

Entender o nosso lugar social na discussão em saúde, como parte de uma classe trabalhadora com capacidade de contribuir para uma transformação social por meio da consciência coletiva sobre a habilidade de produzir saúde dentro do seu território de vida, de acordo com o conceito amplo e constitucional de saúde, são elementos muito mais relevantes no cotidiano, para produzir saúde, combater doenças crônicas, produzir ações de promoção de saúde e ações para prevenção de agravos em saúde.

Na geografia este debate também está presente, como nos traz Monken e Barcellos, quando dizem:

O termo lugar deve, assim, ser associado não só à localização no espaço, mas à ideia de presença, explicado tanto pela sua espacialidade, quanto pela sua temporalidade, ou seja, da mutualidade da presença do corpo e da “ausência presente contida nas instituições da vida social (tanto formais quanto informais) (Monken e Barcellos, 2005, p. 901).

A relevância do tema também se dá por perceber a importância do Setor de Saúde do movimento – MST - para cuidar e promover a saúde de sua população assentada e ou acampada, tanto pelas práticas populares e integrativas em saúde, como vem sendo construído pelo movimento desde o início da implantação do Setor de Saúde, quanto pela importante articulação que os e as dirigentes dos setores de saúde de cada território poderão realizar junto às secretarias de saúde de cada região onde estiverem inseridos.

Essa articulação poderá produzir os meios para o acesso dos trabalhadores e trabalhadoras rurais, facilitar o acesso no próprio território onde estão vivendo e inserirem-se nos conselhos para ampliar a participação popular nos espaços de discussão em saúde, pois esta discussão possibilita intervir nas políticas públicas de saúde e no modo de se fazer saúde no território, porém, a participação popular, de um modo geral, no Brasil, ainda é bastante pequena diante do objetivo para a qual foi pensada, pois conforme Narvai “a participação popular é exercida nos limites da frágil democracia brasileira” (Narvai, 2022, p.116).

Frente ao que a saúde significa para a humanidade, não há como negligenciar a questão, é preciso empenho do Estado para inserir seu povo nas políticas públicas, pois o mundo do trabalho é movido pela força dos trabalhadores e trabalhadoras que sem saúde se torna impossível produzir e contribuir com a roda financeira do sistema capitalista.

Ainda que fosse outro modo de produção social, onde os trabalhadores e trabalhadoras tivesse acesso à riqueza produzida ou pelo menos, acesso à melhor distribuição das riquezas produzidas, a temática saúde não poderia ser menos discutida, pois esta é uma exigência para a manutenção da vida.

Do ponto de vista social, esta pesquisa é relevante porque através de seus resultados será possível, em meio às inúmeras reflexões já existentes, contribuir com novos debates que nos permitirão entender um pouco mais o conflito entre o que está idealizado pelo sistema público de saúde e o que realmente acontece na prática social e na vida da população do campo, da floresta e das águas.

Ainda nesta direção, hoje, diante da luta e resistência contra a forma perversa de produção imposta pelo sistema capitalista, exige-se dos trabalhadores e trabalhadoras a

prioridade de pauta para essa temática, numa perspectiva de busca de um outro conceito em saúde.

Conceito que valorize a vida para além da ausência de doença, ou seja, que abranja a qualidade de moradia, de alimentação, a forma adequada de produção de alimentos, principalmente sem veneno, a educação popular em saúde, cujo acesso ao cuidado e ao conhecimento em saúde seja ofertado dentro da capacidade de entender a gestão da política de saúde, de produzir cuidados, de escolher a forma adequada para promover sua saúde e prevenir-se de doenças, sem a imposição do modo alopático, mas integrando todos os possíveis modos de promover saúde.

O modo de produção de saúde centrado numa perspectiva biomédica, farmacologicamente industrializada, desapropria o sujeito de seu conhecimento popular e tradicional de se fazer saúde.

Pensando em todos esses elementos, nosso ponto de partida para esta introdução ao assunto foi a contextualização da saúde desde o movimento para a Reforma Sanitária Brasileira, a criação do Sistema Único de Saúde e a Constituição Federal de 1988, a única Constituição garantidora de direitos sociais universais, onde recebeu um texto para definir a saúde e garanti-la ao povo brasileiro, tratada entre os artigos 196 e 200 (Brasil, 1988).

Esta “carta magna” tão vigorosa, necessita, hoje, ainda mais, de uma sociedade comprometida em defendê-la, organizadamente, por meio dos movimentos sociais e das instituições públicas para contrapor-se às investidas de uma corrente política que tem tentado de todas as formas, anular as conquistas sociais da classe trabalhadora.

Objetivando construir nosso trabalho nessa perspectiva, nossos objetivos foram: Apresentar um panorama de como se deu a construção do SUS e como o SUS se relaciona com as populações do campo, analisar a trajetória do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, demonstrando como se deu a construção do Setor de Saúde no MST e identificar o conhecimento dos assentados sobre o SUS e o controle social a partir da pesquisa de campo.

2METODOLOGIA: O CAMINHO DA PESQUISA

A tarefa de estruturar o projeto a fim de construir um panorama geral sobre a construção do SUS foi uma busca que exigiu esforços, porém com bastante tranquilidade por causa da trajetória que já foi construída pela pesquisadora, desde a graduação, mas não tão simples para compreender como o SUS tem ofertado o atendimento para a população do campo, devido à falta de contato diário com esta população, apesar de não ser desconhecida de um modo geral.

Nossa proposta em analisar a trajetória do Setor de Saúde do MST e suas produções pedagógicas, teve por finalidade demonstrar a construção do Setor de Saúde e como o movimento enxerga a importância do SUS para a articulação do referido setor com a gestão em saúde da localidade onde estão os assentamentos e acampamentos para cuidar de sua militância.

Nossa hipótese inicial é um relativo (des) conhecimento da população do campo sobre a política de saúde do país a partir das Leis 8080/90 e 8142/90 que regulamentam o sistema SUS e sobre a Política para as Populações dos Campos, da Floresta e das Águas, criada em 2013.

Nesta hipótese, inclui-se o (des) conhecimento sobre a aprovação desta específica política que poderia atender a população do campo dentro das muitas especificidades desta população, cuja referida política nem mesmo tem o financiamento definido pelo Governo Federal, situação que impede a implementação da mesma.

Também partimos da premissa sobre a pouca ou nenhuma participação da militância nos espaços de controle social, onde poderiam lutar para fazer com que esta política fosse conhecida pelos conselheiros de saúde, conhecida pela gestão executiva municipais e estaduais a fim de buscar o devido financiamento e execução.

Nosso trabalho, como apresentado no final da introdução está sustentado sobre três objetivos gerais, estruturado da seguinte maneira: 1 – Apresentar um panorama de como se deu a construção do SUS e como o SUS se relaciona com as populações do campo; 2 - Analisar a trajetória do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST, demonstrando como se deu a construção do Setor de Saúde no MST; 3 – Identificar o conhecimento dos assentados sobre o SUS e o controle social.

Buscamos entrevistar alguns dirigentes do Setor de Saúde do movimento, em nível estadual, mais precisamente de Minas Gerais e em nível nacional, objetivando relacionarmos com as entrevistas realizadas com os companheiros do Assentamento Olga Benário, nível municipal, a fim de compreender as semelhanças sobre o assunto proposto no roteiro semiestruturado ou as disparidades que porventura existirem entre os/as entrevistados/as.

O conhecimento, além de libertário, possibilita-nos aumentar a capacidade de dialogar nas mais diversas instâncias da política de saúde para acessarmos o atendimento necessário. Mais que isso, possibilita-nos articular o cuidado necessário imediato e longitudinal para nós e para as pessoas que precisam de nosso apoio à tal tarefa, pois “É possível, eu creio, tratar de temas aparentemente áridos e próprios de especialistas de modo acessível, mas rigoroso, para que qualquer pessoa os compreenda” (Narvai, 2022, p.12).

Os reflexos deste processo de busca, para o povo do campo, tem destaque na pesquisa, pois objetivamos visualizar a importância do Setor de Saúde do MST para contribuir com essa ação.

Compreender como o Setor de Saúde articula-se com o SUS para atender as demandas dos assentados e acampados, bem como visualizar as ações que definem a construção e o desenvolvimento da agenda de saúde proposta pelo MST e sua participação no controle social no SUS, são importantes pontos que desejamos trazer para este trabalho.

Inerente à construção da pesquisa, o levantamento bibliográfico e sua revisão foram fundamentais para o desenvolvimento da redação e para a sistematização dos referenciados materiais produzidos pelo e sobre o Setor de Saúde do MST, incluindo elementos como segurança alimentar, produção de alimentos, ambiente, agroecologia, conceitos de participação e controle social.

A fim de alcançarmos os objetivos propostos no projeto de pesquisa, as estratégias da metodologia se deram da seguinte forma: busca pelos materiais e documentos do MST, documentos do Governo Federal, teses e artigos nacionais: Unesp, UFBA, UFMG. Procura em sites de base internacional - OPAS, ONU e OMS e em algumas bases de dados como Google Acadêmico, Scielo, portal da CAPES, BVS, além de utilização de livros físicos e em PDF, cujos fichamentos foram imprescindíveis para compor a dialética necessária ao desenvolvimento do trabalho.

Outro importante caminho foi conhecer sobre a luta pela terra, pela saúde e pelos direitos do povo do campo, em base de dados nacionais, internacionais, no site do MST, bem como a busca por diversos trabalhos acadêmicos de mestrados e doutorados cujas temáticas saúde, saúde do campo, SUS, participação e controle social, políticas públicas de saúde articulado com a principal temática do movimento que é reforma agrária popular e produção de alimentos saudáveis.

Esta bandeira de luta do MST é parte do processo de se fazer saúde e está na direção do conceito ampliado de saúde de acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, do

Ministério da Saúde (MS) do Brasil e principalmente de acordo com o próprio conceito ampliado na perspectiva de luta e trabalho do movimento em questão.

Ainda pensando a revisão bibliográfica, foi importante a leitura dos livros, artigos, ensaios e diversos documentos da Biblioteca Virtual em Saúde, documentos como Resoluções, Portarias do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde que pudessem contribuir com a discussão e a proposição do trabalho.

Todas estas buscas foram imprescindíveis, pois a revisão bibliográfica é a base para as citações e contextualizações construídas ao longo da dissertação, fazendo parte desde a introdução até as considerações finais.

A realização das entrevistas foi outro processo importantíssimo para contribuir com novas reflexões sobre o assunto no mundo acadêmico, pois toda organização social dispõe de vivências que são importantes dados para pensarmos a sociedade em geral e para pensarmos a própria construção coletiva dentro da organização, se está avançando ou está estagnada no processo de formação sobre o determinado assunto tratado.

A dissertação foi construída numa vertente de uma pesquisa exploratória e descritiva, onde a primeira possibilita conhecer melhor a temática SUS/Setor de Saúde do MST e a segunda proporciona a conexão dos dados e fatos, pois nossa pretensão é desenvolver ideias a partir dos problemas identificados que possam ser assuntos pesquisáveis posteriormente.

A partir da pequena unidade pesquisada, Assentamento Olga Benário, do MST, trazendo as abordagens ‘quanti/quali’ insere-se o interesse pelo estudo de caso, pois este poderá ser replicado em outras unidades de assentamentos e acampamentos a fim de relacionar os conhecimentos sobre as políticas de saúde e verificar os avanços da política de saúde e as limitações para o acesso.

O método dialético, utilizado para este trabalho, conforme Gil (1987) é “polêmico, conduz a questões ideológicas, porém é um importante método de investigação da realidade” (Gil, 1987, p.31).

Ainda conforme Gil, “a dialética é contrária a todo conhecimento rígido” (Gil, 1987, p.32). Por isso, há de se considerar que em nenhum trabalho acadêmico dessa natureza haverá o esgotamento do assunto e logicamente aqui não haverá tal pretensão, podendo então esta mesma temática ser assunto para um outro nível acadêmico.

A Entrevista, segundo Minayo (1994, p.21), “se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”, ou seja, o relato das pessoas complementa a pesquisa quantitativa e permite subjetivar as respostas ofertadas pelos/as entrevistados/as, demonstrando o seu valor qualitativo.

As entrevistas foram realizadas no Assentamento Olga Benário, no município de Visconde do Rio Branco, Minas Gerais. Ao pesquisador, a entrevista possibilita na coleta de dados, estar próximo dos pesquisados, como foi para este trabalho, pois permite conhecer um pouco das realidades vivenciadas por eles, além de poder observar as riquezas subjetivas de cada história viva do cotidiano individual e também no coletivo dos sujeitos que protagonizam essa vivência.

Para Gil (1987) há vantagens como descrito por Minayo (1994), porém cita algumas limitações a serem consideradas como “a falta de motivação do entrevistado para responder as perguntas que lhe são feitas e a inabilidade ou mesmo incapacidade do entrevistado para responder adequadamente, em decorrência de insuficiência vocabular [...]” (Gil, 1987, p.114-115).

Vivenciamos algumas dessas limitações que nos deixaram um sentimento que os/as entrevistados/as tinham muito mais para contribuir, enriquecendo a construção da dissertação com mais conceitos e com categorias que possibilitariam uma análise de conteúdo.

Porém, a complementação com as entrevistas realizadas por meio virtual com as dirigentes estaduais e uma dirigente nacional, afim de ampliar a riqueza das entrevistas concedidas pelas famílias do Assentamento Olga Benário, aumentaram o diálogo sobre a temática proposta.

Entrevistamos também uma pessoa referência em uma parte significativa da Gestão em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, em Visconde do Rio Branco, cujo setor também será mantido em sigilo para resguardar o anonimato de seu/sua representante, a fim de trazer outros elementos para o trabalho e relacionar com o conhecimento dos usuários da saúde, a saber os assentados do Olga Benário.

A análise de conteúdo pretendida, conforme Bardin, possibilitaria dialogar com as subjetividades nos relatos, pois segundo a autora Laurence Bardin (1977) *apud* Caregnato e Mutti, este método trata-se de

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (Caregnato; Mutti, 1977, p.683).

Para Gil (1987) “à medida que as informações obtidas são confrontadas com as informações existentes, pode-se chegar a amplas generalizações, o que torna a análise de

conteúdo um dos mais importantes instrumentos para a análise das comunicações de massa” (Gil, 1987, p.164). Porém, não tivemos conteúdo significativo para este tipo de metodologia. Optamos pelo estudo de caso, além da criação de tabelas e gráficos como indicadores para responder a proposta do trabalho e dialogar com as contribuições dos/as entrevistados/as.

A pesquisa e análise geográfica foram construídas a partir de dois elementos – sociedade e natureza, conforme orientação do nosso coorientador, pois com a (in) ou a (e) volução da sociedade e da natureza é que o ser humano constrói, reconstrói seu território e seu modo de vida. A construção dialética pelo método do estudo de caso possibilita uma análise da realidade local do assentamento a partir da correlação entre as respostas dos pesquisados, a origem e a história do Setor de Saúde local e do movimento como um todo, a análise sobre a construção da saúde pública no país, a formação da sociedade brasileira e sua relação com a natureza.

Ainda, analisar a importância do Setor de Saúde do MST para contribuir com a produção de saúde dos assentados/as e acampados/a, dentro da política pública de saúde, da política de saúde do campo e do sistema de saúde brasileiro – SUS, se fez imprescindível à discussão da saúde na perspectiva desses trabalhadores e trabalhadoras do campo.

Esta análise sobre o Setor de Saúde do MST e como este se articula com o sistema de saúde brasileiro para atender às necessidades de seus militantes, permitiu dialogar com um outro nível da violência, a estrutural, pois esta afeta a saúde não somente de uma parcela da sociedade, mas toda ela, seja da cidade ou do campo. Claramente, a lente do nosso foco está direcionada para o povo do campo, mais especificamente do Assentamento Olga Benário, parte da luta e da conquista do Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra – MST.

Alguns mapas nos aproximarão no município de Visconde do Rio Branco da localização e ambientação das unidades de saúde e como está estruturada a saúde naquele município, somando a estes, algumas tabelas e gráficos que permitirão dialogar com as subjetividades da pesquisa de campo. Para isso buscamos auxílio de dois importantes profissionais, da geografia e da estatística, para apoiarmos nessa trajetória da pesquisa.

As figuras 8, 9, 10 e 11 referem-se aos mapas que permitem a localização geográfica dos cenários 1 e 2 da pesquisa, conforme poderão ver nos itens 5.1 e 5.2 da dissertação.

As figuras 12, 13, 14, 15 e 16 se referem aos indicadores de conhecimento (IC) e indicadores de envolvimento (IE) construídos a partir das respostas dos/as entrevistados/as.

Para tanto, a metodologia (referente aos indicadores) foi desenvolvida da seguinte maneira: As categorias (ou níveis) de todas as variáveis foram codificadas de forma a ponderar mais as respostas positivas (valor igual a 1=SIM) e menos as respostas negativas (valor igual a

0=NÃO) ao propósito do indicador, conforme é apresentada no Quadro 3, cujas variáveis da composição de cada indicador são explicitadas.

Esta inversão tem a intencionalidade de novos olhares sobre os indicadores, pois a correlação entre eles caracteriza a percepção de que quanto mais conhecemos sobre determinado assunto, maior a possibilidade de envolvimento e defesa sobre ele. Em questão, temos o SUS.

Separamos as perguntas do roteiro que já havíamos numerado – de P1 a P22, categorizando-as em índice de conhecimento (IC) e índice de envolvimento (IE), conforme quadro 3 e definimos as respostas positivas – ou seja – o SIM, para construir as comparações.

As fórmulas ficaram assim,

- Indicador de Conhecimento (IC)

$$IC = \sum_{i=1}^9 C_i$$

- Indicador de Envolvimento (IE)

$$IE = \sum_{i=1}^{14} E_i$$

Os indicadores acima foram padronizados para que assumissem valores na escala 0-100. A padronização adotada foi a seguinte: $[[Ipad]]_i = [(I_i - \min\{f_0\}(I)) / (\max\{f_0\}(I) - \min\{f_0\}(I))] \times 100$

Em que I_i representa cada um dos dois indicadores: IC, e IE. O termo I_{padi} é o respectivo indicador padronizado na escala 0-100.

Referência para possíveis "polêmicas estatísticas" com o modo de construção desses indicadores: Wittkowski *et al.* (2004) Combining several ordinal measures in clinical studies. *Statistics in medicine*, 23, 1579-1592.

De acordo com Triola (2013) "existe uma correlação entre duas variáveis quando os valores de uma variável estão relacionados, de alguma forma, com os valores da outra variável" (TRIOLA, 2013, p.416). Nesse caso, será estudado o caso da correlação linear, que é aquela que mede a força ou grau de relacionamento linear entre duas variáveis. Um gráfico bastante útil para iniciar a verificação desta relação é o diagrama de dispersão, que nos permite, visualmente, identificar qual é o tipo de correlação que existe entre duas variáveis. Este diagrama consiste em um sistema de eixos ortogonais: o eixo horizontal representa os valores da variável X (ou independente) e o eixo vertical representa os valores da variável Y (ou dependente). Cada ponto (x_i, y_i) dos dados observados é representado graficamente como um ponto neste sistema.

Para além da apresentação da dissertação pretendemos apresentar os dados coletados junto à militância do Assentamento Olga Benário, pois acreditamos que este trabalho poderá contribuir para pensarem em estratégias de articulação para o atendimento às famílias

assentadas, adequar as reivindicações e proposições da militância do MST à diretoria de saúde do município e colaborar para que o Setor de Saúde continue sendo um importante canal de promoção de saúde e prevenção de doenças para as famílias do campo.

Por fim, identificamos como estratégico a criação de dois quadros:

O quadro 1 sobre o projeto da pesquisa a fim de colaborar com a identificação do trabalho planejado.

O quadro 2 sobre a elaboração da pesquisa, as metodologias utilizadas e as estratégias para atender e executar o projeto criado.

QUADRO 1 - PROJETO DA PESQUISA

ESTRUTURA DO PROJETO	DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES DA ESTRUTURA
TÍTULO DA PESQUISA	Os desafios do SUS para atender a população do campo e o papel do Setor de Saúde do MST
Finalidade da pesquisa	Analisar a construção do SUS em um panorama geral, identificando seus avanços, desafios e possíveis retrocessos e a construção da política para atender a saúde da população do campo, das águas e da floresta, evidenciando o Setor de Saúde do MST por meio da pesquisa de campo com a militância do movimento.
Hipótese principal	Relativo (des) conhecimento da política de saúde do país e do sistema SUS, bem como sobre a política para as populações dos campos, das águas e da floresta, incluindo a falta de implementação desta última.
Hipótese secundária	Pouca ou nenhuma participação da militância nos espaços de controle social.
Objetivos gerais	1 - Apresentar um panorama de como se deu a construção do SUS e como o SUS se relaciona com as populações do campo - Capítulo 3 2 - Analisar a trajetória do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, demonstrando como se deu a construção do Setor de Saúde no MST - Capítulo 4

	3 - Identificar o conhecimento dos assentados sobre o SUS e o controle social a partir da pesquisa - Capítulo 5
Tipo de pesquisa	Exploratória e descritiva com estudo de caso
Discussão entre referencial bibliográfico e a pesquisa de campo	Conexão dos dados e fatos, numa abordagem “Quanti/Quali” com tabelas, gráficos e análise de conteúdo

Fonte: Criação própria, 2024.

QUADRO 2 – ELABORAÇÃO DA PESQUISA E ESTRATÉGIAS DA METODOLOGIA

ELABORAÇÃO DA PESQUISA	CADA MOMENTO CONSTRUÍDO
Seleção dos materiais	Busca em sites não governamental: MST, ONGs de diversos movimentos sociais. Governamental: Ministério da Saúde, Biblioteca da saúde, site da câmara e senado. Base internacional: OPAS, ONU e OMS. Acervos de Universidades: Unesp, UFBA, UFMG. Bases de dados: Google acadêmico, SciELO, portal da CAPES. Livros físicos e em PDF sobre saúde, agroecologia, geografia e sociologia.
Levantamento bibliográfico: Leitura, revisão dos materiais bibliográficos e fichamentos.	A leitura de leis e artigos - busca de informações sobre conceitos de saúde, modelos de saúde, leis que são marcos para a implantação do sistema SUS, políticas de saúde para promoção da saúde, Política específica para a saúde da população do campo. Fichamento dos documentos para a construção dialética com a pesquisa de campo.
Elementos selecionados para compor a discussão	Saúde, saúde do campo, promoção de saúde, segurança alimentar, produção, ambiente, agroecologia, reforma agrária popular, participação e controle social.
Elementos da Geografia	Sociedade e Natureza – numa perspectiva anticapitalista, dialético e de acordo com o materialismo histórico dialético. Pesquisa sobre a saúde do município de Visconde do Rio Branco - Construção de mapas para ambientação sobre as áreas urbana e rural.

Pesquisa de campo	Como estratégia fundamental para compor o estudo de caso. Entrevista presencial de trabalhadores/as, militantes do MST do Assentamento Olga Benário - Realizada por meio de roteiro semiestruturado com questões abertas e fechadas. Entrevista on-line - dirigentes do Setor de Saúde em nível estadual/nacional – sendo três dirigentes estaduais de municípios/regiões mineiras e uma dirigente em nível nacional. Entrevista com uma pessoa referência da Gestão em Saúde no município de Visconde do Rio Branco.
Destaque sobre Políticas Públicas de Saúde	Leis 8080/90 e 8142/90 / Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS,2006) e atualizações / Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF,2013).

Fonte: Criação própria, 2024.

QUADRO 3 – Variáveis - Indicadores de conhecimento e de Envolvimento

Variável	Descrição	Recodificação
Indicador de Conhecimento		
C1_P1	Você tem conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta?	Sim=1 e Não=0
C2_P2	Você tem conhecimento sobre as Leis 8080/90 e a 8142/90 que regulamentam o SUS e garantem o atendimento universal e a participação da população no controle social do SUS?	Sim=1 e Não=0
C3_P3	Na sua opinião, há sinais de que a Política Nacional de Saúde das Populações do Campo está implantada no seu município para atender a população do campo?	Sim=1 e Não=0
C4_P4	Na ESF/UBS a qual você e sua família está vinculada a equipe tem um olhar diferenciado para as características específicas relacionadas ao modo de vida da população do campo?	Sim=1 e Não=0
C5_P7	Você sabe se existe um Conselho Municipal de Saúde (CMS) em seu município?	Sim=1 e Não=0
C6_P8	Se tem o Conselho, você o conhece?	Sim=1 e Não=0
C7_P13	Você acredita que os conselheiros conhecem as necessidades da população do campo?	Sim=1 e Não=0

C8_P16	No MST existe o debate sobre a necessidade dos militantes comporem o CMS enquanto representantes de um movimento social?	Sim=1 e Não=0
C9_P21	Temas como: ancestralidade, fitoterápicos (chás garrafadas, outros), saúde integrativa estão presentes nesse debate?	Sim=1 e Não=0
Indicador de Envolvimento		
E1_P5	Quando você passa por uma consulta com profissionais de saúde eles perguntam/questionam sobre a sua atividade de trabalho/laboral?	Sim=1 e Não=0
E2_P6A	Quando você se identifica em uma unidade de saúde (hospital, centro de especialidade, ESF/UBS) como militante do MST sente que essa informação interfere na assistência recebida?	Sim=1 e Não=0
E3_P6B	E na unidade em que você está vinculado?	Sim=1 e Não=0
E4_P9	Já participou de reuniões do Conselho?	Sim=1 e Não=0
E5_P10_1	Quantas reuniões já participou ao longo de um ano? (de 1 a 3)	Sim=1 e Não=0
E6_P10_2	Quantas reuniões já participou ao longo de um ano? (de 4 a 6)	Sim=1 e Não=0
E7_P10_3	Quantas reuniões já participou ao longo de um ano? (de 7 a 9)	Sim=1 e Não=0
E8_P10_4	Quantas reuniões já participou ao longo de um ano? (de 10 a 12)	Sim=1 e Não=0
E9_P11	Você se sente bem representado/a junto ao Conselho Municipal de Saúde, por meio dos atuais conselheiros?	Sim=1 e Não=0
E10_P12A	Mantêm contato com algum conselheiro?	Sim=1 e Não=0
E11_P12B	E Com gestores de saúde?	Sim=1 e Não=0
E12_P14	Já participou ou conhece algum trabalho do Conselho Municipal de Saúde direcionado para a população do campo?	Sim=1 e Não=0
E13_P15	Já participou ou conhece algum trabalho da Secretaria Municipal de Saúde direcionado para a população do campo?	Sim=1 e Não=0
E14_P22	A população do campo (MST) e da cidade interagem no debate sobre saúde?	Sim=1 e Não=0

Fonte: Criação própria: Pesquisa de campo, 2024.

3A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL – UM PANORAMA GERAL

Para compreendermos a trajetória da Política de Saúde no Brasil, poderíamos fazer uma longa e detalhada apresentação desde o início da política até as conquistas de hoje. Porém, neste capítulo apresentaremos o marco de algumas etapas da saúde como Política Pública para melhor apreendermos o processo histórico que a determina e alguns conceitos importantes para a construção da trajetória da saúde e da luta do povo brasileiro.

Proporcionar uma abordagem geral da historicidade da saúde no Brasil através dos documentos do Ministério da Saúde, do diálogo com os autores que elegemos para esse histórico e dos diálogos construídos na pesquisa de campo, realizada no Assentamento Olga Benário, cuja localização está em terras mineiras do município de Visconde do Rio Branco, nos trará a finalidade precípua da pesquisa que é analisar as “Políticas de Saúde no Brasil e o Setor de Saúde do MST: um estudo de caso no Assentamento Olga Benário – MG” nesse contexto.

A saúde no Brasil, universalizada e acessível à todas as pessoas nasce com a Constituição Federal de 1988, após um longo período de ditadura que durou vinte e um anos, terminando por meio da luta e resistência da população trabalhadora inserida em diversos movimentos sociais, na cidade e no campo, além da luta e resistência de muitos trabalhadores e intelectuais da saúde comprometidos com um novo modelo de saúde para o povo brasileiro, cuja investidura culminou no Movimento da Reforma Sanitária ou simplesmente Reforma Sanitária Brasileira - RSB¹ (Fiocruz, 2001).

No artigo constitucional inicial (artigo 198, CF/88) que delineia a política de saúde está expresso que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

No parágrafo único do mesmo artigo, versa:

O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988).

¹ O Movimento Sanitário Brasileiro, formado por pessoas ligadas ao Cebes e à Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), entre eles, Sérgio Arouca, formalizou o documento “Saúde e Democracia”, apresentado no Simpósio sobre saúde da Câmara dos Deputados, onde assegurava que a saúde é um direito de todos e que o Estado deveria garanti-la. (Fiocruz, [REVISTA TEMA], nº 20, 2001, p.5).

A aprovação da “Carta Magna” de 1988 foi um avanço para garantir ao povo brasileiro e aos que nele residem, um sistema de saúde universal, antes garantido somente ao trabalhador formal. Porém, nem sempre foi assim. Para os novos leitores sobre a saúde no Brasil, houve um tempo que nem mesmo os trabalhadores/as formais nesse país tinham acesso às políticas públicas, ao contrário, a jornada de trabalho e a manutenção de vida eram reféns da bondade dos donos do capital e dos proprietários das terras que os empregavam.

Aos trabalhadores da informalidade, antes da Constituição Federal/88 restavam o amparo e a caridade dos hospitais filantrópicos, conforme documento “Seminário Internacional - Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas”, onde os brasileiros,

Com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber: Os que podiam pagar pelos serviços [de saúde]; os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e os que não tinham nenhum direito (MS, 2002, p.12).

Entendemos como necessário um recorte breve sobre o que tínhamos como saúde neste país. Quando pensamos na saúde no Brasil devemos nos remeter ao contexto histórico do país e da sua formação. Fomos forjados no colonialismo onde os portugueses impuseram sua língua, sua cultura, sua religião e seu modo de vida. Não bastasse isso, escravizou indígenas, negros, forçou a miscigenação por meios da posse dos corpos das mulheres pretas e indígenas e daquelas que se formaram pela miscigenação das raças, ou seja, uma “mistura” indesejada, reproduzindo abusos e violação de direitos, por séculos. Chegamos à primeira república sem um povo respeitado, participante e com seus direitos primordiais garantidos (Narvai, 2022, p.18).

Darci Ribeiro em seu livro “As Américas e a Civilização” , na terceira parte do livro traz um capítulo destinado aos “Povos novos” da América Latina sendo constituído entre as páginas 241 a 332, dedicado à formação do Brasil e nos diz que:

As sociedades nacionais desenvolvidas dentro desse enquadramento, em lugar de constituírem um povo crescentemente co-participante das fontes de poder, capaz de influir na tomada de decisões que afetam seu destino, constituem uma massa mantida na ignorância e na miséria, dirigida por uma camada patricia que adapta todas as instituições sociais aos seus desígnios, disfarçando seu domínio das formas mais variadas, mas mantendo-o a qualquer custo (Ribeiro, 1970, p. 265).

Este texto representa tempos presentes, apesar da evolução de toda a história do povo brasileiro. Ainda que fragmentemos a história dentro de cada direito negado, negligenciado ou concedido é possível ver essa reprodução. Para isso trazemos abaixo a evolução da história da saúde, da formação da colônia à chegada da coroa portuguesa, dos ditames da ditadura ao

rompimento com esse processo involucionário, da redemocratização do país aos dias atuais garantindo a saúde ao povo em geral,

Quando a corte portuguesa chegou ao Brasil em 1808 e implantou Salvador como a primeira capital do país, a preocupação inicial era com as ações sanitárias nos portos e ao seu entorno porque o objetivo era a abertura destes para todas as importações de quaisquer gêneros provenientes das nações que estavam em paz com a coroa portuguesa. Não existia relação explícita entre saúde e sociedade. A atuação dos médicos e do Estado era evitar a morte e não a preservação da saúde (Gomes, 2007 *apud* Silva.S., 2020, p.20).

Por muitos anos o bem estar social e os negócios da coroa portuguesa ditavam a ordem societária. A coroa portuguesa preocupava-se com os negócios e com a relação que mantinha com os países que estavam em paz, com ela. Tanto que na 1ª Constituição do país, criada em 1824, a saúde não é contemplada, conforme Pinheiro e Romero (2012) no artigo “Saúde como matéria de Direito Constitucional no Brasil”, “A Carta de 1824, outorgada por Pedro I, [...] não traz uma palavra em matéria de saúde” (Pinheiro; Romero, 2012, p.47)

Somente em 1850 foi criada a Junta de Higiene Pública para a “população” a fim de cuidar efetivamente da “salubridade pública”, ou seja, não diretamente por causa da população (Narvai, 2022, p.73); (Paim, 2009, p. 20-21).

Não era saúde como direito social, mas saúde higienista, onde a limpeza era vista como a única intervenção adequada a ser realizada, a preocupação era com os agravos que estavam assolando os portos, os meios de produção e a comercialização, contribuindo para o afastamento das embarcações estrangeiras que se negavam a atracarem nos portos brasileiros (Narvai, 2022, p.75); (Paim, 2009, p.20-21).

Diante das mais diversas demandas em saúde, em 1851, foi criado o 1º Sistema de saúde, mas limitava-se ao Rio de Janeiro. Não por acaso, mas porque a Coroa necessitava do controle das endemias e epidemias diante da alta prevalência de doenças que afetavam o comércio e a exportação. Em 1891 a Constituição passa por reformas e nasce um novo texto constitucional, cuja saúde permaneceu de fora dos anseios da gestão do país. Passaram-se três décadas, ou seja, somente em 1921, é pensada uma diretoria de saúde pública federal, ainda alijada do direito constitucional (Paim, 2009); (Pinheiro; Romero, 2012); (Narvai, 2022).

A diretoria assumida pelo sanitarista Carlos Chagas trouxe novos rumos para os cuidados em saúde, mas continuaria de forma impositiva com decisões e ações verticalizadas e sem levar em conta o contexto social e a trajetória vivida pelos brasileiros. Expressar a problemática social e a questão saúde numa perspectiva do povo que vivia sem acesso à saúde, mas que ao recebê-lo, seria por meio de decisões verticalizadas que ditavam o cuidado, numa

Conjuntura de ascensão dos movimentos militares de contestação da hegemonia burguesa agrária (Tenentismo) e da emergência de tentativas de modernização da cultura dominante (Semana de Arte Moderna, em 1922), um grupo de intelectuais da Saúde Pública, liderados por Carlos Chagas, ainda apostaria na defesa da ordem reinante. Assim, nos Congressos Brasileiros de Higiene, após 1923, permaneceu distante a reflexão da questão social como um problema de Saúde Pública (Galvão, 2007, p.29).

A falta de acesso às políticas públicas, seja de saúde ou qualquer outra que atenda as necessidades primordiais para a manutenção da vida caracteriza-se em uma terrível forma de violência estrutural do Estado para com seu povo. E a história da Brasil é permeada desse contexto desde a colonização até os dias atuais, apesar dos avanços conquistados pelo povo brasileiro. O autor Narvai (2022) em seu capítulo sobre “Revolta da vacina, Estado e direitos” ao descrever sobre como se deu o contexto da Revolta da vacina revela a violência imposta pelo Estado ao povo brasileiro (Narvai, 2022).

Ao inserir a saúde como direito do trabalho em 1934 na terceira Constituição do país, esta que provavelmente nasceu “por consequência do movimento tenentista”, e de “outros movimentos institucionais contrários ao Governo Federal”, amenizou a violência estrutural à época, mas não universalizou e nem tão pouco ampliou o acesso dos brasileiros à saúde, além de durar pouco sua constitucionalidade, pois em 1937 outra instituição surgiu, por imposição e não por construção democrática junto ao povo (Galvão, 2007, p.30).

Os autores, Pinheiro e Romero confirmam em seu artigo quando dizem “Em matéria de saúde, assim, a grande novidade trazida pelo texto da Constituição de 1934 é a introdução enviesada do direito à saúde” (Pinheiro; Romero, 2012, p. 54).

Evidente que não se pode negar os avanços da política de saúde do país àquela época, porém são passos estreitos e com baixo poder de alcance, pois a injustiça social estava (e na verdade está) muito aquém de ser resgatada. Esses são importantes elementos para entendermos a construção da saúde pública no Brasil, cujos avanços se dão lentamente (Pinheiro; Romero, 2012, p.54).

No ano de 1941 aconteceu a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS) no Brasil. Trabalhadores e trabalhadoras, ainda que respaldados pela formalidade e pelo direito ao trabalho, não participaram das decisões tomadas pela gestão em saúde. Sucessivamente foi assim nas demais conferências até o ano de 1986, ou seja, se passaram quarenta e um anos até que a população brasileira pudesse participar e tentar construir novos rumos para a saúde que atendesse as demandas e anseios de um cuidado como direito social para todos os brasileiros e residentes no país,

Apesar de se ter como marco de referência da participação social na saúde a Lei nº 8.142/1990, as Conferências Nacionais de Saúde são anteriores ao próprio SUS, tendo ocorrido pela primeira vez em 1941. Porém, somente a partir de 1986, com a VIII Conferência, é que deixaram de ser restritas a uma cúpula da gestão federal e passaram a ter participação ampliada dos diversos segmentos (Guizardi *et al*, 2004 *apud* Ricardi *et al*, 2017, p.155–170).

São registrados importantes e significativos avanços a partir da primeira conferência em 1941 no Brasil, pois o mundo “desenvolvido” estava discutindo outros rumos para a saúde e não era possível mais manter a situação de descuido com a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. O que nos leva à compreensão que “essa preocupação” não se deu porque o Estado brasileiro visava o pleno cuidado com sua população, mas porque o sistema capitalista do “mundo desenvolvido” impôs ao país as regras que seriam necessárias ao desenvolvimento do capitalismo. Narvai (2022) cita que:

[...] o caminho da industrialização era uma “revolução em direção à modernidade” necessária para o Brasil superar a condição de “subdesenvolvimento” que o caracterizava. E isso não poderia ser feito sem que, ao mesmo tempo, a política nacional de saúde fosse reorientada, ajustando-se ao ideário do projeto nacional-desenvolvimentista (Narvai, 2022, p.92).

Para tanto, precisava-se de mão-de-obra sadia que produzisse cada vez mais afim de atender ao consumo imposto e ao lucro desmedido, presente no sistema do capital. “A violência estrutural subjacente” ao mundo do trabalho perpassa por todos os outros “mundos” da organização social, para além do trabalho, perpassa a educação, a cultura, pois o capitalismo precisa dominar para se fortalecer. Segundo Márcio Rolo (2022), até o modo de educar “é território de colonização do capital”, pois a “indústria subordinou a ciência e por extensão, a escola e, esta, se adaptou às exigências do sistema capitalista” (Rolo, 2022, p.26).

Nessa perspectiva, a saúde também é um território importante para o avanço do capital, que encontra apoio do Estado para sua “cristalização”. O Estado “é o único que tem a capacidade de apresentar interesses sociais limitados como interesses societários de toda a comunidade, ou seja, como projeto de todos”, e na conjuntura social à época, deu abertura para serviços estatais como saúde, educação e moradia” a setores privados (Osório, 2022, p. 220).

As conquistas nunca se deram sem luta, nunca foram proporcionadas pelo Estado de forma cuidadora e protetora, nem tão pouco os retrocessos se deram sem resistência da sociedade. No ano de 1964, marcado pelo golpe militar, cuja ditadura estagnou anseios e projetos de vida do povo brasileiro, surgiu um grupo preocupado com o crescimento populacional e as consequências do desenvolvimento industrial. Nesse Relatório que ficou conhecido em 1972, intitulado “Os limites do crescimento”, problemas como saúde e ambiente

foram discutidos e referenciados para a busca de soluções, orientadas pela noção de desenvolvimento sustentável,

Em resposta à necessidade de acomodar problemas sociais e ambientais com os interesses econômicos e hegemônicos resultou em uma retórica que supõe esquecer que a civilização do capital é estruturalmente avessa a limites à sua permanente expansão e historicamente produtora de desigualdades (ABRASCO, 2015, p.93).

Em meio às efervescências internacionais, o ano de 1975 foi marcado pelo movimento de transformação da saúde na China e no Canadá e, no mesmo ano, o Brasil instituiu o Sistema de Vigilância Epidemiológica, logo após a 5ª CNS, cujo povo brasileiro ainda permaneceu excluído das discussões e das tomadas de decisões. Esta e todas as demais informações sobre as Conferências se encontram no Centro Cultural do Ministério da Saúde, do qual obtivemos informações para a criação da linha do tempo da saúde (CCMS, 2023).

Os avanços do período citado devem ser considerados na formação social do país, ainda que pequenos, mas não quer dizer que devam ser absorvidos sem crítica, sem questionamento pelo seu povo e sem que haja a liberdade para apontar suas contradições, seus gargalos e suas deficiências, principalmente se estes direitos de participar continuaram sendo negados e a perspectiva de análise só aconteceu por um prisma (Paim, 2009).

Diante de tantos anos sem acesso à saúde como direito garantido constitucionalmente, faz-se necessário ressaltar que o retrocesso foi maior do que o avanço, pois o país estava sob a imposição do modo de vida comandada e gerenciada pela ditadura militar que acarretou sofrimento e morte ao povo da cidade e do campo brasileiro. Porém, estes elementos se tornaram bandeiras de lutas e resistências marcadas pela organização social em movimentos diversos e pautas diversificadas para reivindicações (Paim, 2009).

No Brasil, a partir da decadência gerencial da ditadura e do progresso das lutas sociais por meio dos movimentos dos trabalhadores e trabalhadoras da cidade e do campo, em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde - (VIII CNS)², cuja participação da população, dos trabalhadores e intelectuais da saúde foi imprescindível para ditar novos rumos para a política de saúde.

O lema da VIII Conferência “Saúde, direito de todos e dever do Estado” reverberou o lema da Conferência de Alma-Ata, “Saúde para todos em 2000”. Conta-se oito anos depois

² Em 1986, é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços da saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança no Setor de Saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. (CUNHA & CUNHA, Caderno Planejamento e Gestão em Saúde, p.297)

desta até aquela conferência que passou a ser um dos marcos mais importantes da história da saúde no Brasil, pois consolidou a “exigência” de uma política de saúde que tivesse um sistema universal e participativo, cujos movimentos de trabalhadores da saúde, movimento de usuários a esses trabalhadores (que também são usuários) deveriam se preocupar com o bem estar social proclamado pela república, mas não efetivada na sociedade.

Conforme Borges, *et al* (2021) “a saúde nadou de braçada” na efervescência social que lutou para por fim à ditadura e a união dos diversos grupos sociais foi o ponto nevrálgico para colocar em xeque aquele sistema de morte.

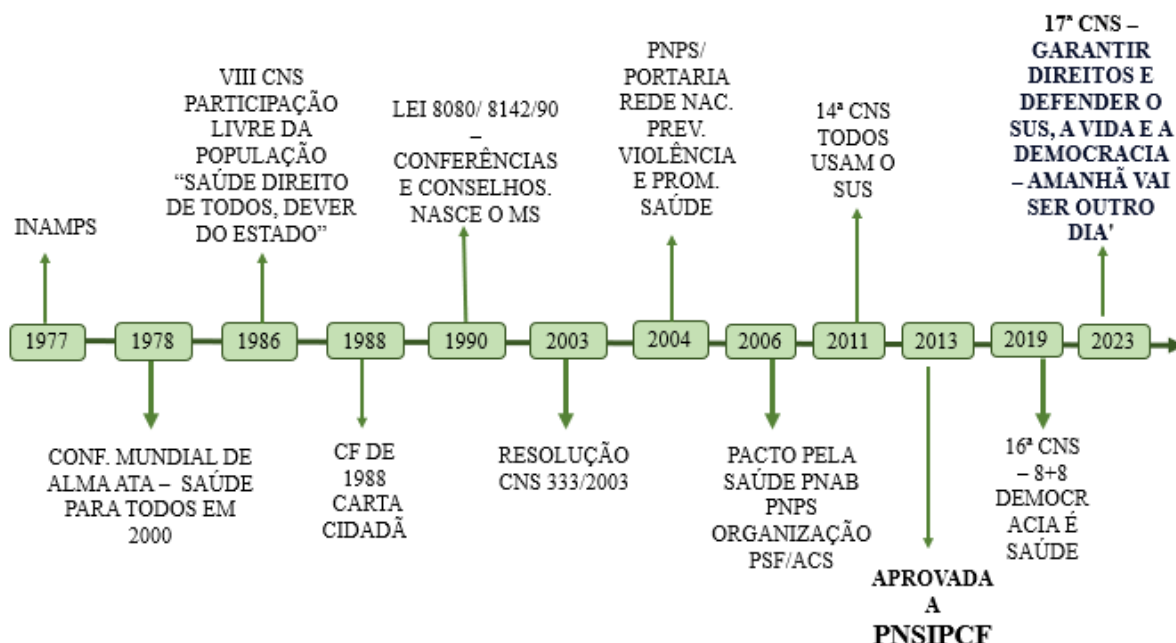
Para concretizar um novo modelo de gestão do país, a união da sociedade em geral propôs uma reforma que culminou no nascimento da “Assembleia Nacional Constituinte”. Desta Assembleia surgiu a nova Constituição Federal. Nela foi garantido o capítulo da ordem social que estabeleceu a seguridade social, cujo tripé é saúde, assistência social e previdência social e o movimento dos profissionais da saúde e da população conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) fez emergir uma transformação social pujante e o nascimento do Sistema Único de Saúde - SUS (Borges, *et al*, 2021, p.18).

Figura 1 – Evolução da história da saúde no Brasil



Fonte: Criação própria, 2023.

LINHA DO TEMPO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL



Fonte: Criação própria, 2023.

Da conquista em 1988 de um novo texto constitucional se passaram dois anos até que as Leis 8080/90 e 8142/90 fossem aprovadas para direcionar os rumos da saúde universal, tempo que foi relativamente pequeno diante dos longos intervalos nas ações do Estado para garantir saúde ao povo, dentro do contexto social brasileiro descrito desde a chegada da coroa portuguesa até a ditadura que silenciou corpos, eternamente (PAIM, 2009).

Estas Leis (8080/90 e 8142/90) são marcos fundamentais para a criação das demais políticas, portarias e regulamentos criados na política pública de saúde, que deram acesso à saúde e permitiram a participação da população por meio dos movimentos sociais organizados, nas conferências de saúde, pois a participação era um dos caminhos para as mudanças na saúde no país (Paim, 2009).

De todas, a Lei 8142/90 tem destaque mais à frente na construção deste trabalho científico por razões relacionadas ao Movimento dos Trabalhadores sem Terra – MST, pois esta lei possibilitou que a dirigente nacional do Setor de Saúde do movimento participasse da mesa de abertura da 17ª CNS com o lema “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. Amanhã vai ser um outro dia”, cujo eixo do qual participou foi o “II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas” (CNS, 2023).

Ainda dentro da proposta desse capítulo, algumas políticas serão destacadas, não que sejam as mais importantes dentro do contexto geral da Política de Saúde no Brasil, porém elas

conversam diretamente com a proposta e a construção desta pesquisa, sendo elas, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS/2006) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF, 2013).

A primeira, porque mudou os rumos de se pensar e fazer saúde no país, visando a promoção em saúde e a prevenção de agravos, colocando os cuidados populares sob outro prisma. A segunda, porque está aprovada, porém sua efetividade para a vida daqueles trabalhadores e daquelas trabalhadoras que lutam no campo, depende do financiamento que ainda é pauta de discussão guardada em alguma pasta ou gaveta, possivelmente do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Promoção de Saúde – (PNPS/2006), por meio da portaria MS/GM nº 687/2006, nasceu após as deliberações de diversas conferências de saúde nos três níveis de esfera governamental e do olhar atento e atuante do Ministério da Saúde para o mundo, onde se discutia saúde para qualidade de vida e não somente ausência de doenças, para reduzir vulnerabilidades e contribuir para que estas não se tornassem riscos sociais na vida dos indivíduos e da sociedade em geral (Brasil, 2006).

Para além, outras formas de viver e ver “o mundo da vida” deveriam ser pensadas como determinantes e condicionantes para a saúde. Com isso, o Plano Nacional de Saúde para o triênio 2004-2007 marcou profundamente essa criação na política de saúde brasileira a partir dos Pactos em Defesa do SUS, em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (Brasil, 2006).

Ainda sobre a PNPS (2006), uma política renovadora do cuidado e que traz a transversalidade ao sistema, apesar de este ainda estar pautado em uma lógica biomédica. é preciso lembrar que o objetivo principal dela é,

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (PNPS, 2006).

Nesse contexto, permite-nos dizer que o modo de viver do povo do campo, da floresta e das águas está visto e contextualizado pela literatura, mas a realidade vivida traduzida no estudo de caso, apresenta-nos outra realidade experimentada pelo povo do campo.

3.1 A Saúde no Brasil após tentativa de um novo golpe em 2016 – a concretização de uma Política de Saúde para a população do campo ficou estagnada

Em 2013, em plena Gestão Federal da Presidenta Dilma Rousseff, eleita democraticamente, cujos ideais democráticos se pautavam em um planejamento atento à

questão social para o 2º mandato (2013-2016), foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta – (PNSIPCF/2013)³.

A Política está delineada por objetivos e especificidades que atendam às necessidades singulares da população do campo, da floresta e das águas e exigirão, após aprovação do financiamento, responsabilidades e olhares atentos de cada esfera governamental, principalmente municipal para as demandas em cada território do campo, pois os cuidados necessários serão peculiares a cada território nesta nação continental.

A materialização desses objetivos e diretrizes se darão mediante esses esforços da esfera municipal, juntamente com o Conselho de Saúde Municipal (CSM) em parceria com os movimentos sociais que englobam a população referida.

Conforme Monken e Barcellos,

A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada. [...] O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (Monken e Barcellos, 2005, p. 898-899)

Precisamos abrir um parágrafo para registrar que a saída da Presidenta foi por meio de uma nova construção de um golpe instaurada no país, cujo desfecho final se deu no dia 08/01/2023 com a tentativa de despossuir o novo Presidente, Luiz Inácio Lula da Silva, eleito no pleito de outubro de 2022, após ser mantido em cárcere por mais de quinhentos dias, condenado por um juiz (Sérgio Moro) que hoje tem sido motivo de vergonha internacional pela sua postura desqualificada e claramente à serviço do projeto golpista pela extrema-direita que vem polarizando a vida política do Brasil, desde 2013.

Após a aprovação da política de saúde para o “povo do campo” (elegi esta forma de expressar, pegando como empréstimo de uma dirigente do Setor de Saúde, a fim de reduzir o texto, mas jamais para esquecer da diversidade dos povos para os quais a política foi construída), talvez e só talvez, sem a saída imposta à Presidenta, haveria a continuidade das negociações para criar o financiamento para esta Política. É uma pergunta que só poderá ser respondida se o desfinanciamento dela tiver fim pelo governo atual de Luiz Inácio Lula da Silva, situação que será acompanhada pela pesquisadora no mandato 2023-2026.

³ Para atender às necessidades de atenção à saúde destas populações, o Ministério da Saúde instituiu desde a criação do Grupo da Terra, a Portaria MS/GM nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, que teve como objetivo elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

Do início da história da saúde que, com certeza, nasce com a colonização e a luta para a manutenção das vidas escravizadas, exploradas e muitas vezes exterminadas, tanto no campo como em outros territórios de vida, até os dias de hoje, apesar da conquista evidenciada de um sistema universal, a pauta saúde sempre continuou no rank dos grandes problemas da sociedade brasileira, mesmo com os governos progressistas, como descrevemos.

Esse rank intensificou-se e foi pauta de muitas manchetes de jornais no cotidiano da população entre os anos 2016 a 2022. Primeiro, por causa do golpe transvestido de impeachment da Presidenta Dilma Roussef, cujo sucessor, Michel Temer, seu vice-presidente, propiciou os desmontes que se acentuaram no governo de Jair Messias Bolsonaro. Segundo, porque em 2020 a pandemia da Covid-19 assolou as vidas no nível mundial, e no Brasil o Governo de Bolsonaro trabalhava em prol da privatização do SUS.

Em pleno mandato, apoiado pelo Congresso Brasileiro em sua maioria, desqualificou a pandemia da Covid-19, desconsiderou a letalidade da doença, incentivou o negacionismo, desconsiderou a ciência e a fabricação da vacina, a própria saúde e a vida do pobre foram banalizadas, colocando o mercado financeiro acima do distanciamento que era indicado para evitar a contaminação, processo de desvalorização da vida que relembrou a infortuita gerência da ditadura militar.

A pandemia da Covid-19⁴ assolou o mundo, a região das Américas e logicamente no Brasil, houve intenso sofrimento por causa do baixo investimento em saúde e do descaso na assistência ofertada, por vezes televisionado e noticiado nas redes sociais, prevalente na vida do povo pobre e periférico (Narvai, p.67-69).

A situação de saúde agravou-se ainda mais, pois houve aumento da pobreza, da fome, da falta de acesso aos bens de consumo, aos serviços públicos, a impossibilidade de acesso ao trabalho, a falta de acesso às políticas públicas sociais como educação e assistência social que fecharam as portas de seus equipamentos, prestando atendimento on-line. A saúde recebeu todas essas demandas acolhidas por meio das equipes de saúde da família (ESF), equipes multiprofissionais formadas por assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e outras categorias profissionais mantidas na formação das equipes de saúde à cargo dos municípios que se esforçaram para mantê-las, pois o governo de Jair Messias Bolsonaro já havia destituído o

⁴ Em 11 de março de 2020, o diretor-geral declarou que a COVID-19, a doença causada pelo SARS-CoV-2, era uma pandemia. <https://www.paho.org/pt/documentos/cd586-pandemia-Covid-19-na-regiao-das-americas>

Núcleo Ampliado de apoio à Saúde da Família⁵ - (NASF) por meio do desfinanciamento deste programa tão importante para a atenção básica em saúde.

Famílias que não tinham acesso à internet ou não sabiam utilizar aplicativos para acessar benefícios assistenciais como cestas básicas, bolsa família, auxílio emergencial ou utilizar as plataformas de educação para seus filhos, recorriam aos profissionais de saúde.

Para além de todas essas vulnerabilidades dos usuários, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde foi além da assistência em saúde, precisaram lidar com o esforço da rede privatista do país que tentou de todas as formas avançar para a concretização do projeto de retirar da saúde gratuita, a vacinação contra a Covid-19, disputada de todas as formas inescrupulosas e possíveis para que ocorresse pelo sistema privado.

Apesar de tantos retrocessos, podemos concluir que “ainda é forte o movimento que protege o SUS”. A participação e a proteção dos movimentos que mantêm os ideais da reforma sanitária foram fatores essenciais para proteger a qualidade da saúde e a vida dos cidadãos e cidadãs (Campos, 2019).

Em entrevista à Fiocruz, em novembro de 2019, o Dr. Gastão W. S. Campos, falou sobre o subfinanciamento do SUS desde o seu nascimento e como nos últimos anos há um movimento para a desconstrução das políticas públicas, dos ataques às universidades públicas, à ciência e tecnologia, como toda esta desconstrução afeta a população e a qualidade da saúde de todos os cidadãos e cidadãs. Num país de tamanho continental e de desigualdades proporcionais em todo o território, cuja população depende do sistema público de saúde, representa um tenebroso retrocesso e a morte de seu povo (Campos, 2019).

Esta violência estrutural implacada pelo Estado Brasileiro na pessoa de Jair Messias Bolsonaro foi capaz de alavancar uma violência comportamental sem precedentes na história recente da saúde. Pessoas apoiadoras de tais retrocessos produziram desinformação e deslegitimação contra a ciência, contra a vacina, contra os profissionais de saúde que estavam comprometidos com a saúde pública, coletiva e com o SUS (Narvai, 2022).

Profissionais nos equipamentos de saúde, juntamente com os intelectuais da saúde, médicos que continuaram acreditando na pesquisa e não se deixaram levar pelos tratamentos ilusórios de cloroquina e demais medicamentos, cuja ineficácia mais tarde ficou comprovada, lutaram para que as ações de cuidado fossem pautados nas pesquisas em andamento. Não fossem estes valorosos profissionais, a situação teria sido mais grave em nosso país.

⁵ Ver Portaria de Consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017, seção II que revogou todos os tipos de financiamento e modalidades NASF. Além de criar o Programa Previne Brasil para modificar todo o financiamento do sistema de saúde no país. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

Não podendo deixar de mencionar a força dos combativos movimentos sociais que incluíram a saúde como bandeira de luta, contra os desmandos governamentais do Estado em plena pandemia, as consequências seriam muito mais devastadoras.

Gerou-se no país como consequência dessa violência do Estado, diversos tipos de violências comportamentais, mesmo sem elencar todas elas, precisamos pontuar algumas que foram e ainda são corriqueiramente noticiadas: preconceitos e acusações de discriminação contra profissionais de saúde que são agredidos por usuários, verbal e fisicamente, ameaças de morte aos trabalhadores da saúde, descaso com o cumprimento das leis trabalhistas pelo setores privados de saúde, utilização de contratos precários de trabalho, etc. Redes sociais foram e ainda são constantemente canais de desinformação contra a vacina, agressões escritas se dão constantemente àqueles que continuam acreditando no maior programa de vacinação, referência no mundo, o Programa Nacional de Imunização Brasileiro (PNI-BR,1975)⁶.

Agravou-se a situação para os usuários que dependiam exclusivamente da saúde pública, que além de fragilizados pelo descaso do Estado, foram afetados por situações onde trabalhadores alinhados com a governança trágica do período colocado, cansados ou descompromissados com a saúde, negligenciaram muitas vezes a escuta qualificada e a acolhida necessária para atender as demandas dos usuários.

Estes usuários, violados em seus direitos geraram outras violências e cometeram agressão verbal, assédio moral e até mesmo chegaram à violência física ao perderem o equilíbrio emocional diante das vulnerabilidades e da falta de acesso ou demora para atendimento e tratamento. Mesmo diante de profissionais engajados e comprometidos, muitas vezes não foram capazes de reconhecê-los e ponderar a forma de tratamento aos trabalhadores (Silva, CL, 2023).

Ainda neste contexto de violência, como consequência deste período danoso de desfinanciamento por meio do novo modelo implantado de financiamento, chamado Previne Brasil, agravou-se a situação do SUS.

Usuários que enfrentavam a demora para liberação de exames, de filas enormes para procedimentos cirúrgicos eletivos, tiveram suas demandas contingenciadas pela gravidade da crise sanitária. E por meio desse contingenciamento, houve ausência de promoção de saúde e prevenção às doenças, sucateamento de unidades de serviços públicos de saúde, ou seja, “o financiamento esgotado do SUS” forjou “uma Atenção Primária de Saúde - APS pública

⁶ Em 1975 foi institucionalizado o PNI, traçou diretrizes pautadas na experiência da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), com a prestação de serviços integrais de saúde através de sua rede própria. A legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 de 30-10-1975 e Decreto 78.231 de 30-12-76) deu ênfase às atividades permanentes de vacinação e contribuiu para fortalecer institucionalmente o Programa. <https://www.gov.br/saude/pt-br/ acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>

improdutiva” e gerou “a busca por alternativas viáveis à realidade daqueles que carecem da assistência em saúde – em que um mercado está preparado para se beneficiar dessa ausência do SUS” (Borges, *et al*, 2021, p.71).

Estes exemplos, minimamente apontados com a finalidade de demonstrar alguns dos muitos problemas da saúde no Brasil, coloca entre tantos desafios do SUS, a frágil vinculação dos usuários aos Programas da Atenção Básica – PAB, onde a prevenção e a promoção de saúde estão estabelecidos, mas ainda não são elementos recorrentes no comportamento social, como foi dito anteriormente, cujo cuidado com a saúde se faz após a instalação das doenças.

Ao contrário disso, a proposta do SUS, pautada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, incisos II e III, versa sobre um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;[...] e “participação da comunidade”. A integralidade traz no seu escopo a “dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” (Mattos, 2004).

Por isso é preciso atentar que o “SUS real” precisa passar por profundas reformas e a atual gestão federal com o Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2023-2026) tem muitos desafios para recompor e avançar na saúde:

Especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem **vários desafios na saúde**, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar [...]. A esses problemas acrescentam-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o **frágil vínculo com os usuários** [...]. Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a **dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe**. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a **presença de modelos de gestão centralizados e verticais**, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho” (Brasil, PNH, 2010, p.8, grifos nosso).

A citação deste documento governamental de 2010, tão atual como a história recente vivida sob o sucateamento do sistema pelo governo da gestão de 2018-2022, nos mostra os desafios do SUS e da sociedade para defendê-lo.

Em 2010 foi eleita a Presidenta Dilma Rousseff, progressista, e ainda assim, problemas sérios na gestão da saúde no país não eram novidades. Ela receberia do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva, seu alinhado político e de mesmo partido, demandas consideráveis e desafiadoras para a gestão da saúde no país.

Porém, havia uma construção em curso para a política de saúde, antes negligenciada por governos neoliberais, conforme a história pregressa do país, exposta minimamente neste

trabalho. Por isso ressaltamos que o retrocesso vivido na última Gestão Federal (2018-2022) causou uma profunda fratura e um retrocesso que não imaginávamos que a saúde teria que revivê-los.

A história da saúde é permeada de avanços e retrocessos, desta forma, necessariamente é preciso reafirmar e exigir que a “porta do não retorno” na saúde não pode existir, ao contrário, se faz necessário que o sistema de saúde brasileiro avance mais, seja plural, seja inclusivo, que receba a população para o cuidado integral da saúde, não ficando somente na lei e na recepção, tanto para a população urbana quanto para a população do campo, da floresta e das águas.

Desta maneira, para se cumprir todas essas premissas, caberá ao governo atual de Luiz Inácio Lula da Silva, em seu terceiro mandato, buscar seus apoiadores em todos os níveis de atuação, institucionais e principalmente junto aos movimentos sociais e populares, comprometidos com a bandeira de luta da saúde para imprimir uma pressão positiva ao Congresso Brasileiro.

Necessário ressaltar que há deputados e senadores apoiadores desta luta, porém não são a maioria formadora de uma aliança democrata. Muitos que lá estão são comprometidos com a ideologia capitalista, do agronegócio, que deseja “passar a boiada” sobre as conquistas sociais alcançadas pela luta dos trabalhadores e trabalhadoras deste país. São possíveis mercadores da política desejosos em fazer valer os ideais capitalistas e irão na contramão aos interesses sociais da população brasileira, dependente das políticas de saúde e usuária do Sistema Único de Saúde - SUS.

Para a “Política de Saúde do Povo do Campo”, ainda sem financiamento, como dito anteriormente, será preciso uma retomada de luta dos movimentos sociais junto aos parlamentares engajados nessa conquista.

Acompanhar a retomada, será uma tarefa para a sociedade que se ocupa em pensar a coletividade, pois essa Política se faz imprescindível (PNSIPCF, 2013) mediante as especificidades apontadas pelo Grupo da Terra e consolidadas na aprovação da Política, na 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2014), o marco histórico que precisará ser composto de novos acontecimentos para sua progressão.

Neste último semestre de 2024 foi realizado o encontro do Grupo de Trabalho (GT) Saúde do Campo, do Ministério da Saúde, conforme informou a Sra. Suzane Durães (Coordenação de Ambiente - VPAAPS/Fiocruz), encabeçando um projeto para a revisão da política incluindo na sigla Águas, ficando (PNSIPCFA), além de importantes novos eixos para sua reavaliação, alguns trabalhados nesta dissertação sendo “Eixos e atividades de

comunicação, **participação social e governança** deverão ser incorporados ao documento, além de ensino, pesquisa, inovação e atenção integral à saúde” (Fiocruz, 2024, grifos nosso).

3.2 A Política Nacional de Promoção de Saúde – a hegemonia das atividades assistenciais em detrimento das ações preventivas de saúde

No processo de construção e reconstrução social do país, passando por gestões comprometidas com as investidas neoliberais e o avanço do capital e por gestões comprometidas com o social, porém sem ofuscar totalmente a ação do capital, o Estado desenvolveu papel importante de resgate social da saúde e construiu diversas políticas para o cuidado em saúde da população, sendo “um ente decisivo” nessa construção (Narvai, 2022).

No contexto de avanços em direitos sociais da saúde, a Política Nacional de Promoção de Saúde surge em 2006, instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 e atualizada pela Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014. Em 2017, em meio ao desmonte que estava em curso no país, no Governo de Michel Temer, a Política foi revogada por meio da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 e instituída em outras bases para a saúde em geral (Brasil, 2017).

O que é necessário considerar como de muita relevância para a sociedade, que a população saiu em 2006 da ausência total de uma política de saúde para uma assistência que “delineia a promoção de saúde e a prevenção de agravos em saúde” (Brasil, 2006).

Ainda que tenha sofrido avanços e retrocessos em suas bases de financiamento, “pois o governo federal iniciou o SUS ‘puxando o tapete’ do financiamento”, não se desconsidera a sua importante atuação no modo de viver e promover outras condutas e ações que melhoraram a vida do povo brasileiro, que era excluído em sua grande maioria de qualquer sistema de saúde, fosse público ou privado (Borges, *et al*, 2021, p.19-20).

Antes do SUS configurava-se um tratamento curativo de benevolência para aqueles que se viam sem acesso aos serviços de saúde por não fazerem parte do quadro social do trabalho, conforme dito anteriormente.

Mesmo com a proposta de se fazer saúde a partir dos condicionantes e determinantes sociais em saúde, as atividades preventivas seguiram bastantes descoladas dos princípios do SUS e das muitas políticas elaboradas dentro do sistema de saúde, onde o discurso e a práxis ainda trilham caminhos diferenciados. Para Borges, *et al* (2021) e Narvai (2022) existe essa tensão entre o “plano formal e o plano concreto” quando falam sobre a experiências dos indivíduos que buscam a saúde e não conseguem realizá-la, seja na promoção, prevenção ou

muitas vezes na assistência, sendo o subfinanciamento crônico, um dos fatores que determina esses caminhos diferenciados.

Assim, “as limitações e ausências do SUS” ainda revelam usuários sem assistência integral, sem equidade, sem igualdade aos direitos dos cidadãos conquistados com a Carta Magna de 1988. Desde a criação do capítulo social da Constituição Federal/88 houve movimentos para persuadir a sua criação, porém não há, hoje, no dia-a-dia essa “mesma pressão” para que seja cumprido esses direitos conquistados, conforme está na Constituição e nas diversas políticas de saúde (Borges, *et al*, 2021).

As ações preventivas foram elencadas na Política de Promoção de Saúde (PNPS, 2006) antes dos serviços assistenciais, não por acaso, mas de maneira alguma expressou que a assistência deveria ficar em segundo plano, ao contrário, a partir das “demandas espontâneas” apresentadas nos serviços de saúde, em busca de cura para a doença, é possível pensar na “tríade indissolúvel saúde-doença-cuidado” (Narvai, 2022).

Porém, ainda é uma característica impregnada culturalmente, pois para a maioria cuidar da saúde restava a busca nos hospitais filantrópicos. A PNPS (2006) constrói um caminho para exercitar a “práxis” nas ações assistência-reflexão-prevenção (integralidade) em busca de mudança de comportamento e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

O que não se deve possibilitar é o retrocesso das conquistas dessa assistência-prevenção, ao contrário, avançar com as implementações de muitas outras ofertas em saúde que estejam consonantes com o avanço tecnológico em saúde, da medicina tradicional, mas também nas ofertas elaboradas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC, 2006), porque esta atua diretamente com o modo de vida das comunidades urbanas e das populações do campo, da floresta e das águas.

A (PNPS, 2006) trouxe orientações libertárias para promover a educação em saúde para a população, para o trabalhador da saúde (garantida na política de humanização), e a sua atualização em 2017, apresentou “valores fundantes” que se aproximaram da linguagem da vida, como a solidariedade e a felicidade.

A PNPS: a) reconhece a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; b) considera a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização; c) adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade. Cada um desses valores e princípios identificados na PNPS encontra-se definido nos artigos 3º e 4º da portaria anexa (Brasil, [MS, PORT. DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2], 2017).

Porém é preciso que seja parte de uma política nacional instituída de fato e permanente para mudar o quadro de desinformação e apartamento sobre o sistema de saúde e sua operacionalidade, principalmente pelos usuários.

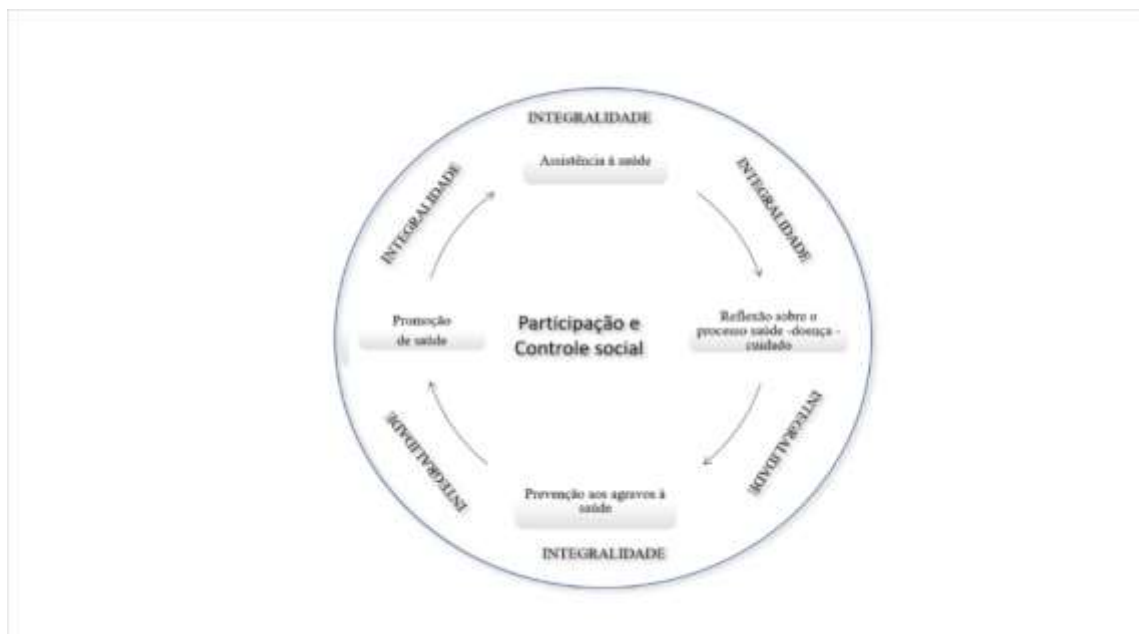
Retirar os sujeitos sociais da contemplação e inseri-los no processo de construção também é parte de um processo de integralidade, pois participação no controle social produz empoderamento social, produz felicidade em poder acessar os serviços de saúde quando necessários, produz mudança de comportamentos em busca de hábitos saudáveis de vida.

Essa integralidade dentro desse sistema de saúde universal e equânime requer dos profissionais, empenho, dedicação, formação pautados na humanização, numa lógica transversal de cuidado em saúde, onde outros saberes profissionais da saúde, para além do saber médico, sejam valorizados e respeitados no “processo saúde-doença-cuidado” (Narvai, 2022).

Requer também usuários que compreendam a necessidade de sua participação ativa para alterar os rumos do modelo de saúde que hoje continua com a lógica biomédica acentuada, apesar dos muitos avanços e da inclusão de práticas integrativas e complementares em saúde, onde será preciso fortalecer o conhecimento tradicional e popular, pois muitos grupos de usuários tem esse saber e podem contribuir com um cuidado em saúde pautados nessas práticas (PNPIC, 2006).

A integralidade representada na figura abaixo, para nossa pesquisa e atuação profissional está entre os mais difíceis enfrentamentos que o SUS precisa realizar, pois exige a cooperação em todas as camadas sociais, despidas de valores individuais e pautadas em valores coletivos, não somente pela complexidade do sistema construído, mas por causa da formação social e cultural do povo brasileiro, pois “o princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro. Não importa em que contexto ocorre o encontro entre as pessoas e os membros da equipe de saúde” (Mattos, 2004).

Figura 2 – A práxis da Integralidade



Fonte: Criação própria, 2024.

A responsabilidade é co-participativa, pois o SUS é “complexo” e exige a compreensão sobre a importância de se fazer uma saúde que atenda a diversidade cultural de nossa sociedade. Somos feitos de várias formações sociais e culturais, somos um povo que ocupa cidades, porém ocupa campos, florestas e vivem às margens de grandes rios e mares. Somos brancos, negros, indígenas e de uma miscigenação composta por europeus e de outros povos das Américas.

A Política de Saúde exige de toda a sociedade, uma participação na discussão da gestão e no controle social do SUS para se fazer cuidado em saúde na atenção primária efetiva às reais necessidades da população.

A melhora da assistência, da promoção de saúde, da prevenção de agravos à saúde, da atenção especializada, da redução das longas filas de espera, etc, requer ação participativa do povo brasileiro nos espaços de conferências em saúde, não a cada quatro anos, mas nos conselhos locais, regionais, municipais que precisam ser ocupados por uma população preparada, crítica, que participe da fiscalização com os conselheiros e intervenha para exigir mudanças nestes espaços, cuja participação não seja dada somente aos eleitos, mas a toda a população, pois “não obstante haja muitos problemas de representatividade, às vezes comprometida por práticas de nepotismo e clientelismo partidário, a participação ‘popular’ é exercida, nos limites da frágil democracia brasileira [...]” (Narvai, 2022, p.116).

Receber o SUS como de todos e não como um sistema “feito para pobres” é condição “sine qua nom” para a “universalidade, integralidade e equidade da saúde, imagem-objetivo da

Reforma Sanitária Brasileira (RSB)” (Borges, *et al*, 2021). Porém, esta visão de sistema “de e para todos com ampla cobertura da atenção primária em saúde” não está regulada no foco da visão da sociedade em geral.

Cidadãos e cidadãs ainda sem conhecimento sobre a organização e a operacionalização da política de saúde no tecido social que assume o SUS como condição dada aos pobres não é fato novo. Da mesma maneira, no seio da formação de diversas categorias profissionais da área de saúde, o registro da pobreza como condição para acessar o SUS é uma realidade (Paim, 2009).

Estes profissionais existem, posicionam-se de forma preconceituosa quando um/a cidadão/ã de condição financeira privilegiada ou que se insira numa classe média, busca atendimento na UBS.

Principalmente quando estes usuários posicionam-se criticamente a alguma situação encontrada na unidade de saúde que seja desfavorável ao atendimento desejado e se forem críticos à demorada agenda para atendimento.

Para Borges *et al* (2021) “Subsiste a percepção de que os postulados [as proposições] da Declaração de Alma-Ata [inserida nas ementas dos cursos de saúde], nunca foram implantados e que há o predomínio da APS seletiva”. Esta atenção seletiva foi “proposição do Banco Mundial (BM), liderada pelo seu presidente Robert Macnamara, no período de 1968-1981”, ou seja, em plena ditadura militar no Brasil, onde a sociedade se organizava intensamente neste período para combater o regime ditatorial e lutava para combater as desigualdades no seio da sociedade. Uma instituição liderada pelos Estados Unidos, orientava para uma atenção seletiva, um sistema para “pobres”, cujos programas de saúde “deveria combater somente certas doenças, como as infecto-contagiosas, a exemplo, malária, tuberculose” (Borges, *et al*, 2021, p.62-63).

A julgar pela seletividade proposta por esta instituição (BM) os pobres deveriam ser atendidos em algumas necessidades somente, que nos países pobres e em desenvolvimento somente as doenças que atrapalhavam, visivelmente, os sujeitos de trabalhar e produzir, ou seja, de sustentar o capital e sua exploração, deveriam receber os cuidados contra as doenças selecionadas (Borges, *et al*, 2021).

Ainda nesse contexto, seria como se as demais necessidades em saúde não carecessem de atenção, pois não impediriam de produzir dentro da perspectiva financeira do capital. Não precisariam de dentes tratados, não seria necessário fazer pré-natal para acompanhar a gestação, não seria necessário a vacinação das crianças, conforme hoje temos um calendário obrigatório desde o nascimento, etc.

Por tudo isso, há necessidade de reforma dos espaços de participação e controle social, cuja ocupação deveria ser feita por um grande contingente de conselheiros, cujos segmentos de representação deveriam ser ampliados, pois a atual formação desses segmentos não permite a inserção da maioria dos usuários do território.

E o trabalho de avaliação das políticas de saúde ficam nas mãos de poucos conselheiros, muitas vezes (des) preparados ou com baixa capacidade de negociar e alcançar uma votação que contemple os interesses da sociedade, sendo meramente avalistas das decisões dos executores da política de saúde.

Essa visão de mundo e percepção das expressões da realidade social ainda são pouco defendidas no modelo de formação dos trabalhadores da saúde, cujo modelo continua nos moldes flexneriano e hegemônico à visão de uma ciência curativa em detrimento da preventiva, apesar de ser propagado um outro discurso no meio acadêmico e social (Araújo, *et al*, 2007).

Em contrapartida temos um SUS construído em um modelo universal e contra-hegemônico, com uma massa de apoiadores e militantes em diversos movimentos sociais, estudiosos defensores do sistema e de referência para a política de saúde que trabalham em prol de mudanças daquele paradigma, mas ainda assim o sistema continua caminhando em outra direção (Araújo, *et al*, 2007).

Esse contrassenso implica em muitas violências estruturais instauradas contra a política conquistada, contra o povo brasileiro que lutou para ter uma saúde assistida, retira do sistema SUS a beleza de ser universal-equânime-integral, conforme seus princípios, descontribui para o fortalecimento do sistema, e ao contrário, contribuiu para a reprodução de um adoecimento físico, mental [e social] do povo brasileiro (Campos, 2019).

Paralelamente a isso, podemos constatar, tanto pela observação como pela experiência da atividade laboral nos serviços de saúde e nas mais diversas literaturas em saúde, que a grande maioria da população brasileira ou estrangeira residente no país continua preferencialmente tratando da doença ao invés de prevenir-se contra as mesmas.

Relutam em participar das ações de promoção da saúde por meio de programas e estratégias implantados para as ações de cuidado nas unidades de saúde, onde um dos objetivos de sua existência é a disseminação de hábitos saudáveis de vida, mudanças de posturas para a efetividade das ações de promoção e prevenção necessárias para aumentar a qualidade de vida, diminuir vulnerabilidades sociais e riscos de adoecimento (Bydlowski; Westphal; Pereira, 2004).

Por outro lado, o capital, que deseja impor a condição de mercadoria à saúde e trabalha incansavelmente por outro modelo social, tem no Estado improdutiva resistência contra suas ações.

O capital alimenta a seletividade da atenção à saúde financiando pesquisas, a construção de aparelhos cada vez mais avançados na perspectiva da tecnologia industrial, produz para a sociedade propagandas e chamamentos com um apelo incomensurável e repetitivos para que a população consuma o alimento industrializado, rápido e que “proporcione” tempo livre para desfrutar uma vida saudável.

A publicidade induz e/ou ratifica tendências, estimula o consumo, a forma de consumo, quem pode ou o que deve consumir (desde que se pague pelo produto) e ainda identifica o produto como fator de classificação em um determinado grupo social. [...]. Quando pensamos sobre a publicidade de produtos relacionados à saúde, como medicamentos, alimentos e cosméticos, podemos inferir uma relação direta entre esses elementos que necessita ser analisada à luz de parâmetros éticos que levem em conta o direito à informação e à saúde, permitindo uma maior e melhor aproximação de ações que possibilitem minimizar os riscos advindos do consumo induzido de forma indiscriminada. Neste sentido, adquire relevância a pesquisa e a discussão sobre a propaganda destes produtos, para adoção de medidas cautelares por parte de órgãos gestores como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Marins *et al*, 2011, p. 3874-3875).

Como contrassenso a este arsenal do capital, o Estado “plutocrata” mantém uma avaliação pouco criteriosa da posição da sociedade sobre a promoção e a educação em saúde, cuja escuta qualificada, ampliada e atenta à população nos diversos segmentos institucionais da esfera governamental poderiam gerar respostas e proporcionar propostas da própria população para entender e combater o modelo capitalista que atrai e conquista “mentes e corações”. E esta conquista não se dá com a população de classe média e alta, que desacredita o SUS, mas também com a população dependente do SUS, que não luta em sua maioria, contra as investidas do capital. Ao contrário, a grande massa populacional do país promove o consumo exagerado, desequilibrado e supérfluo (Borges, *et al*, 2021).

Para Osório “a reflexão sobre as relações entre a sociedade e o Estado e entre este e a economia está estreitamente associada à análise sobre os limites do Estado e suas especificidades”. Para além de entender porque a população prioriza a cura e o atendimento hospitalar em detrimento da proposta da Política da Atenção Básica e muitas vezes ignora a assistência e a promoção da saúde na atenção primária ofertada pelas UBS, o Estado carece de uma reflexão altamente regeneradora de sua função precípua de zelar pelo bem estar do seu povo, de servi-lo, ao invés de manter uma relação estreita e submissa ao capital (Osório, 2019, p. 397).

Essas situações requer de todos muita atenção, pois apesar de um modelo de sistema de saúde universal bastante diferenciado no mundo, o apelo do capital/consumo e a indústria da saúde farmacológica e tecnológica, transmite o “anseio” de fazer da saúde uma mercadoria, pois o SUS representa uma ameaça ao “complexo médico industrial” (Borges, *et al*, 2021, p.94).

E o Estado corrobora com este anseio, pois persiste no método verticalizado para se construir políticas públicas de saúde, mesmo considerando o modo de vida, as condições de trabalho, a habitação, o ambiente, a educação, o lazer, a cultura, o acesso a bens e serviços ofertados, que por vezes são insuficientes, na redação da política, onde todos os condicionantes são considerados, mas na prática, o que persiste é um “modelo biomédico de intervenção com ênfase na doença e não na saúde” (Candeias, 1997, p. 211).

Nesse sentido, a pandemia de Covid-19 evidenciou de forma ainda mais contundente o vácuo que há na promoção da saúde, tanto pelo (des)financiamento e pelo negacionismo da ciência na gestão 2018-2022, no Brasil, como pela falta de conhecimento e cultura do povo em cuidar-se numa perspectiva coletiva, preventiva e promocional da saúde.

Se assim não o fosse, milhares de indivíduos não teriam sido conquistados pela desinformação, não teriam desconsiderado o distanciamento social, o uso de máscara, não teriam deixado de vacinar-se, não produziram (des)informações em saúde e as orientações dos profissionais que atuaram na vigilância epidemiológica e sanitária seriam consideradas acima de ideologia política disseminada de forma indiscriminada, sem critérios científicos e pouca criteriosa pelo governo de Jair Messias Bolsonaro.

Ainda nesta direção, a abordagem e a prática do poder público em exercício não deve se pautar somente em um dos pilares da saúde (intervenção no processo saúde-doença), pois a promoção e a educação em saúde, “combinação” perfeita de conceitos e categorias da área, utilizam-se dos “múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas” (Candeias, 1997, p.210).

O sucesso do modelo de saúde, pensado e evoluído desde a reforma sanitária deveria ser fortalecido no tecido social, pois “o complexo processo saúde-doença-cuidado é muito mais do que algo que diga respeito a uma só pessoa” (Narvai, 2022, p.19). É na verdade, um “conjunto complexo” destinado a uma sociedade formada por uma imensa diversidade cultural, que somente trará resultados a partir de pensamentos e ações transformadoras pautados em ideais coletivos, para que outros avanços possam ser alcançados pelo SUS.

A abordagem de intervenção pautada em processo saúde-doença, ou seja, intervenção biomédica é uma das formas de intervenção na saúde, que tem preceitos importantes e que

devem ser valorizados, mas não supervalorizados, em detrimento de uma outra possibilidade de intervenção, muito mais ética, crítica e construtora de cuidados, estas são:

Abordagem de mudança de comportamento, a abordagem educativa, a abordagem centralizada no cliente e a abordagem societária, cada qual buscando a consecução de determinados objetivos e, para tanto, recorrendo a pressupostos teóricos e conceituais e a especialistas provenientes de vários campos de conhecimento científico (Candeias, 1997, p. 211).

Torna-se incompreensível que em seus territórios de vida e luta, a população seja desviada do seu cotidiano tão peculiar em prol da manutenção de um status da medicina que necessita de uma linguagem rebuscada para se fazer saúde. Esse sujeitos do cotidiano da produção da vida merecem a clareza da assistência ofertada a eles e sem necessariamente, utilizar termos fora do contexto de vida ao qual estão inseridos.

E nesse contexto, não podemos deixar de descrever a corresponsabilidade dos cidadãos e das cidadãs em superar a baixa informação e a passividade para mudanças de comportamentos individuais, que reverberam nos comportamentos coletivos e estruturais. Complementar a isto, não se pode deixar de mencionar a responsabilidade do Estado de ofertar uma atenção básica adequada para fazer a promoção de saúde e a prevenção de doenças eliminando da população o peso da insegurança em saúde.

O Estado é o maior responsável em ofertar uma política de saúde eficiente, universal e que atenda as reais demandas da população. Também é responsável por fazer o trabalho de educação permanente em saúde para a população, não só a educação permanente para os servidores da saúde. A população educada, no seu conceito mais genuíno de instruída, terá melhor condição de direcionar suas demandas sem depender de ações clientelistas e paternalistas como ocorre no Brasil, até os dias de hoje.

Mas será que o Estado, os governantes executivos em todas as esferas, os representantes legislativos, da mesma forma, estão desejosos de uma mudança significativa no seio da sociedade para eliminar o clientelismo e o paternalismo?

Outra observação a ser feita neste contexto de desinformação da população é o modo de intervir no “processo complexo de saúde-doença-cuidado” onde Estado e profissionais de saúde se preocupam, mas nem tanto, em esclarecer a população usuária do sistema de saúde público sobre as mais diversas abordagens para a intervenção na saúde.

É preciso que esclareça que não há uma única abordagem responsável para uma mudança cultural no seu território e na sociedade, afim de interromper ou amenizar processos de adoecimento da população, “promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades

pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida” é parte dos objetivos específicos da política de promoção da saúde (PNPS, 2014).

No universo do processo de cuidado em saúde há diferentes moldes de uma cultura popular que tem história, pois durante séculos foi a única “viga” que sustentou um povo múltiplo, cuja vida foi desrespeitada e explorada em todas as fases sociais após o “descobrimento” do país.

O que temos hoje é a continuidade do desrespeito, disfarçada pelo discurso do direito, porém agravada com a apropriação da cultura popular para a indústria farmacológica dos grandes capitalistas que necessitam incentivar o consumo e aumentar o lucro, e como se não bastasse, tentam tomar posse da saúde por meio do incentivo para a privatização do sistema do país.

Nesse sentido, fortalecer a atenção básica que, segundo Borges, *et al* (2021) daria conta “de resolver de 80% a 90% das necessidades da população no cuidado, com altíssima resolutividade, sem sofisticação e sem custos tão altos dos especializados”, não é de interesse do capital (Borges, *et al*, 2021, p. 62).

Porém, a intervenção adequada do Estado por meio de um Ministério de Saúde atuante que trabalhe para fazer saúde nos princípios da universalidade e equidade, muitas vezes é vista “refém” do sistema econômico do capital. Havendo oferta adequada da Atenção Primária em Saúde (APS) a população aprenderia a se direcionar para a atenção básica e as ações de promoção em saúde se realizariam juntamente com as ações de prevenção afim de evitar maior adoecimento das pessoas.

Nessa perspectiva, uma intervenção conveniente para a educação permanente em saúde para os usuários do SUS seria trabalhar a temática saúde com a linguagem que a população compreenda em seus territórios e dentro dos seus “modos de se fazer a vida”. A população do Brasil, um país de dimensões continentais, com uma diversidade de povos e de culturas, onde a educação formal sempre foi negligenciada, não carece de um distanciamento da língua falada para compreender a ciência.

Para alcançar os ideais expressos na RSB e no texto destinado à saúde por meio dos artigos constitucionais há um longo caminho a percorrer, parafraseando Borges, *et al* (2021) em seu livro “O longo amanhecer do SUS”, pois os constantes avanços e retrocessos, e este último não deveria existir, marcam a trajetória sofrida do sistema que fica na contramão do capital e à mercê de representantes políticos, ainda que seja uma Política de Estado.

Neste cenário, tende a predominar o paradigma biomédico e a lógica dele decorrente para pensar o desenho da atenção à saúde. Observe-se que os

médicos não são o único ator social do bloco político-ideológico liberal-privatista. Na prática, articulam-se com partidos políticos, prestadores privados e intelectuais de várias origens (Campos, 2007, p. 1868).

É compreensível que a sociedade brasileira, em geral, exija que a saúde, desde a “Constituição Cidadã” esteja na pauta constante do Estado e das agendas dos representantes políticos, que o investimento financeiro implantado, ainda não adequado para que a população receba o atendimento de qualidade e de forma imediata conforme os cuidados e a assistência necessária, seja pauta dessa pressão popular.

Porém, a luta por meio do movimento dos trabalhadores da saúde, que se comprometem com uma saúde pública e coletiva, de qualidade e gratuita, a luta dos movimentos populares que agregam a bandeira da saúde na luta de seus interesses e todo o conjunto da sociedade, classe média e alta (estas também dependem do SUS apesar de a maioria achar o contrário), enfim, todo o conjunto da sociedade, precisava marcar encontros de “amor” à causa, pois

Uma vez aprovada a legislação que sustentava o SUS, a oposição liberal-conservadora não abaixou sua bandeira e retirou-se tímida para seu canto, observando ordeiramente a gloriosa implementação do SUS pelas forças da reforma sanitária. Nada disto; ao contrário. Pergunto-me se seus intelectuais orgânicos leram Trotsky alguma vez e dele extraíram o conceito de “revolução permanente para orientar sua estratégia de resistência? (Campos, 2007, p. 1869).

O que fazer para que uma política de Estado esteja fora de “arranjos” e trocas parlamentares, fora do alcance das negociações com a oposição “liberal-conservadora-privatista”, cujos objetivos são os mais diversos e questionáveis, na esfera política partidária?

Sem a pretensão determinista de para isso e por isso, o avanço da politização individual, mas principalmente da organização coletiva através dos movimentos sociais em geral, poderia ser fator imprescindível para a transformação no tecido social, porém, a formação em educação popular em saúde precisaria ser fomentada para o fortalecimento dos movimentos sociais, para tanto, segundo Borges *et al*, seria preciso retomar a “aliança povo-sanitaristas dos anos 70 para construir uma APS punjante” (Borges, *et al*, 2021, p.75).

O momento atual, social e econômico na vida dos brasileiros difere daquela data de aprovação do SUS, porém a questão social brasileira, única, com seu princípio formado na desigualdade da distribuição de renda, continua produzindo altos índices de pobreza, desigualdade, desinformação, falta de acesso ou acesso restrito à saúde e permanece o irrisório conhecimento sobre a operacionalidade do SUS e sobre a potência do sistema, como um todo (Osório, 2022).

Para o mesmo autor, o momento político, econômico e social imposto pelo capitalismo exige a compreensão do ser humano sobre a rede na qual está aferrado, embaraçado, cujo processo de alienação é mantido por ‘fetiches’ que se não avaliados tornam-se verdades absolutas no meio social (Osório, 2022).

A palavra “developmente” ou “desarrollo” ou simplesmente desenvolvimento é a cobertura do feiticismo do capital. Porém, quantos seres humanos tem realmente acesso a esse desenvolvimento apregoado?

Romper a cápsula que favorece a alienação e protege o capital é condição precípua para a manutenção da vida, da saúde e porque não dizer das relações sociais e da própria reprodução da vida, pois junto a esta cobertura alienante está um poderoso nutriente, a fragmentação das informações e do conhecimento para impedir a ação crítica dos indivíduos (Osório, 2022).

O capital se apropria da (des)informação para imprimir a descredibilidade do sistema de saúde público e para tentar transformar a saúde em mercadoria, com a privatização do sistema de saúde. Por sua vez, conforme a autora Freitas, a ciência não se comporta alheio a este cenário, em posição de refém pelos baixos financiamentos ausentes do Estado estabelece outras bases para avançar, onde,

Os problemas e objetos de pesquisa, as descobertas e os objetivos estão relacionados com o modo de produção capitalista. Não está em um “vácuo social”, obedece, na maioria das vezes, às exigências do mercado, sobretudo quando falamos nas ciências naturais. Tanto que a ciência teve um grande crescimento no modo de produção capitalista, com investimentos para sua expansão. A ciência pode servir a essa expansão, pois foi demasiadamente relevante para o desenvolvimento de potencialidades positivas e das destrutivas do referido modo de produção (Freitas, 2017, p.147).

Este movimento do capitalismo é uma arte deste modo de produção que age sobre a população com o “feiticismo de desenvolvimento” e procura impedir ou desmobilizar a sociedade de lutar por um sistema de saúde público, integral, verdadeiramente social e gratuito. A saúde está exposta entre as ideologias antagônicas da “ciência e do capital” onde a primeira se mantém refém do investimento da segunda (Freitas, 2017).

A ciência diz objetivar o avanço do conhecimento para a manutenção da vida, o aumento da qualidade em saúde ofertada à população e o prolongamento dos dias de vida, porém sem financiamento adequado, não consegue avançar nas pesquisas em saúde. Por outro lado, o capital diz que está a serviço da ciência para que a sociedade avance na qualidade de vida e tenham mais acesso às descobertas de cura e tratamento, mas não tem interesse em ofertar esse financiamento se não for para alcançar o lucro que o sustenta. Freitas nos diz que:

Vivemos em um contexto de produção de necessidades e exploração do trabalho humano. Contexto de produção que desconsidera a vida humana, porque o importante é a obtenção do lucro, a expansão do capital. E neste contexto, os interesses econômicos em que as pesquisas – muito mais no caso das ciências naturais – precisam de financiamentos, as escolhas que parecem neutras ou livres de influências externas são demasiadamente influenciadas pelos citados interesses (Freitas, 2017, p.147).

O restrito financiamento das pesquisas em saúde e no sistema de saúde gratuito por meio público reverbera no cotidiano da vida, seja da cidade ou do campo. Na prática veremos os relatos à frente quando o usuário busca o cuidado nas unidades de saúde e não há médicos, quando consegue a consulta porém não há medicamentos adequados às necessidades daquele adoecimento, quando o acesso a exames e outros procedimentos não acontecem de forma imediata à necessidade em saúde, quando há necessidade de internações e os usuários aguardam na fila da regulação dos consórcios de saúde, entre os municípios.

Esta realidade não se contesta. É notícia corriqueira nas rádios e TVs do país. Outra referência é a própria experiência do uso do sistema SUS na vida e na atividade laboral desta pesquisadora na área de saúde, além da constatação na pesquisa apresentada neste trabalho.

Os relatos do estudo de caso gerado pela pesquisa de campo para este trabalho científico também revelarão outra dicotomia na saúde, a baixa participação da população nos espaços de controle social, que permanece de um modo geral, ínfima, improdutiva e sem constância.

Mas e o papel dos conselheiros eleitos para fazer o controle social? É somente fiscalizar as contas e os gastos em saúde das esferas governamentais? Poderiam fazer ações que contribuíssem para estancar ou reduzir o baixo conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e aproximar a população da ciência? E esta, poderia desenvolver outro papel na sociedade, além do objetivo de avançar com as descobertas em saúde? Será que a ciência deveria suscitar aquela “aproximação com o povo” da efervescente década de oitenta para “criar uma tensão positiva” na população e o “SUS tornar-se público, do povo”?

Racionalmente, “o maior empecilho” a todas estas respostas está concentrado no “próprio Estado plutocrata [influyente pelo dinheiro] a serviço do capital financeiro” (Borges, *et al*, 2021, p.15).

Outro ponto importante a ser produzido seria a reconfiguração dos espaços de participação e controle social com a inclusão expressiva de outros atores sociais e pessoas para atuação nas instâncias de deliberação, pois este é o espaço onde pode e devem ser apresentadas as propostas de cada território e as reivindicações de melhor investimento na saúde, de acordo

com as especificidades de cada município. Para isso as bases da Lei 8142/90 precisariam ser alteradas.

3.3 O espaço de controle social - um território a ser ocupado também pela população do campo

A Lei 8142 de 28/12/1990, “Dispõe **sobre a participação da comunidade** na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (Brasil, 1990, grifo nosso).

O ponto central e questionável dispõe sobre a participação da comunidade e não de toda a comunidade. Diferente da configuração necessária, apesar de cumprir as decisões referentes aos percentuais de cada segmento participativo, quando se diz “da e não de toda a”, apesar de parecer na forma coloquial que há a mesma intencionalidade, no conceito genuíno da expressão gramaticalmente não tem a mesma representatividade.

Membros da comunidade são eleitos para o segmento de usuários, eleitos para os conselhos locais, regionais e municipais. Porém, nem sempre estes eleitos são pessoas que a comunidade toda aprovaria sua eleição. Constatação que se dá pela forma de eleição dos conselhos e pela resposta que a maioria das pessoas sempre dá ao serem questionadas se conhecem os conselheiros eleitos do conselho que os representa (Silva, S., 2020).

Atrelado a esta mudança dos termos, “da e não de toda a”, o que seria necessário fazer para criar uma certa constância na participação local/regional/municipal que permitisse o eco das muitas vozes que não estão sendo percebidas nas esferas, estadual e federal? Para isso o modelo de controle social teria que passar por alterações em sua base legal, a Lei 8142/90?

Para complementar a discussão, os conselhos, geralmente, têm como seu/a presidente/a o/a gerente das Unidades de Saúde Básica - UBS local, ou seja, pessoa atrelada ao aparelho estatal. Os conselheiros em sua grande maioria utilizam-se do lugar para o qual foi eleito para construir relações de poder local, status perante o poder municipal e até mesmo, possibilidades para alavancar carreira política partidária **Erro! Indicador não definido.** (Silva, S., 2020).

O modelo de espaço de controle social ainda é de luta para poucos indivíduos e para poucos movimentos sociais, cujas deliberações em conferências territoriais, municipais, estaduais, distrital e nacional, são executadas pelo Estado quando bem lhe aprouver. Para esta inferência basta utilizar-se dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, analisar os

Planos Nacionais de Saúde (PNS) do país, além das Resoluções⁷ do Conselho Nacional de Saúde (CNS) quando aprova os planos de cada triênio (CNS, 2024).

A última, Resolução (Nº 741 de 22/02/2024) que dispõe sobre a aprovação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024 – 2027, está repleta de recomendações com os seguintes termos: “Devem ser, deverá ser debatido”, ou seja, há uma série de proposições que poderão ser contempladas no plano, mas o texto não explicita que estarão inseridas. Diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde em cada esfera de governo deveriam estar integralmente contempladas nos respectivos planos de saúde nacional, caso contrário, não justifica ouvir o povo brasileiro e atender quando for, (concordância verbal do futuro do subjuntivo do verbo SER), adequado aos olhos do Estado (Brasil, [CNS], 2024).

Atrelado a esta informação está a pouca capacidade dos usuários de utilizarem-se de instrumentos de gestão para solicitar ações que realmente o governo possa adotar em curto espaço de tempo. Entendendo que todas as ações são possíveis, desde que haja amparo legal para realizá-las, para se cumprir o que se estabelece o princípio da legalidade na gestão pública. Mesmo considerando a grande importância dos espaços de controle social, “os conselhos decerto não esgotam tudo que podem fazer pelas pessoas” (Narvai, 2022, p.188).

Mas se o Estado e os Conselhos não adotam ações permanentes para preparar o povo para participar, como este (povo) fará uma participação dentro daquilo que o SUS necessita e dentro da legalidade que o cerca?

Diante dessa ínfima possibilidade de ser acatada a vontade da expressão popular, infere-se que a concretização dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira - RSB sempre estiveram em risco constante de alteração e a construção da política de saúde pelo Estado manterá a verticalização de suas ações, sem contemplar a grande maioria das solicitações da população e sem contemplar muitas das reais necessidades da população.

Retomando o ponto alto da discussão “da e não de toda a” comunidade participar, parecendo a mesma intencionalidade, mas não a mesma representatividade, faz-se necessário explicar: a participação da comunidade se dá principalmente através dos conselhos e conferências de saúde, conforme a Lei 8142/90. Só está nessa lei o controle social como a ação de fiscalização da sociedade nas políticas públicas.

⁷ RESOLUÇÃO Nº 741, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2024 - Dispõe sobre a aprovação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024 – 2027 e outras indicações correlatas. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%20741,outtras%20indica%C3%A7%C3%B5es%20correlatas>.

Não consta na referida lei a democratização da gestão, pois aí está o ponto chave da participação - quando a sociedade participará realmente da gerência da política pública?

O que é o controle social senão o acompanhamento e a verificação das ações executadas dos gestores? Esta verificação e fiscalização são sobre ações construídas com a comunidade em geral? Ou construídas pela gestão e minimamente com um segmento de usuários que não representa ou alcança os anseios da população, em sua maioria?

Na maioria das vezes as ações não foram elaboradas juntamente com a sociedade no território. Este ponto é nevrálgico na política e altera todo o contexto entre a lei definida, o discurso da gestão, a prática aplicada pelos executores da política de saúde e sobre o que é realmente necessidade a ser atendida (Narvai, 2022).

Estas reflexões argumentativas são parte de um vasto pensamento daquilo que temos buscado e analisado sobre o controle social. São elementos que foram parte da graduação, especialização e de outra pós-graduação strito censo finalizada em 2020. São elementos para aprofundamento da questão, mas que hoje não podemos focalizar no trabalho que tem outros objetivos já mencionados.

Esses argumentos genericamente tratados aqui servirão necessariamente nas discussões dos resultados da pesquisa e para complementar à frente as respostas que os usuários do assentamento pesquisado trouxeram, a fim de dizer que, se a intencionalidade da lei é a participação de toda a sociedade no controle social, o campo do idealismo precisará ser revisitado e novas bases para a linguagem estabelecidas a fim de alcançar os ouvintes sociais.

Queremos dizer com isso que a intencionalidade tem ficado no campo do ideal e não ultrapassou as barreiras ao longo de tantos anos nos espaços sociais para que a população pudesse estar representada verdadeiramente e com a sua voz ecoando nas decisões governamentais em saúde.

4ANÁLISE SOBRE A CONSTRUÇÃO DO SETOR DE SAÚDE DO MST A PARTIR DOS PRIMEIROS CADERNOS PRODUZIDOS SOBRE SAÚDE

Analisar a trajetória do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST - não foi para a pesquisadora, uma tarefa fácil. Além do distanciamento entre a pesquisadora e o objeto da pesquisa, a longevidade construída de todo o movimento tornou-se um desafio imenso para ser descrito em um foco somente de análise.

O movimento é um arsenal de dados, rico, diverso, de superação por décadas de muitos desafios e que tem em rota a construção de um modo de vida diferenciado para o povo do campo. Por isso muito ainda há para superarem diante do conjunto de toda a militância, que também é formada por uma “brava gente”, rica culturalmente e socialmente.

Desta forma, para aproximarmos do objetivo proposto, focamos exclusivamente no Setor de Saúde, pois elegemos a saúde como tema principal do trabalho. Recebemos poucos materiais sistematizados do próprio Setor de Saúde do MST, pesquisamos em outros bancos de dados e elegemos os primeiros cadernos do início da construção do Setor de Saúde. Estes cadernos estão numerados de um (01) a cinco (05), conforme publicação.

Além disso, buscamos no próprio site do MST e em outros, como da própria Unesp, materiais que foram sendo colocados no repositório da universidade, frutos de uma longa busca da militância para a formação superior e a construção de novos paradigmas para o movimento. Nosso objetivo era a conversação entre o objeto da pesquisa e a trajetória do Setor de Saúde.

Logicamente nossa pretensão em explorar toda a riqueza dos materiais existia, mas além de ser impossível em um curto período de mestrado, não existia condições acadêmicas e financeiras para o vulto de um trabalho como esse. Além de ser um trabalho acadêmico solitário, somos “criança” diante da jornada de vida militante que o movimento já percorreu, sem contar que distanciaria do principal objeto de pesquisa que é contribuir para apreendermos um pouco mais sobre os desafios do SUS para atender a população do campo e, quem sabe, ajudar a construir caminhos que possam minorá-los.

Mas não podemos deixar de dar nota sobre a riqueza dos materiais pesquisados e que proporcionou um desejo enorme de escrever muito mais sobre o movimento, pois seu exemplo de luta e de resistência, além de sua demonstração tangível de que é possível e necessário transformar a sociedade permeada por um consumismo e um delírio capitalista aniquilador, conquistou nossa mente e coração.

4.1 A trajetória do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – o MST

A breve contextualização inicia com o ano de 1984, ano de nascimento do MST, para depois apresentarmos a trajetória e a construção do Setor de Saúde.

Este ano (1984) da história foi palco de uma efervescência social no Brasil, na América Latina e Caribe, cujos governos ditatoriais experimentavam um enfraquecimento após anos de “chumbo” sobre as sociedades latino americanas e caribenhas. Período corrosivo, que implicou em maiores ou menores graus de violência sobre a população civil, subjulgou os povos e gerou a morte de tantos cidadãos e cidadãs que lutaram para por fim ao regime (Osório, 2019).

O Brasil de 1984 ganhou um importante movimento social, camponês, combatente e organizado que contribuiu para o processo das diretas já e para a redemocratização do país. Assim, registra-se o nascimento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST – organizado em Cascavel, no Estado do Paraná, com o Primeiro Encontro dos trabalhadores e trabalhadoras do campo, com aproximadamente oitenta participantes de treze Estados, definindo a luta, pois “sem terra não há democracia” (MST, 2016, p.34).

O movimento recebeu apoio da organização dos trabalhadores pela Frente Nacional dos Trabalhadores (FNT), da Comissão Pastoral da Terra (CPT) e das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), “vinculadas ao setor progressista da igreja católica”, além do apoio da Igreja Luterana, conforme o registro dos 30 anos do movimento, no livro “Retratos de Gerações em Luta” (MST, 2014, p.14).

Organizou o Primeiro Congresso no ano seguinte, 1985, cujo tema foi “Terra para quem nela trabalha” (MST, 1999) e “sem Reforma agrária não há democracia”, com essa luta apoiou a nova constituinte que culminou na Constituição Federal de 1988, a chamada “Carta Cidadã”, cuja construção se deu pela aliança dos trabalhadores e das trabalhadoras rurais ao restante da sociedade que estava em plena efervescência social, onde a participação da sociedade foi ponto chave para a conquista de uma Constituição emancipatória.

A partir desse momento participativo do “povo do campo” foi possível a inclusão dos artigos 184/186 da Constituição Federal/88) garantindo que houvesse no texto constitucional a definição sobre a função social da terra e a expropriação das terras do latifúndio improdutivo (MST, 2014, p.14).

Conforme Narvai (2022), em seu capítulo “Yamandú e a Pajelança” – a partir da “consumada invasão”, o muito nas mãos de poucos está nas entranhas do país desde sua colonização, a partir da divisão das capitanias hereditárias e da formação das sesmarias, cujas

desigualdades se estabeleceram e marcaram a gestação da injustiça social, que impera no país e está longe de ser dissipada (Narvai, 2022).

O MST está organizado em vinte e quatro (24) Estados na federação nacional, nos mais diversos assentamentos e acampamentos e tem em sua organicidade a criação de diversos setores com as suas bandeiras de lutas, entre estes, o setor da saúde com a bandeira da saúde pública como direito de todos garantidos na Constituição Federal de 1988 (MST, 2014, p.14).

São vários setores e coletivos: frente de massas; formação política; educação; produção; comunicação; projetos; gênero; direitos humanos; saúde; finanças; relações internacionais; cultura; juventude; população LGBTQ+ sem Terra.

Os setores e os coletivos são parte da estratégia de luta e da instrumentalidade do movimento para fazer a luta diária a fim de proporcionar aos trabalhadores e trabalhadoras as condições necessárias para cumprir as obrigações, “a implementação do planejamento e a execução das suas tarefas baseadas nas linhas políticas definidas nos congressos nacionais, nos encontros nacionais e estaduais”, acessar os direitos sociais conquistados pela e na Constituição Federal do país (MST- NGPO, 2016, p.35).

Quando o Setor de Saúde iniciou-se, foi formado um coletivo em saúde produzindo discussões que geraram oficinas para a sua militância. A primeira delas em 1998, em Brasília, teve a participação de membros do movimento de 23 Estados da Federação. Suas ações culminaram em publicações de saúde, umas próprias, outras desenvolvidas em parcerias com instituições de ensino e pesquisa, como exemplo a Fiocruz, e com outros parceiros e amigos do movimento (MST, 2014).

Alguns destes materiais são parte das reflexões construídas ao longo da dissertação que apoiarão as discussões a cerca da pesquisa de campo realizada no Assentamento Olga Benário em Visconde do Rio Branco, Minas Gerais.

Os direitos sociais são constantemente ameaçados pela imposição do capital e de seu modo de produção, amparado em sujeitos da história social e política do país à serviço da inviabilização das reformas necessárias ao sistema capitalista, para que garanta acesso, distribuição de renda e qualidade de vida para a massa trabalhadora.

Perguntamos: como pode haver democracia com injustiça social, onde a força do trabalho do campo, produzida pelos trabalhadores e trabalhadoras, não tem garantido a terra,

não tem garantido o direito de produzir o alimento saudável para si, para o sustento da família, para poder comercializar e viver do que sabem produzir?

Como pode haver democracia onde o direito de receber o cuidado integral e de qualidade em saúde é negligenciado no conjunto da operacionalidade do sistema de saúde?

Garantir que a luta pelas reformas necessárias não esmoreça e que os direitos ameaçados sejam mantidos não é uma luta de um movimento, mas de todos os brasileiros e brasileiras, na cidade e no campo.

Esta luta também é saúde.

Uma das preocupações do Movimento é garantir que o Estado cumpra com seu dever em possibilitar o acesso à saúde básica universal. Trata-se de um direito de todo povo brasileiro, apesar de ser negado à maioria da população, especialmente no campo. Por isso, o Setor de Saúde tem o papel de pressionar o Estado para que este cumpra com sua função nas áreas de assentamentos e acampamentos, e que implemente **políticas públicas de soberania, segurança alimentar, de condições de vida dignas, como medidas de saúde preventivas às doenças** (MST, 2023, grifos nosso).

Não há como pensar saúde sem pensar em terra e trabalho, não há como pensar terra e trabalho dissociando-os da natureza, não há como pensar a natureza sem pensar na destruição que o capital está provocando devido a forma de exploração. Não há como não associar a exploração da natureza, do homem e da mulher trabalhadora aos inúmeros processos de adoecimento do ser humano.

Nesse contexto, o MST apresenta-se como um importante movimento de massas que desenvolve um processo de luta e resistência há quarenta anos, cuja organicidade produz setores que possibilitam aos Sem Terra adquirirem conhecimento para fortalecimento de suas sabedorias em plantar, colher, coletivizar-se, solidarizar-se com as pessoas, na produção do trabalho, da comida saudável, desenvolvem importantes ações de prevenção de doenças, mas também de promoção de saúde.

Saúde tem sido para eles lutar contra tudo que os mantém oprimidos, sem acesso à terra e sem o direito de viver em condições de igualdade e prosperidade com todos os trabalhadores e trabalhadoras deste país.

Por esta forma de moldar o conceito de saúde, elegemos os primeiros materiais, pois à época, já havia no coletivo de saúde a força para imprimir rumos diferenciados em favor de uma outra saúde para o povo do campo.

Seria o Setor de Saúde do movimento um sistema complementar ao SUS para enfrentar as limitações do próprio sistema a fim de alcançar o “povo do campo”?

Para tentarmos responder analisaremos os primeiros cadernos de saúde do movimento voltando nossos olhares para o objetivo primordial de sua construção e se este tem conseguido desempenhar efetivamente o seu papel na atualidade e na vida dos assentados e acampados.

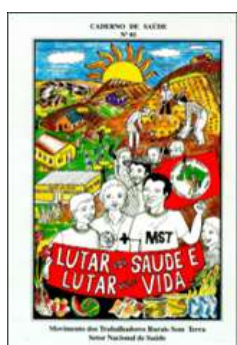
Antes, cabe uma nota sobre o desejo de utilizarmos as figuras dos cadernos em cada subitem destinado a cada um deles a fim de apresentá-los a quem não os conhecia, assim como foi apresentado a esta pesquisadora que vos escreve.

4.2 O Caderno de Saúde nº 1: Lutar por saúde é lutar pela vida

Publicado em abril de 1999, o caderno número um (1) - figura 3, traz como Tema “Lutar por saúde é lutar pela vida”, organizado pelo coletivo de saúde do MST após a primeira oficina nacional em 1998.

Este revelou-nos importantes elementos para reflexões pertinentes aos objetivos propostos do presente trabalho: a saúde como direito conquistado, a defesa do SUS, a participação da sociedade nos conselhos de saúde e a incipiente participação do próprio movimento nesses espaços de controle social, bem como os desafios do acesso à saúde, conforme expressamos em toda a introdução e demais discussões sobre a saúde no país e nos capítulos de análise da pesquisa.

Figura 3 – Caderno de Saúde nº 1: Lutar por saúde é lutar pela vida



Fonte: Site do MST, 2024.

Não há como lutar pela vida sem saúde, pois a partir deste bem inafiansável que cada um poderá construir a luta pela terra e pelo trabalho, elementos intrínsecos à dignidade do sujeito social, que precisa se sustentar e também à sua prole.

Se este direito foi garantido na Constituição Federal/88, porque então a população tem

que continuar lutando para mantê-lo? Marx nos relata e ao mesmo tempo nos alerta em seu livro “O Capital” que,

Embora a saúde da população seja um elemento tão importante do capital nacional, receamos ter de confessar que os capitalistas não se sentem inclinados a conservar e zelar por esse tesouro e dar-lhe valor [...] A consideração pela saúde dos trabalhadores foi imposta aos fabricantes (Marx, 1996, p.383).

Trecho citado no jornal Times em 05 de novembro de 1861, porém não revela quem impôs esta condição, se Estado ou a sociedade. O fato mais palpável seria a pressão da sociedade como vimos em outro trecho das afirmações de Marx ao dizer que a sociedade era a que “coagia” os capitalistas a ter algum tipo de consideração pela saúde e pelo tempo de vida do trabalhador.

Não seria o Estado responsável por garanti-lo sem que a sociedade precisasse todos os dias enfrentar desafios para acessar o sistema de saúde? A defesa do SUS cabe somente aos pobres?

A sociedade precisa se organizar em movimentos para proteger o que está garantido ao invés de se organizar para buscar outros direitos que ainda não foram conquistados?

Um Estado que permite um direito constitucionalmente garantido ser objeto de desfinanciamento, de manipulação e ataques do capital para transformar a saúde em mercadoria é um Estado indefensável perante a sociedade.

A formação e a função do Estado existe para o povo e, saúde não pode ser objeto de barganha, onde “o sistema neoliberal quer transformar nossas vidas num grande mercado onde tudo precisa ser comprado e vendido, inclusive a saúde” (MST, CAD.Nº 1,1999, p.5).

Na primeira república foi outorgada a primeira Constituição Federal/1824 e a saúde não foi objeto de interesse para garantir assistência ao povo brasileiro, sucessivamente vieram outras cartas constitucionais que não garantiram ou somente garantiram conforme a necessidade do Estado e o interesse do Estado diante do avanço econômico do país, contemplando a classe burguesa.

Somente a partir de 1988 foi garantido este direito sob as Leis 8080/90, a 8142/90, o Decreto 7508/2011 que regulamentou a lei 8080/90 e as diversas outras leis, decretos e resoluções que ampararam o direito conquistado.

Apesar de todo esse aparato legal, parece que são insuficientes para não permitir que haja falta de acesso ou acesso precário, que haja financiamento variável a depender do presidente eleito. Essa situação também deveria ser pauta de reflexão constante da sociedade

e jamais permitir que seus representantes políticos usem-na como pauta eleitoral em épocas de campanhas.

Para evitar esses comportamentos que as principais Leis (8080/90 e 8142/90) foram aprovadas a fim de garantir financiamento e participação da população por meio dos conselhos e conferências de saúde, mesmo que seja uma participação restrita e insuficiente diante dos desafios a serem enfrentados pelo SUS.

O que responderia à baixa ou à precária participação da população e dos próprios movimentos sociais na discussão e defesa da saúde na sociedade e nos conselhos?

O MST neste primeiro caderno revela que há diferentes formas de se pensar a saúde e a participação no controle social do SUS. Nos assentamentos e acampamentos, alguns de seus membros participam de conselhos, mas naquele momento não havia unanimidade sobre a participação de todo o movimento, pois entendem que “existem centenas de conselhos formados, mas na prática poucos funcionam de fato” (MST, CAD. Nº 1, 1999, p.10).

Descrevem problemas dos conselhos que não são diferentes dos quais constatamos e discutimos na dissertação de mestrado profissional na UFMG (Silva, S., 2020).

Dos cinco problemas elencados no caderno, dois são dos mais graves no controle social:

Conselhos que não decidem, quem toma a decisão é o secretário de saúde ou o prefeito sozinho” e “os representantes da população (segmento usuários) não informam nem mobilizam a base para garantir a provação de medidas que assegurem um bom atendimento à população (MST, CAD. Nº 1, 1999, p.10).

Isto infere que há um Estado manipulador utilizando-se do poder concedido pelo povo e agindo de acordo com os ideais do governante, falseando os interesses da população e da sociedade, que por sua vez se coloca no lugar de receptora e caminha pouca reflexiva sobre os direitos garantidos pela Constituição Federal/88 e sobre as leis que asseguram à ela, poderes de participação para decidir os melhores rumos para o território onde vive, a fim de que este território seja de fato um lugar vivo por direito e não por paternalismo e alienação.

“Conhecer, organizar e mobilizar”, um dos gritos de luta do MST revela-nos a necessidade e a importância da militância dos assentamentos e acampamentos participar dos conselhos em seus municípios/territórios para colaborar na luta em defesa da saúde e do SUS, inserindo os princípios elaborados pelo movimento na primeira oficina de saúde do MST:

Lutar pela valorização da vida, acesso ao conhecimento e à informação, saúde como dever do Estado, atenção integral à saúde, prioridade à promoção e à prevenção, respeito às diferenças culturais, fortalecimento das práticas não convencionais em saúde, saúde como uma conquista de luta popular

(MST,1999, p.12-13).

Compreende-se que no momento da construção do setor e na primeira publicação, o movimento lutava para garantir o acesso da sua militância ao SUS e já reconhecia os entraves sobre a gestão nos conselhos que os deixava na periferia da participação.

Retomando o último item do caderno número 1, “sem saúde não há reforma agrária” o movimento aponta três valores básicos, para alcançar a meta que é a reforma agrária: elevar o nível de sabedoria do [seu] povo, ouvir os segredos da terra e da natureza e fazer a solidariedade como um dever social (MST,1999).

O primeiro diz sabedoria, mas acreditamos, pelo contexto, que se refere ao conhecimento que muitas vezes a classe trabalhadora não o detêm. O segundo nos apresenta quem realmente sabe da importância de ouvir a natureza, ouvi-la ao ponto de revelar seus segredos exige conhecimento técnico sobre a terra, sobre o plantar, porém o saber popular transmitido entre tantas gerações do campo é como uma dádiva pelo percurso que traçaram.

Quanto à solidariedade, o MST tem apostado nesta estratégia para que a sociedade reconheça-o como um projeto político necessário à sociedade e à classe trabalhadora de diversos segmentos e diversos territórios tem desfrutado dessa solidariedade, como aconteceu na pandemia da Covid-19 em 2020, distribuindo toneladas de alimentos e marmitas, repetindo o mesmo em outras tragédias como em Pernambuco em 2022, no Sul do país em 2023 e novamente em 2024.

Estes valores básicos resgatam o maior valor que é a valorização do ser humano. Não produzir para o lucro, mas para que os sujeitos da vida tenham dignidade para viver, “a luta pela reforma agrária é também a luta pela saúde, [...], é uma luta de todos porque suas razões estão na conquista da dignidade e na construção da felicidade para toda a coletividade” (MST, 1999, p.16).

4.3 O Caderno de Saúde nº 2: Programa Terra e Saúde

Sua publicação foi no ano de 1999. Neste caderno dois (02) de saúde, do Programa Terra e Saúde (figura 4) vemos o Setor de Saúde colocar em ação os princípios norteadores descritos no caderno nº 1 por meio das práticas populares em saúde e por meio de um trabalho preventivo em saúde, buscando refletir e agir nessa transformação necessária socialmente, enfatizando que “das plantas [constrói-se] uma nova saúde” entre e para os seus participantes.

Cabe ressaltar a rápida publicação entre o caderno número 1 e 2, a diferença é de

apenas sete meses. Infere-se que o projeto para o cuidado em saúde estava organizado de tal forma a cumprir ligeiramente os primeiros passos a fim de cuidar dos trabalhadores e trabalhadoras que tinham o acesso ainda mais restrito que o é nos dias de hoje.

Apresentou-se como objetivo a busca para “solucionar os problemas básicos de saúde em suas áreas e nas comunidades vizinhas, organizando o povo, buscando resistir ao capitalismo e a exclusão intrínseca a este sistema” (MST, 1999, p.3).

Figura 4 – Caderno de Saúde número 2: Programa Terra e Saúde



Fonte: Site MST, 2024.

Ao iniciar esta produção do caderno construíram o primeiro capítulo para pensarem o conceito de saúde para o movimento e o primeiro ponto de análise foi sobre a carga negativa que o capitalismo carrega em sua essência: a construção da dependência econômica e política, cuja saúde também está na fúria do mercado para transformá-la em mercadoria, pois “tudo que dá lucro é mercadoria e a saúde é o grande trunfo do capital” (MST, CAD. Nº 2, 1999, p.5).

O capital na área farmacológica implantou uma cultura na sociedade pela busca por medicamentos produzidos quimicamente através das indústrias farmacêuticas e, como exemplo, vemos uma quantidade enorme de apelos das propagandas televisionadas, nas redes sociais e nas mais diversas mídias digitais, cuja população em sua grande maioria amplia o consumo por meio da automedicação e alimenta o capital ciclicamente a cada novo produto comercializado, conforme exposto sobre a atuação da mídia (MST, CAD.Nº 2, 1999, p.5-6).

Com a implantação do Programa Terra e Saúde iniciado por meio da parceria com a Fiocruz, o Programa Farmácia Solidária objetivou “aumentar a compreensão e a luta pela saúde efetiva” e possibilitou diversas ações do setor e de seus integrantes para comunitariamente desenvolver trabalho, valorização das pessoas que produzem os chás, os remédios caseiros (garrafadas) e tantas outras ações que sempre fizeram parte do saber popular em saúde e, que de certa forma, foi cooptado ao longo das transformações sociais,

cujos sistema capitalista impôs outros meios para reproduzi-lo (MST, CAD.Nº 2, 1999, p.6).

À época, o programa contava com “um complexo agrofarmacêutico constituído de horta e laboratório” (MST, 1999, p.8) e foi possível distribuir kits de remédios para as áreas indicadas pelo movimento. Assim como muitas organizações e projetos sociais, o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) tem registrado a sua luta e seu trabalho com as múltiplas adversidades de seus militantes a fim de obterem acesso à saúde de qualidade através do sistema de saúde do país, o SUS, mas requerendo sempre a valorização de seus saberes adquiridos pela cultura popular em cuidado à saúde.

Quando o movimento construiu a primeira oficina nacional em saúde, no Distrito Federal, Brasília, para que seus militantes comesçassem a analisar a situação de saúde dentro de suas necessidades e da realidade que os cercava e ainda os cerca, a despeito de todos os avanços alcançados no sistema de saúde, ainda não havia a conscientização transformadora da agroecologia transbordando na consciência de boa parte da sua militância e que seria ela (agroecologia) uma forte aliada nesse processo para se fazer saúde. Esta nova forma de produzir tem seu marco nos anos finais da década de 1990 e início dos anos 2000, conforme descreve (Sansolo *et al*, 2021, p. 50).

É evidente que “sem saúde não há reforma agrária”, porém naquele momento da construção do caderno nº 2, o movimento reconheceu que entre a militância “havia uma certa negligência com a saúde” (MST, 1999, p.6), e o fato de ser referência de luta, de inovação no modelo de agricultura e no enfrentamento ao Estado burguês, havia a necessidade de se pensar que para continuar dando conta da responsabilidade vultuosa que lhe pesava, a saúde não poderia ficar em segundo ou qualquer outro plano.

A partir deste pressuposto, inferimos que a concepção de saúde, a promoção da saúde e a prevenção às doenças passaram a constituir-se “capital” para o fortalecimento dos trabalhadores e trabalhadoras, pois a luta que haviam travado já somava-se quinze anos desde o 1º Congresso e se tornado referência como resistência à violência estrutural do Estado.

Estado permeado pelos rumos burgueses e de vestimenta de uma nova república que caminhava a passos curtos para as necessárias transformações estruturais e sociais emergidas com o novo texto constitucional, apoiado e defendido pelo movimento do povo do campo para construir uma outra nação.

A partir daquele momento de construção de um conceito de saúde ampliado na perspectiva do movimento, algumas medidas foram elencadas para aprimorar e nortear as atividades do Setor de Saúde: i) a relação com a terra; ii) a forma de alimentação; iii) a parcela do lote; iv) a relação com a água; v) o resgate do uso das plantas medicinais; vi) a valorização

da vida; vii) a busca pelos estudos e conhecimentos; viii) a valorização da saúde da família; ix) a cultura e x) a luta pela assistência à saúde (MST, 1999, p.7).

Conforme a história traduzida pelos cadernos 1 e 2, permite-nos uma análise significativa ainda nos dias de hoje sobre a visível violência pela ausência da terra para a sobrevivência de tantas famílias diante do lento processo do Estado em fazer a reforma agrária, para atender as múltiplas necessidades das famílias sem terra e sem teto e faz com que o MST continue trabalhando e lutando para enfrentar a negligência do acesso e do cuidado em saúde para o seu povo.

Neste ponto sobre a assistência infere-se dizer que essa luta precisa expandir-se não somente pelo acesso e pelo tratamento digno, mas para ampliar a sua participação nos conselhos de saúde de todos os territórios onde residem os assentados e acampados, ainda que sem cadeira entre os conselheiros, mas para se fazerem ouvidos.

As negligências referentes à assistência ou à demora para ser prestada não atingem somente a militância do MST, muitas vezes o movimento e sua militância ficam invisíveis ao restante da população das áreas urbanas ou até mesmo das populações rurais, pois o povo brasileiro se divide em muitos grupos sociais, ocupa espaços muito distintos uns dos outros, cujos interesses também são diversos. Isso colabora para que as distintas realidades e os obstáculos que são comuns ao acesso de saúde e aos demais direitos sociais fiquem invisíveis ou seja colocado em escalas de importância diferenciadas.

Porém, junto à invisibilidade dos problemas de acesso que toda a população brasileira vivencia em diferentes contextos, há também o não reconhecimento da luta do movimento e de seus integrantes por parte da sociedade com tentativas diversas de criminalizá-lo, incluindo até mesmo a própria população rural, vítima também da assistência precária e morosa.

A radicalidade da luta do movimento pela conquista da terra imprime uma certa desconfiança na população por desconhecer a função social da terra e o que versa a Constituição de 1988, além de ignorarem o processo de construção do estatuto da terra.

Roseli Caldart, no Primeiro Seminário Internacional da CLACSO em 1999, ao discorrer sobre uma das características do MST disse que,

A radicalidade do seu jeito de fazer a luta e os sujeitos que ela envolve, traduz em uma “radicalidade, da luta, do jeito e de quem a faz, [...] provoca na sociedade a tomada de posição imediata: as pessoas são contra ou são a favor das ações do MST; mas de modo geral não costumam ficar indiferentes a elas (Caldart, 2001, p.208).

Essa “não indiferença” não resulta somente em concordância com a luta e com os

objetivos do movimento, retrata também o que a sociedade tem experimentado, um modo de vida individualizado e apartado da coletividade, principalmente a parcela da sociedade que vive nos centros urbanos, nas regiões periféricas, com menor bagagem de conhecimento e com o acúmulo de fatores que contribuem para o aumento das vulnerabilidades sociais e para o acirramento das lutas individualizadas.

Há uma relação de individualismo imbricado à exclusão social, à luta pelo trabalho e à concorrência desleal que faz com que os trabalhadores se "digladiam" no mundo do trabalho, pois

O que ocorre é uma ressignificação com base no processo de individualização, ou seja, os problemas sociais passam a ser compreendidos também segundo a individualidade de cada um e não unicamente na sua conformação coletiva (Costa, 2018, p.14).

Ou seja, o indivíduo “desajustado” na roda do capital, além de ser visto como o problema, precisa dar conta de suas demandas sociais individualmente.

Na contramão dessa individualização está outra característica importante do movimento (MST) que é a “capacidade que vem construindo de universalizar ou de tornar a sociedade como um todo, uma bandeira de luta que nasce de um grupo social específico e de seus interesses sociais imediatos” (Caldart, 2001, p.209).

O Movimento dos Trabalhadores sem Terra, no III Congresso Nacional (1995) sintetizou a construção de sua identidade:

Buscar educar a sociedade para que reconheça a Reforma Agrária como uma luta não apenas dos trabalhadores e das trabalhadoras da terra, [...] e que esse processo de construção desta característica tem levado a uma identificação cada vez maior das maiorias excluídas, bem como de outros sujeitos que com elas se identificam politicamente, com os Sem Terra e com o MST (Caldart, 2001, p.209).

As situações de moradia, o modo de vida das populações de áreas distantes, rurais ou periféricas, como os acampamentos e assentamentos, a pobreza, o acesso restrito aos bens de consumo e às políticas públicas são pautas que possibilitam a aproximação do movimento ao conjunto da sociedade que vive estas realidades.

No contexto da política de saúde, exigem dos profissionais de saúde um olhar singular, sensível, empático e incluyente para que ofereçam um tratamento humanizado no cuidado em saúde, além de uma busca permanente por conhecimento e construção de estratégias para lidar com as diversas vulnerabilidades sociais, apreender sobre o modo de vida e a cultura das famílias que muitas vezes não veem o cuidado em saúde pautado na lógica biomédica.

O olhar singular dos profissionais de saúde é parte da proposta elencada na Política Nacional de Humanização do SUS – PNH (2010), construída vinte anos após a implantação da Lei 8080/90 e três anos antes da Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do campo e da floresta (PNSIPCF), publicada em 2013, ambas longe de alcançar seus objetivos.

Para esta mudança de paradigma o MST aponta que “duas ações são chaves para o desenvolvimento da consciência das pessoas: a convivência e a participação” (MST, CAD. Nº 2, 1999, p.12).

A partir da convivência dos sujeitos, ou seja, das relações socialmente construídas forma-se uma “visão de mundo” sendo necessário incluir nesta relação a natureza, pois ao ouvi-la, haverá a possibilidade de reconhecer as transformações que estão ocorrendo por meio da agressão do capital ao retirar dela para além do que o ser humano necessita para sua sobrevivência, criando necessidades dispensáveis, provocando o esgotamento da terra (MST, CAD. Nº 2, 1999, p.12).

A convivência naturalmente construída no meio da formação familiar torna-se indispensável nos espaços socialmente constituídos como associações comunitárias, partidos políticos, movimentos sociais, coletivos de diversas bandeiras de lutas, espaços institucionais do Estado para participação social, para fortalecer a busca por uma outra forma de viver a vida e construir outra base societária, porém

A consciência não é um caminho de uma única mão. Ela pode estagnar ou até mesmo regredir. Tudo vai depender das condições que criamos ‘estruturas sociais’ para ampliarmos a convivência e a participação das pessoas. Acrescenta-se a isto o processo de estudo, formação política (MST, CAD. Nº 2, 1999, p.14).

O MST, por meio do Setor de Saúde e de seus programas, como este em análise, Programa Terra e Saúde, aponta caminhos para “estimular o convívio e a participação social” (MST, CAD. Nº 2, 1999, p.15).

Isso nos leva a refletir que os espaços de controle social do SUS também precisam ser ocupados pela militância, ainda que haja tantos problemas elencados e descritos anteriormente, porém o envolvimento é a chave para abrir portas na saúde para o reconhecimento do movimento entre outros grupos sociais da população.

4.4 O Caderno de Saúde nº 3: DST – Conhecer para evitar

Publicado em junho de 2000 – elaborado pelo Coletivo de Saúde do MST do Estado do Maranhão, conforme ficha catalográfica, amparados numa parceria com instituições

governamentais, nacionais e internacional, como exemplo: Associação Estadual de Cooperação Agrícola do Maranhão – AESCA; Associação Estadual de Cooperação Agrícola-MT; Associação de Cooperação Agrícola do Estado de Goiás – ASCAEG; Centro Integrado de Desenvolvimento dos Assentamentos e Pequenos Agricultores do Espírito Santos - CIDAP-ES; Ministério da Saúde e o Projeto nº 914/Bra/59, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO.

Este caderno faz uma chamada aos companheiros e às companheiras de luta no movimento para a reflexão sobre a própria saúde, a saúde dos filhos e de toda a militância dos assentamentos e acampamentos, em favor do cuidado com a sexualidade e assuntos relacionados, inerente a todos e todas.

Esta década foi auge de um momento aterrador à sociedade, uma epidemia, cuja AIDS/HIV – “sigla original da expressão em Inglês: Acquired Immune Deficiency Syndrome”, ou seja, “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”, que passou a fazer parte do quadro de DST’s – Doenças Sexualmente Transmissíveis”, cuja sigla, mais tarde, se tornou IST’s – Infecções Sexualmente Transmissíveis (Política Nacional de DST/AIDS, MS, 1999).

O caderno apresenta a sexualidade como “parte importante da vida do homem e da mulher” expressos por meio do corpo, do afeto e do sentimento. Na compreensão de todo o texto podemos inferir que as temáticas sobre gênero estão implícitas, devido ao compromisso do movimento em trabalhar o conceito de saúde como “tudo aquilo que os oprime”. Desta forma, as diferentes relações estão imbricadas neste chamamento e nas diversas formas de relacionamento.

Retrata a conscientização sobre o cuidado e a importância do rápido diagnóstico por profissionais da saúde, chamando a atenção para a responsabilidade que cada um e cada uma carrega para que haja a busca efetiva de um serviço de saúde especializado.

Descreve os diversos tipos de infecções como: sífilis, gonorreia, cancro mole, condiloma acuminado – HPV, tricomoníase, candidíase, herpes genital e, por fim, retrata a chegada da AIDS em 1982, como uma epidemia, principalmente nas grandes cidades, – mas que em “quase metade dos municípios já havia pelo menos um caso” (MST, CAD. Nº 3, 2000, p.17).

Ressaltamos que no caderno não consta numeração de página, será utilizada a numeração do arquivo em pdf.

Figura 5 – Caderno de Saúde número 3: DST – Conhecer para evitar



Fonte: Site MST, 2024

Retomando o ano de 1999, ou seja, pouco tempo antes deste caderno nº três (3) ser publicado, outra importante publicação foi a Política Nacional de DST/aids, aprovada e financiada, com a finalidade de aprimorar as ações de prevenção e tratamento, conforme descrito na referida política pública:

O impacto do Acordo de Empréstimo do Governo Brasileiro com o Banco Mundial permitiu o avanço na implementação de ações de prevenção e tratamento e de redes alternativas assistenciais, além de fomentar uma ampla participação da sociedade civil. A assinatura do acordo de empréstimo para financiamento, denominado Aids I (1994-1998), possibilitou a consolidação do Programa Nacional de DST/Aids e o desenvolvimento de diversas ações. A renovação desse acordo, materializado no Projeto Aids II (1998 -2002), coloca um outro desafio, que se reflete no termo de cooperação: integrar e articular melhor nossas ações e construir a sustentabilidade e o fortalecimento institucional dos distintos gestores e a consolidação do controle social para garantirmos a continuidade das ações (Brasil, [MS, PN de DST/AIDS], 1999).

Analisando a Política Nacional de DST/AIDS observamos que o seu conteúdo foi importante na construção da metodologia do caderno número três (3), baseado em uma educação popular, mas sem perder os conceitos e as recomendações adequadas para cada situação apresentada, envolvendo os sujeitos e suas faixas etárias.

Na apresentação do capítulo denominado “nosso corpo”, por exemplo, construíram uma demonstração dos órgãos genitais dos dois gêneros, em forma de desenhos descritivos e como é possível a observação dos sintomas das IST’s - identificando que a rapidez ou demora da observação dos sintomas difere pela estrutura dos órgãos masculino e feminino, onde no homem acontece a detecção, muitas vezes mais rápida, por ter sua estrutura genitália externa.

Retrataram a importância de não se auto medicar e buscar a ajuda correta. Isso resgata o respeito ao cuidado em saúde e a importância de ter um bom profissional para orientação e cuidado, além de não buscar tratamento farmacológico por conta própria ou por indicação de amigos.

Descreveram como era [e ainda o é] difícil falar sobre sexo e sexualidade, mostrando que ainda nos dias atuais há um “tabu”, principalmente, ao falar das infecções que as pessoas podem adquirir ou transmitir pela relação sexual, pois passa uma imagem ou sensação de certa ausência de zelo consigo mesmo, sem se importar com a vida do outro.

No Brasil, a epidemia da HIV/AIDS chega nos anos 80 havendo na construção do perfil epidemiológico a “feminização, a pauperização, a heterossexualização e a interiorização”, como determinantes no processo de contaminação (Brasil,[MS, PN de DST/AIDS],1999, p.8).

Dentre estes perfis, concentraremos nossa reflexão somente no primeiro – a “feminização”, pois historicamente, o papel da mulher na sociedade, conforme falaremos mais à frente, é marcado pela desigualdade de gênero, em que coloca a mulher numa condição de subalternidade e inferioridade em relação ao homem em suas escolhas e preferências de relação amorosa. Às mulheres reservava-se o “lugar de boa moça” para manter um padrão de relação sexual e de sua sexualidade subordinados “aos pais, irmãos e maridos” e visto como “padrão desejável” (Campany *et al*, 2021).

Para a autora acima mencionada e demais autoras do artigo “HIV/AIDS no Brasil: feminização da epidemia em análise”, a contaminação da mulher em maior escala no momento do avanço da epidemia, foi devido à:

Visão romanceada do amor [pela mulher, onde] pode levar ao abandono de práticas sexuais protegidas e à falsa crença de que, numa relação estável, não há risco de infecção pelo HIV (ou por outra infecção sexualmente transmissível). [Onde pesquisadores encontraram] um ponto em comum entre mulheres infectadas por seus parceiros: todas eram fiéis aos seus companheiros e, por acreditarem na reciprocidade de sentimentos, contraíram o HIV (Campany *et al*, 2021, p.377).

Importante ressaltar que antes do século XX, nos tempos feudais, a mulher tinha o “Senhor” que determinava suas relações sociais e até mesmo se poderiam casar-se após ficarem viúvas (Federici, 2017, p.52). Porém, para o trabalho havia outras tratativas conforme exposto no subitem 4.7, onde descrevemos um pouco mais sobre sua participação no trabalho, sua interação e sua importância na área da saúde e do cuidado em saúde.

O fato é que a mulher sempre esteve presente nas diversas e cíclicas alterações da sociedade, seja imputando nelas uma violência sobre seus corpos, seja imputando-lhes a associação à pobreza para definir suas relações sociais, além do machismo e do patriarcalismo, responsável pela subordinação e imputação de “fardos” no seu contexto social.

Conforme a autora Silvia Federici os sistemas, principalmente o atual – [capitalismo] utilizou-se do “racismo e do sexismo” para responsabilizar as mulheres por uma série de

problemas, difamando-as, assim como outros grupos minoritários, diante da perversidade dos modos de colonização e de prosperidade (Federici, 2017, p.37).

Aprofundamentos maiores poderão ser buscados em Campany *et al*, 2021; Federici, 2017).

Dito isto, retomamos ao caderno número três, onde além de descrever todo o processo de contaminação e adoecimento, traz contribuições significativas sobre a prevenção, como por exemplo, uso de preservativo nas relações sexuais, uso de seringas descartáveis, exigência de controle para a doação e para a transfusão de sangue, ressaltando o combate a toda forma de preconceito, além da necessidade do conceito de amor e sexo superar o tabu da idade, pois na sociedade, as mulheres principalmente, sempre sofreram preconceito quanto ao sexo após certa idade (MST, CAD. Nº 3, 2000, p.19-20).

A saúde em seus aspectos: sexual, reprodutiva, preventiva e promocional foi elencada como um direito conquistado, tanto para o homem quanto para a mulher, onde o SUS deve se tornar uma “bandeira popular assumida pelo povo” e que para isso a militância do MST, em seus assentamentos e acampamentos deve “estudar as leis do SUS” para a garantia desses direitos, pois “o nosso plano de saúde é o serviço público pago com o dinheiro do povo e não pode ser visto como um serviço gratuito” (MST, CAD. Nº 3, 2000, p.26).

Deixa a inconclusão ao assunto sexualidade e cuidados com os corpos, porém alerta que é o “start” para que os assentamentos e os acampamentos sejam vigilantes sobre o assunto e sobre a democratização da saúde, cuja chamada será constante para a luta por saúde, como forma de lutar pela reforma agrária popular e combate ao latifúndio.

4.5 O Caderno de Saúde nº 4: O cultivo de plantas medicinais

Em julho de 2000 foi publicado o caderno número quatro (4) do Programa Terra e Saúde referente ao cultivo das plantas medicinais.

Suas questões são de cunho técnico sobre o cultivo do “horto de plantas medicinais” (MST, CAD. Nº 4, 2000, p.7). Não nos cabendo a análise do todo, mas da importância para a organicidade do Setor de Saúde nos assentamentos e acampamentos para produzir a “horta viva”, cujos plantios de hortas medicinais produziriam as tinturas, os chás, os medicamentos naturais para o uso nos setores de saúde e para a distribuição àqueles que buscam na medicina complementar, o cuidado para a saúde. Ou seja, nosso interesse está na produção de saúde.

Figura 6 – Caderno de Saúde número 4: Cultivo de plantas medicinais



Fonte: Site MST, 2024.

Nesse contexto apresentado pelo caderno, a preparação dos sujeitos sociais para a implantação de uma horta medicinal antecederia ao cultivo da própria “horta viva”. Esta ainda não abrangeria a preparação das hortas medicinais em um sistema agroflorestal, porém dentro do contexto, à época, agroecológico, isto é, deveria ser construída perto daqueles que iriam mantê-la em pleno cuidado e funcionamento com a preparação e preservação do solo e de toda a cadeia produtiva sem uso de produtos industrializados.

No aspecto produção de cuidado em saúde, a organicidade do setor deveria ser pensada a partir do diagnóstico situacional das famílias dos assentamentos e dos acampamentos, pois ele seria a base para a escolha das plantas medicinais a serem utilizadas.

Esta proposta direciona-nos a duas reflexões importantes: a) existia em curso a construção do conceito de promoção de saúde e de prevenção aos agravos em saúde. Para tanto, imprimir profissionalismo na construção das hortas e no cultivo das plantas seria imprescindível para alcançarem estes conceitos na prática e na vida da militância; b) a construção e continuidade das hortas, ainda que o programa fosse interrompido por meio de parcerias, estaria consolidado dentro dos assentamentos e a organicidade do setor seria responsável por conta própria pelos avanços na produção de fitoterápicos até a concretização da comercialização nos armazéns do campo, espaço de representação do movimento, nas cidades.

A construção e a manutenção das hortas vivas e produtivas foi (e continua sendo) importante para o cuidado em saúde dentro da assistência primária à saúde, pois são práticas integrativas e complementares de saúde, que possibilitam resolver problemas simples de cuidado, desafoga o Sistema de Saúde – SUS, desonera a população que carece de meios financeiros para gastos em saúde e corrobora para interromper o ciclo lucrativo farmacêutico, onde o capital pressupõe que todo cuidado em saúde deve ser por meio da compra de medicamentos industrializados, em qualquer situação de saúde.

A aplicação prática dessas hortas medicinais corrobora para a conservação da saúde no território, para o aprendizado sobre a temática do cuidado em saúde, onde as famílias têm a possibilidade de aprender a conhecer sintomas simples de doenças, utilizar as plantas medicinais e a fazer o uso adequado das mesmas, além de resgatar os conhecimentos em saúde de seus antepassados.

Cabe ressaltar que estes aprendizados não desresponsabiliza os sujeitos de consultar profissionais de saúde com expertise para uma anamnese dos sintomas a fim de obter a correta aplicação dos saberes populares de saúde e dos produtos naturais adquiridos com o cultivo das plantas medicinais.

A importância do autocuidado dentro das comunidades rurais, dentro dos assentamentos e acampamentos como trabalho permanente do Setor de Saúde, possibilita reflexos positivos na vida econômica das famílias, onde os preços de medicamentos são “pesos mortos” nos orçamentos das famílias, sem contar a preservação da saúde em bases naturais, um estilo de vida integrado ao meio ambiente, além do compartilhamento de saberes com a sociedade em geral, por meio da produção fitoterápica e da busca frequente por cuidados alternativos de saúde.

Antes do fim deste subtítulo é merecido contextualizar que a farmácia viva se trata da reprodução da luta também do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST, como registramos aqui pela experiência elaborada neste caderno e em outras produções do Setor de Saúde que aparece no contexto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no ano de 2010, pela Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010:

Farmácia viva, instituída no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e do SUS, que compreende, “todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos”, instituída pelo Ministério da Saúde e no SUS, em abril de 2010 (Brasil, [MS, GM/P Nº 886], 2010).

Por fim, há um aspecto importantíssimo que figura neste contexto que é a reelaboração do saber popular em saúde, do cuidado em saúde participativo e coletivo, expropriado das populações pela medicina convencional e biomédica, e que tem sido resgatado em diferentes organizações sociais à luz de uma resiliência e de uma resistência, traduzidas nas lutas travadas para a implantação de melhores condições de saúde no sistema público e gratuito, conquistado à base de muitos esforços dos trabalhadores e trabalhadoras de diferentes segmentos sociais.

4.6 O Caderno de Saúde nº 5: Construindo o conceito de saúde do MST

Em dezembro do mesmo ano 2000, publicaram o caderno número cinco (5) – “Construindo o conceito de saúde do MST”, ou seja, seis meses após o caderno nº 4. Ele vem com a finalidade de formar conceitos e embasar os trabalhos educativos dos companheiros e companheiras sobre a saúde, deixando evidente que a construção não se encerrava ali, mas fundamentava a caminhada.

Figura 7 – Caderno de Saúde número 5: Construindo o conceito de saúde do MST



Fonte: Site MST, 2024.

As orientações advindas nesta publicação estão em como utilizar o material, como trocar experiências entre os companheiros/as e como produzir debates pedagógicos sobre a temática, avançando nas discussões, sem desconsiderar cada passo do processo de construção em comunidade.

Além de introduzir a reflexão a partir do estado real das coisas, ou seja, de como está a saúde no campo sem esquecer como se mostra na cidade e principalmente nas periferias, o texto da cartilha provoca importantes reflexões sobre o meio ambiente e a degradação da natureza. Inclui a horta comunitária, a farmácia viva, como “espaços de solidariedade e convivência saudável”, reforça os espaços comuns a todos dentro de cada assentamento, a depender do avanço de cada organização, como meios de produção saudável de interação social, tudo isso como forma de cultivar a saúde.

O conceito de saúde para o MST já se apresenta muito mais ampliado do que está nos primeiros cadernos e na própria Constituição Federal de 1988, que versa

A saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, Art. 196).

Para o MST:

Uma sociedade com saúde é onde os homens e mulheres vivem com liberdade para participar e ter seus direitos respeitados. Onde a renda e a riqueza são distribuídas com igualdade. Com terra, trabalho, moradia, alimentação, educação, lazer, saneamento básico, transporte, saúde pública, cultura, meios de comunicação, energia elétrica, onde haja justiça, igualdade, participação e organização (MST, CAD. Nº 5, 2000, p.12).

Este conceito ampliado num mundo permeado pelo capital e pelas ideologias neoliberais torna-se uma construção sem prazo determinado para concretização ou mesmo uma construção onde muitos passarão sem experimentar a sua realização. Daí, pode nascer a desesperança, o esmorecer na luta, a violência de diferentes formas e perpetuar a exploração do capital e a brutalidade do sistema econômico que tábela os sujeitos pelo que têm sem reconhecer quem eles são.

No relato abaixo, a partir da luta e da maturidade dos sujeitos e da organização do movimento, o conceito de saúde se amplia e se apresenta pragmático para se contrapor ao sistema econômico perverso que procura desestabilizar e adoecer os sujeitos colocando-os como o problema da questão social, retirando de sua responsabilidade o empobrecimento das famílias pertencentes à classe trabalhadora.

Lutar por reforma agrária é lutar pela vida. Lutar por saúde também é lutar pela vida. É um caminho de mão dupla. Quando a gente luta por Reforma Agrária, não é só para distribuir a terra, é ter habitação, trabalho, alimentação saudável, educação, transporte, é ter vida. E isso é saúde, no entendimento do próprio SUS. **Quando a gente faz uma ocupação, monta um acampamento, as pessoas começam a se organizar, assumem sua vida.** Pessoas que historicamente não tiveram direito de exigir seus direitos. A partir do momento em que elas se põem em luta, elas assumem sua vida. E isso é ter saúde. **Saúde pra gente é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime, inclusive a doença.** Mas é também lutar contra o latifúndio, o agronegócio (Dirigente do Setor de Saúde do MST, Tavares, 2010:2 - *apud* Souza & Sawaia, 2016, grifos nosso).

Não bastasse lutar contra um sistema adoecido e adoecedor, precisam lutar contra o Estado que amplia as condições de opressão do capital, seja em garantir a desigualdade da luta pela terra, retardando a reforma agrária, seja pelas condições violadas em saúde, onde o discurso e a prática se mantêm em um longo caminho bifurcado a percorrer na saúde brasileira.

O Estado Brasileiro, comparado aos demais países com sistemas universais, nada resistiu aos ditames da nova ordem econômica: ao contrário, vem descumprindo o Título da Ordem Social da Constituição de 1988, incluindo as diretrizes para a saúde, sendo ator proativo e ofensivo nessas práticas, mantendo, contudo, o discurso oficial do seu cumprimento (Borges, *et al*, 2021, p.37).

O caderno número 5 se coloca como um manual de comportamento e boas práticas para nortear a militância sob os processos de cuidados para o corpo físico, o corpo mental e o corpo social, ou seja, além das práticas de higiene física e mental, o caderno alerta sobre a destruição que o capital produz quando os sujeitos estão desorganizados na sua vida diária, individual, profissional, familiar e nas relações sociais com os demais companheiros/as. Como consequência da não observação dessas orientações, é possível que se impossibilite ou produza uma baixa capacidade de promover a luta e visualizar saídas no contexto global de sua vida.

Quando os sujeitos estão com as relações sociais enfraquecidas, desajustadas diante das diferenças de classes, seja pela exploração, individualismo e expropriação, não se empoderam de conhecimento e resiliência para fazer a luta diária e estas barreiras podem se tornar poderosas armadilhas para os sujeitos apartados da vida e da luta (MST, 2000).

A capacidade de conhecimento dos trabalhadores sobre todo o processo organizativo da sociedade, seja na cidade ou no campo, a sua capacidade de transformar aquilo que não condiz com o direito de se viver com dignidade, transforma-se em saúde quando eles são capazes de se moverem contra a opressão.

No início do caderno, o movimento propõe encontros entre a “companheirada” nas escolas, grupos de famílias, encontros de formação com a finalidade de discutirem e pensarem nos dilemas encontrados na sociedade e nas vivências e experiências por meio da contação de seus “causos”.

O trabalho é direcionado com perguntas reflexivas para que cheguem às próprias conclusões explicativas dos processos que produzem a questão social imposta na pobreza e na falta de acesso, onde os indivíduos sociais ficam apartados da distribuição das riquezas construídas no país e como a saúde de tantos brasileiros e brasileiras é parte desse processo desqualificante.

Por estes motivos, entre tantos outros apontados, o Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra - MST é uma importante estratégia de formação para que a militância seja combativa no tecido social e junto aos diversos movimentos sociais existentes, não pode arrefecer na luta diária tão imprescindível para a garantia dos direitos conquistados para o povo, seja do campo ou da cidade.

Sem encerrar o contexto dos ensinamentos que podemos extrair deste caderno 5, ressaltamos a importância do Setor de Saúde como um dos pilares para a luta a fim de que a

política de saúde avance na construção do cuidado universal, no atendimento aos seus militantes acampados e/ou assentados, dentro de suas necessidades e suas especificidades.

A organização das hortas e do cultivo das plantas medicinais, das extrações dos medicamentos fitoterápicos e das práticas de cuidado em saúde, do compartilhamento destes saberes, tem extrema importância estratégica, porém não pode ser colocado em segundo plano a busca pelo conhecimento sobre o sistema de saúde do país, o SUS, tanto para acessá-lo com mais propriedade como para exigir os direitos garantidos socialmente pela Constituição Federal/88.

A luta vai transformando a vida e o jeito da gente ver as coisas. Já não estamos mais sozinhos e isolados. Passamos a viver em comum, em comunidade onde a união e a organização tomaram o lugar do isolamento e da solidão de antes e trouxe a esperança e a alegria. E para preencher a falta e as necessidades, estamos lutando para garantir os nossos direitos (MST, CAD. Nº 5, 2000, p.17).

Além disso, poderá favorecer a elaboração de importantes estratégias para ampliar o conhecimento da sociedade sobre o movimento, sobre sua luta, sobre a necessária reforma agrária popular que refletirá no modo de vida de toda a sociedade de uma forma geral. Além disso, na saúde poderá transformar a participação da militância do MST nos conselhos de saúde para contribuir para uma participação ativa e produtiva juntamente com o conjunto de toda a sociedade e,

No lugar da mesquinhez e do individualismo, de pensar só na gente, estamos conhecendo e aprendendo a solidariedade, a pensar no coletivo, na comunidade. Em dividir responsabilidades. No lugar da opressão, estamos construindo a libertação, a igualdade e respeito entre homens e mulheres, pais e filhos, adultos e crianças. Estamos construindo uma nova cultura que preserva a saúde e não a doença. E transformando nosso jeito de viver em comunidade (MST, CAD. Nº 5, 2000, p.18).

Ao ampliar esse debate com a sociedade, a participação de sua militância nos espaços constituídos pelo Estado, nas mais diversas políticas públicas, o MST poderá aumentar a visibilidade sobre a responsabilidade do Estado e dos profissionais da saúde em criar mecanismos de educação permanente para o cuidado em saúde e para o respeito à diversidade da vida do homem do campo, afinal, “participar significa fazer parte, estar presente” (MST, CAD. Nº 5, 2000, p.19).

4.7 A mulher no Setor de Saúde do MST – uma construção histórica do papel

Falarmos destes primeiros cadernos em saúde sem falarmos na trajetória da mulher na sociedade deixaria um hiato em nossa reflexão porque a trajetória do cuidado foi dada à (ou apropriada pela) mulher de forma muito peculiar.

E a mulher militante do MST e dirigente do Setor de Saúde tem esse papel muito importante no cuidado em saúde. Antes, falaremos de forma geral da construção do papel da mulher na história mundial e brasileira para, posteriormente, tratarmos sobre esse papel no movimento.

No modo de produção anterior ao capitalismo, as mulheres, “além de criar os filhos, cozinhar, lavar, fiar e manter a horta, trabalhavam na terra”, dispunham dos produtos de seu trabalho e não precisavam depender economicamente dos seus maridos para se manterem. A autora Silvia Federici retrata a historicidade das mulheres no feudalismo e descreve que as relações coletivas prevaleciam sobre as relações familiares, as mulheres camponesas tinham a sua participação na posse da terra aceita na Inglaterra, havia cooperação de trabalho entre as mulheres e que não existia uma “separação social entre produção de bens e a reprodução da força de trabalho”, onde a divisão sexual do trabalho, não era fonte de isolamento social, mas sim uma fonte de poder e de proteção para elas (Federici, 2017, p.52-53).

A mulher participava dos processos do campo e ainda que houvesse diferenças nas relações sociais de gênero, “a monetização da vida econômica” foi a causa da esterilidade social imposta às primeiras mulheres que viveram aquele período. A autora relata que todas as mulheres, em todas as classes, foram afetadas de modo negativo. E conseqüentemente foram elas que encabeçaram o processo migratório do campo para as cidades no século XIII por perda do direito às terras, à herança deixada pelos maridos e familiares (Federici, 2017, p.62-63).

A partir da luta dessas mulheres em espaços urbanos, à época, além de autonomia conquistada, surgiram profissões diversas e também a luta contra a misoginia que, conforme a autora, foi chamada de “luta pelas calças” (Federici, 2017, p.63).

Desta forma, no contexto familiar e social, a partir do capitalismo, o imposto ou desejado lugar foi “adequado” na divisão social e sexual do trabalho e do cuidado em família onde o homem ficou com a produção do sustento e a mulher com a reprodução da vida doméstica, cabendo todos os afazeres domésticos em tempo integral e sem remuneração (Federici, 2017).

O que vemos no primeiro Caderno de Formação Política do MST, datado de fevereiro de 1986, onde é contada a história da sua formação inicial é um importante resgate de

valorização da mulher do campo dentro do movimento, pois entre os “cinco princípios gerais” que nortearia a luta de toda a militância àquela época, o terceiro princípio destaca a mulher como importante protagonista na luta pela terra:

Reforçar a luta pela terra com a participação de todos os trabalhadores rurais, sejam arrendatários, meeiros e assalariados e pequenos proprietários, **estimulando a participação das mulheres em todos os níveis** (MST, CAD. DE FORMAÇÃO Nº 1, 1986, p.7, grifos nosso).

Em diversos cursos superiores de formação como Serviço Social, Enfermagem, por exemplo, a “feminização” foi a marca nas gênesis das profissões. Não por acaso, pois o cuidado e o acolhimento foram e ainda continuam elencados no imaginário social como categorias principais ou quase específicas do perfil das mulheres. As mulheres foram as pioneiras até mesmo na construção das escolas de seus próprios cursos acadêmicos. Imposição, dádiva ou busca, o cuidado é uma marca ao papel da mulher na sociedade.

Nas políticas sociais brasileiras a mulher se tornou “referência” para o acesso e o vínculo que desejavam formar, a fim de prover às famílias, algum benefício ou programa social, naturalizando este lugar de cuidado, à mulher.

Cabe destacar que este papel foi destinado às mulheres “pobres”. Iniciou-se na década de 90, principalmente na saúde com o Programa Estratégia Saúde da Família - ESF, depois inserido em condicionalidades para o Programa Bolsa Família – PSB e não parou mais na construção de outros programas sociais, marcando a sua caracterização de “referência” para a política social brasileira, designada “protetora” (Carvalho *et al*, 2003).

Aquela sociedade, num contexto prévio ao capitalismo, que colocou ou determinou as atividades diárias domésticas e de cuidado como “atividades das mulheres” contribuiu para que no século XIX a figura da dona de casa nascesse e, nesse contexto vemos televisado no cotidiano em geral, comerciais para o dia da família, dia das mães e outros que envolvem a família (Federici, 2017, p.145).

Porém, esta posição pode não ser a verdade absoluta na vida de tantas mulheres ou o desejo de tantas delas. Este imaginário social coloca, como se fosse para a mulher mais fácil entender esse processo, como se fosse próprio dela a organização do cuidado da vida e na sua residência. Como se ela pudesse ver além de si, olhar e pensar em cuidados para sua família, para outros familiares, até para amigos e companheiros/as que vivem no mesmo território (Carvalho *et al*, 2003).

A expectativa criada ao entorno desse papel da mulher atribui um peso a este lugar que, muitas vezes, impede a própria sociedade de ver o movimento das mulheres na organização e reorganização social na contemporaneidade (Carvalho *et al*, 2003).

Conforme a autora Silvia Federici (2017) o capitalismo inicialmente produziu uma posição para as mulheres de “reprodutora” da força de trabalho cabendo a elas terem muitos filhos, seria para fazer crescer o “exército de reserva” para que o sistema pudesse ser retroalimentado com o exército da mais valia e lucrar sobre a manutenção de baixos salários dos homens “livres” que se sujeitavam ao que é ofertado pelo capital, pois sem este salário seu papel de provedor estaria comprometido.

Conforme vimos, a autora afirma que no contexto pré-capitalista e numa economia de subsistência o papel da mulher era diferenciado e ao fim dessa economia outras relações sociais foram se formando e diferenciando também a relação homem-mulher.

Desta forma, atrelado ao capitalismo e à “reprodução” da força de trabalho, vieram a posição de invisibilidade para as mulheres e sua posição doméstica como algo natural, como uma vocação natural dada por Deus, impondo a definição do trabalho doméstico como “trabalho de mulheres” (Federici, 2017, p.145).

As transformações do capitalismo, de seus ciclos perversos não são homogêneos. Essa homogeneidade se dá na mercadoria, porém na vida social e econômica suas expressões são heterogêneas e a cada crise interna inerente ao capital, ele cria as necessidades e muda o discurso com a pretensão de expor e impor uma evolução alienante, seja para o homem, seja para a mulher (Osório, 2019).

No caso da mulher, no período contemporâneo, o dia chegou em que o capital precisou dela no chão das fábricas, no mercado de trabalho. Construiu para esse momento uma nova roupagem para o seu papel social transferindo a elas os “direitos” de lutar pelo mercado de trabalho, com o discurso da “valorização”, porém as atribuições domésticas e de cuidado permaneceram imbricados a elas.

De forma genérica, o resultado desse comportamento do capitalismo traduziu no que temos vivido e visto todos os dias na sociedade contemporânea: mulheres que ganham menos que os homens na execução da mesma função, discriminação e violência na vida profissional e política, violência generalizada pelo fato de ser mulher, por homens que não suportam a capacidade das mulheres de lutar e resistir ou de resistir e lutar para transformar o seu papel na sociedade.

A quebra desse paradigma de responsabilização exclusiva do cuidado, de violação dos direitos das mulheres, não pode ser luta somente de uma parte da sociedade, de uma classe de

gênero, o Estado por meio das políticas públicas tem o dever a todo momento de contribuir para a ressignificação do papel e da valorização da mulher, já que se utilizou desse papel, nos primeiros tempos, juntos com os empregadores, para “comandar os salários masculinos e subordinar o trabalho das mulheres” (Federici, 2017, p.146).

No caso específico do Brasil, o Estado utilizou-se do papel socialmente construído para as mulheres, por séculos, para construir projetos de “proteção social” nos anos 90 que incutiram ainda mais o peso da responsabilidade do cuidado (Carvalho *et al*, 2003).

E no caso das Políticas de Saúde se faz necessário que o Estado encontre outros mecanismos para dialogar com a sociedade sobre o papel dos homens no cuidado em saúde, não atribuindo somente este lugar às mulheres, já que fez isso na construção do cuidado em saúde por meio das UBS/ESF.

A contextualização desse papel da mulher é importante para entendermos como foi dado às mulheres o papel do cuidado do lar, da família, cabendo a elas prover a todos dentro do seu lar, a comida, a limpeza da casa, a educação dos filhos e filhas, o cuidado do idoso, doente ou simplesmente dependente e, conseqüentemente, o papel da cuidadora da saúde de todos que com ela vivem e partilham as experiências diárias da organização familiar.

Mais detalhes sobre a teoria podem ser obtidos em (Carvalho *et al*, 2003); em (George e Santos, 2014); em (Santos, 2014); em (Federici, 2015) conforme descrito nas referências bibliográficas.

Retomando à experiência do MST, a partir do contato com os materiais do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e até mesmo no convívio social durante o tempo de alternância na Escola Nacional Florestan Fernandes, percebemos que há a disposição de uma grande parcela da militância em desconfigurar o papel do cuidado imposto às mulheres, porém ainda não é uma realidade apreendida de forma generalizada.

No MST, toda essa contribuição reverbera na formação da militância e insere a mulher num cenário diferenciado colocando-a como protagonista para fazer a luta pela terra e pela reforma agrária popular. Percebemos dentro do movimento, tanto nos espaços de formação do mestrado dentro da Escola Nacional Florestan Fernandes – ENFF, como no assentamento onde foi realizada a pesquisa, a importante conquista desse lugar de representação das mulheres militantes do movimento.

Ainda são as mulheres, as principais responsáveis pelos cuidados, como limpeza, alimentação e a organização em geral dos espaços onde acontecem os cursos, os encontros e a formação social e política do movimento. Organizam os setores de “Saúde e de Gênero”, porém provocam o debate para que os homens assumam também esse papel de cuidado, assim como

as mulheres colaboram e muitas vezes assumem a roça e a produção como papéis legítimos do seu fazer diário.

Ainda nessa discussão sobre a tarefa do cuidado ser uma tarefa imposta ou não às mulheres, também percebemos que, apesar de ser uma tarefa que lhes cause sobrecarga funcional e até emocional, há um contentamento no cuidado por parte de muitas dessas mulheres. Não se trata de uma tarefa ser muito custosa ao fazê-la, a grande questão está na obrigação unilateral, ponto que entre elas é focalizado para se construir outros paradigmas de cuidado.

Diante dessa unilateralidade do cuidado, o Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra tem tido o cuidado de construir e orientar na direção dos setores e coletivos a inserção das companheiras nos quadros organizativos evitando “a centralização e o personalismo”, determinando inclusive percentual igualitário na condução das tarefas e na coordenação do trabalho (MST, 2016).

No caso específico do Setor de Saúde do MST, a concentração da direção ainda está nas mulheres, como veremos nos resultados da pesquisa. Porém, não podemos afirmar como tem se dado esta escolha porque não foi objeto de pesquisa para o trabalho. Talvez, mas só talvez, ainda persista a máxima de que esse papel seja protagonizado pelas mulheres devido ao perfil do cuidado que as mulheres têm, pela capacidade ativa de empatia, de sororidade entre elas e com as pessoas que precisam de cuidado.

Na Cartilha de “Normas Gerais e Princípios Organizativos do MST” - que respeitosa e inserimos a sigla (MST- NGPO, 2016) - o movimento imprimiu entre seus sete objetivos “combater todas as formas de discriminação social e buscar a participação igualitária da mulher, homem, jovem, idoso e crianças”. Este objetivo remete à busca em valorizar a formação social da mulher perante os demais atores da formação familiar. (MST, NGPO, 2016, p.12).

Ainda no mesmo documento de diretrizes nacionais do movimento encontramos a inclusão da mulher na produção, gerando trabalho e renda, incluindo a mulher na educação e cultura, parte de um processo de “conscientização e de permanente elevação cultural”, para combater a discriminação às mulheres, imposta por séculos.

Na Cartilha acima citada está garantida a participação nos Encontros Nacionais, Estaduais e Regionais do MST, sendo 50% das vagas destinada às mulheres. Em todos os setores e coletivos haverá um companheiro e uma companheira para a coordenação, não sendo o homem que estará à frente, mas sempre a dupla que estará dando o equilíbrio com suas especificidades do gênero.

Trata-se de uma determinação na organicidade do movimento bastante arrojada numa sociedade machista e patriarcal e, em tempos de muita violência anunciada e concretizada contra as mulheres, como temos visto no país, principalmente nos quatro anos da gestão “Bolsonaro”, anos de uma governança federal que estimulou discursos de ódio contra a mulher e contra a sua posição na sociedade.

Na Cartilha (MST-NGPO, 2016), além dos princípios, diretrizes e orientações, são citados valores importantíssimos para que a militância os almeje diariamente, como por exemplo, “ser caprichoso com [a] saúde e [a] aparência” (p.49), descaracterizando o elemento “aparência” como algo voltado à mulher, pois na formação da sociedade este elemento também esteve e ainda se encontra ligado ao papel da mulher e o “sucesso” dela no mercado de trabalho dependia ou “depende” deste elemento, para ser alcançado.

No caso das Políticas de Saúde, os atores participantes devem e podem contribuir para que outro paradigma do cuidado seja criado, incluindo e responsabilizando os homens em cada território para o trabalho de cuidado em saúde.

Na salutar organização do Setor de Saúde e em sua articulação com o sistema de saúde – SUS – em seu território, por meio das equipes de saúde da família, a mulher militante do MST poderá atuar para que os companheiros da militância ocupem este lugar de trabalho e possam construir o cuidado para si, para a sua família e para o seu território. Caberá ao SUS/UBS atender o território com um novo olhar para o homem e para a mulher que o ocupa.

Enfim, o papel da mulher é múltiplo e complexo, há muitos paradigmas a serem quebrados, percepções (des) construídas e outros comportamentos (re) construídos, cabendo também e não somente à mulher, proporcionar mais essa reflexão necessária, nos espaços sociais.

Não se trata de responsabilizar os homens para transformar a ordem societária patriarcal em favor da mulher, mas trata-se de valorizá-la e visibilizá-la a fim de romper com a reprodução da exclusão e da subalternidade, onde este modelo societário tenta manter a mulher.

5A PESQUISA DE CAMPO – A BUSCA PARA COMPREENDER E IDENTIFICAR O CONHECIMENTO DOS ASSENTADOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL

Perseguir no caminho para entender o SUS foi uma tarefa tomada desde a graduação. Aqui, após mostrar nos capítulos anteriores o nosso interesse pelo assunto saúde, os referenciais que buscamos para conversar com a Política de Saúde incluindo a metodologia utilizada, queremos apresentar os resultados e a compreensão sobre a pesquisa que realizamos com a população do campo, mais especificamente a população militante do Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra – MST, a fim de trazer um pouco da compreensão que eles tem sobre a política de saúde e como trabalham com o Setor de Saúde, que é um dos espaços de luta dentro do movimento.

Identificar o conhecimento dos assentados sobre o SUS e o controle social bem como as ações que definem a construção e o desenvolvimento da agenda de saúde proposta pelo MST e a participação no controle social, além de visualizar o trabalho dos/as dirigentes dos setores de saúde também foi um compromisso intrínseco à pesquisa, pois consideramos que a base para as ações de transformação sempre está no conhecimento daquilo que desejamos alcançar.

Esta importante tarefa, nada fácil, exigia um nível de vivência e acompanhamento das subjetividades que somente pode ser mensurado por aqueles que experimentam diariamente os desafios dessa relação no seu contexto de vida e principalmente no seu contexto de vida no campo. Por isso foi tão desafiadora, pois foram diversas barreiras a serem transpassadas pelo caminho. Desde a compreensão do objetivo da pesquisa pelos dirigentes contactados, o tempo em que poderíamos estar presentes no assentamento até a disponibilidade dos participantes em ofertar do tempo deles para a pesquisa.

A pesquisa de campo foi realizada no Assentamento Olga Benário, localizado no município de Visconde do Rio Branco, Zona da Mata Mineira, Estado de Minas Gerais e comporá o estudo de caso, além do roteiro de perguntas fechadas, as impressões trazidas nas ‘falas’ dos companheiros e companheiras que se dispuseram nessa empreitada.

Também traremos as importantes contribuições coletadas nas entrevistas com as referências/dirigentes do Setor de Saúde que são assentadas em outros assentamentos dentro do território mineiro, são dirigentes do Setor de Saúde em nível estadual, além das contribuições de duas entrevistas realizadas com uma das dirigentes em nível nacional, importante e atuante referência para o Setor de Saúde do movimento.

O conteúdo das respostas estará empregado exatamente como respondido, porém optamos em transcrevê-los com as devidas correções gramaticais, sem alteração de sentido e de palavras, conforme a língua portuguesa, pois entendemos que estas correções não desqualifica a subjetividade das repostas, ao contrário, qualifica o texto apresentado.

5.1 O primeiro cenário da pesquisa – o município e as contribuições da Gestão em Saúde

Visconde do Rio Branco, MG, cuja formação territorial, como em quase todo espaço brasileiro, foi formada pelos povos originários. Habitada pelos indígenas Croatos, Cropós e Puris, procedentes do litoral fluminense, das baixadas dos Campos dos Goitacazes.

Nesta terra está localizado o Assentamento Olga Benário onde realizamos a pesquisa com a militância do MST.

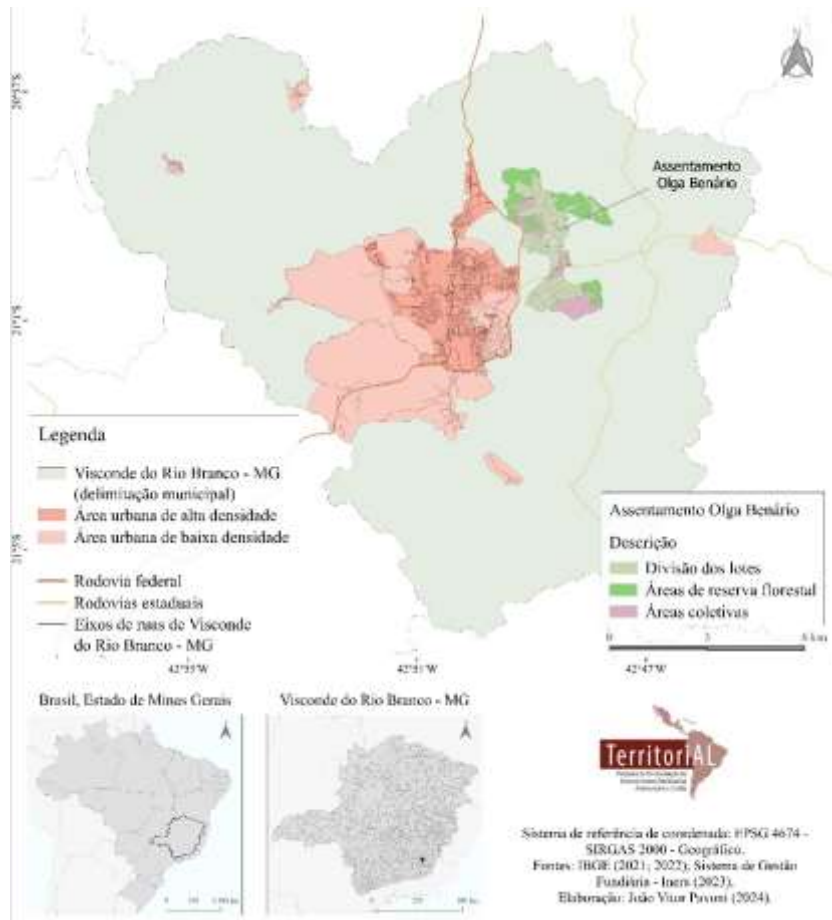
Ainda contextualizando sobre o município, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, após a confederação dos Tamoios, nos fins do século XVIII se viram pressionados por tribos inimigas e obrigados a deixarem suas aldeias primitivas. O caminho de fuga foi o curso à margem do Rio Paraíba do Sul e seus afluentes, os rios Pomba e Muriaé (IBGE, 2024).

Em seguidas migrações, subiram por esses rios atingindo as margens superiores dos rios Xopotó e Bagres, onde passaram a habitar, dando origem ao aparecimento da localidade. Em 1730, houve a “pacificação” das lutas entre indígenas e brancos. Os indígenas sucumbiram em sua resistência e como tribos foram extintos na década de setenta do século XIX (IBGE, 2024).

Ainda, segundo a mesma referência (IBGE, 2024), o Distrito foi criado com a denominação de São João Batista do Presídio, pela Resolução de nº 21 de 24-07-1810 ou Alvará Régio de 13-08-1810, e Lei Estadual nº 2 de 14-09-1891 e subordinado ao município de Rio Pomba/MG.

Mais tarde, elevado à categoria de vila com a mesma denominação (São João Batista do Presídio) pela Lei Provincial nº 134 de 16-03-1839 e desmembrado de Rio Pomba. Ao receber ‘foros’ de cidade, a vila passou a denominar-se Visconde do Rio Branco, depois Rio Branco e em 1943, recebeu o topônimo de Paranhos, tendo finalmente, em 1945 restabelecido o nome de Visconde do Rio Branco em homenagem ao Estadista José Maria da Silva Paranhos, o “Visconde do Rio Branco” (IBGE, 2024).

Figura 8: Mapa-localização do município de Visconde do Rio Branco, 2024.



Fonte: Padovani, 2024.

Fica o registro, ainda que não dito pela referência, que na história da formação do município, a desumanização e a destruição dos povos originários ao serem “pacificados” pelo padre Ângelo da Silva Pessanha, que recebeu a tarefa de “civilizá-los”, ou seja, destituí-los de seus territórios, de sua cultura e da formação de sua tribo, gerou a despersonalização de um povo em favor de uma suposta progressão social para a formação do município, efeito deletério da colonização.

Para Martins (2014), em seu diálogo com o importante geógrafo Armando Corrêa da Silva, descreve o território como uma categoria geográfica ligada ao espaço, onde este é o “maior lugar possível”, onde o território, assim como a área e a região, também se define como uma das “modalidades possíveis de lugares”. Ainda conforme Martins, o território

Contêm as manifestações empíricas que conhecemos cotidianamente como a cidade, o campo, o porto, a estrada, o estabelecimento industrial, mas também a montanha, a floresta, o deserto, o lago, o oceano, as nuvens, etc. (Martins, 2014 *apud* Silva, 1986, p.91).

Portanto, aquele território concentrava o processo de vivência e experiência daquela “população”, também categorizada na geografia para Martins (2020), cujos “modos” de ser e viver junto aos seus entes formava uma sociedade.

Assim como o território é uma categoria importante para a geografia, pois está ligado ao lugar dos sujeitos, a territorialização é “um importante instrumento de planejamento local na atenção básica” (UFSC, 2016) para o cuidado em saúde. É um importante elemento de construção para o “processo complexo de saúde-doença-cuidado”, relacionado no item 3.2 deste trabalho.

Ou seja, é um instrumento que direciona as ações a serem construídas para o cuidado em saúde por permitir compreender como se dá as relações de poder familiar, as relações sociais e econômicas e as relações no ambiente onde acontece o modo de vida das pessoas, tornando-se um dos condicionantes e determinantes na saúde dos indivíduos, pois a

Escala geográfica operativa para a territorialização emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos programas de saúde da família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios). Esses territórios abrangem, por isso, um conjunto indissociável de objetos cujos conteúdos são usados como recursos para a produção, habitação, circulação, cultura, associação e lazer (Monken e Barcellos, 2005, p.901).

A Política de Saúde o conceitua da seguinte forma:

Territorialização em saúde, pode ser visto como uma prática, um modo de fazer, uma técnica que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade cotidiana das pessoas (UFSC, 2016).

Daí podemos inferir que os indígenas Croatos, Cropós e Puris foram os primeiros sujeitos da história local desterritorializados do lugar que habitavam, de seus modos de vida, consequentemente, além de podermos arriscar a dizer que a saúde deles foi “sangrada” pela colonização e pela ação higienista e genocida por parte daqueles que se colocaram a serviço da aculturação destes povos em nome de uma outra formação social e cultural apresentadas até os dias de hoje como a forma “certa e correta” para se viver.

O município de Visconde do Rio Branco (IBGE, 2022) está com 39.160 pessoas em seu território, cuja densidade demográfica é de 160,92 habitante por quilômetro quadrado. É um

município relativamente pequeno, cujo PIB per capita é de R\$31.179,87 (IBGE, 2021) com salário médio mensal dos trabalhadores formais em torno de 1,9 salários mínimos e possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)⁸ de 0,709, dado de 2010, considerado alto na projeção do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2024).

Comparado ao índice do Brasil que está em 0,760 (2024) o IDH local insere o município numa categoria de “alto desenvolvimento humano” (PNUD, 2024). De acordo com estas informações, o município apresenta um quadro promissor no processo de desenvolvimento, na promoção e na potencialização para melhorar a qualidade de vida de seus munícipes.

Em relação à saúde, o município apresenta 23,01 óbitos por mil nascidos vivos no índice de Mortalidade Infantil (2022) sendo que no mesmo período, no Brasil, a taxa ficou de 12,9 para cada mil nascimentos (IBGE, 2024). A taxa do município desqualifica-o no quadro em nível estadual e nacional, pois

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 23,01 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 329,4 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do Estado, fica nas posições 136 de 853 e 15 de 853, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 877 de 5570 e 201 de 5570, respectivamente (IBGE, 2024).

No Brasil, as internações por diarreia, pelo SUS, em 2022 somaram-se 329,4 internações por 100 mil habitantes. E a diarreia é causa morte evitável, apesar de ser uma tarefa complexa identificar as suas causas, conforme o Ministério da Saúde (2023).

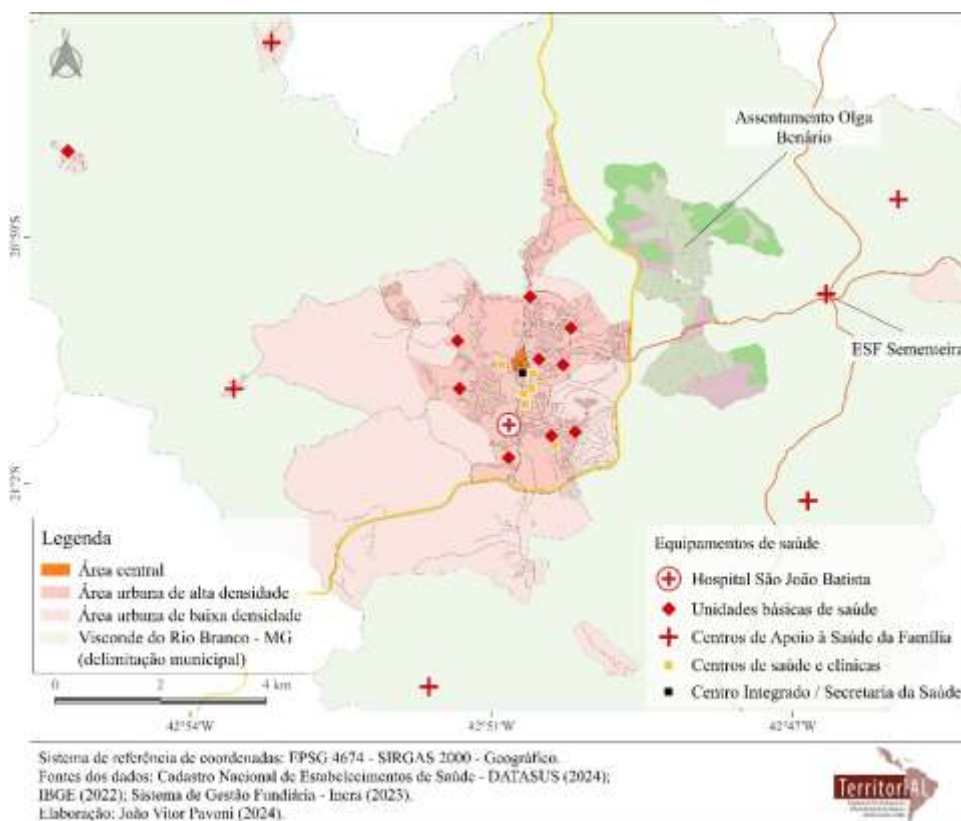
O município de VRB apresenta dados de esgotamento sanitário adequado de 85,2% (IBGE,2010), onde exigiria avaliação da qualidade desse esgotamento, pois os dados de internação se apresentam negativos para o município.

Construído a partir da base de dados do DATASUS e demais fontes referenciadas na própria figura 9 - esta nos apresenta o quadro da saúde local formado por: dez (10) unidades básicas de saúde – UBS; dez (10) centros de apoio à saúde da família em áreas rurais, um (01) hospital localizado na área central da cidade, uma (01) policlínica para especialidades, um (01) centro de apoio à saúde da família. Todo o conjunto é gerido pelo Centro Integrado de Saúde

8 Os indicadores utilizados no relatório de 2022 foram expectativa de vida ao nascer; anos esperados de escolaridade das crianças; média de anos de escolaridade dos adultos; e renda nacional bruta per capita. Os indicadores são usados para criar um índice de saúde, um índice de educação e um índice de renda, cada um com um valor entre 0 e 1. A média geométrica dos três índices – ou seja, a raiz cúbica do produto dos índices – é o Índice de Desenvolvimento Humano. Um valor acima de 0,800 é classificado como "muito alto", entre 0,700 e 0,799 como "alto", 0,550 a 0,699 como "médio" e abaixo de 0,550 como "baixo".

(CIS) da Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Estas informações foram confirmadas na entrevista realizada em janeiro do corrente ano com uma pessoa representante da referida secretaria, cuja identificação na pesquisa será (C2) fazendo alusão à escala da hierarquia da Secretaria de Saúde de Visconde do Rio Branco - SMS/VRB.

Figura 9 – Mapa referente aos equipamentos de saúde no município de Visconde do Rio Branco/MG.



Fonte: Padovani, 2024.

Ao perguntarmos se no território do assentamento havia uma ESF/UBS, foi respondido da seguinte forma:

Temos em V.R.Branco um ponto de apoio à saúde (PSF Rural) na Sementeira, próximo ao assentamento Olga Benário, onde a população é assistida. Sendo um assessor de saúde, uma médica, enfermeiro, técnico de enfermagem e atendente neste ponto de apoio. Eles têm [os assentados] acesso à vacinação (centro de saúde Beira Rio), dentista (Policlínica Municipal) e outras especialidades na Policlínica Municipal (C2).

No primeiro dia das entrevistas realizadas no assentamento, que serão tratadas em outro momento da pesquisa, coletivamente foram realizadas discussões referentes à saúde e a importância de uma atenção básica próxima dos usuários.

As mulheres expuseram sobre suas dificuldades em relação à distância para a busca de atendimento no centro de apoio da área rural, que fica a quase cinco (05) km de distância do assentamento. Para acessá-lo há dois caminhos: o primeiro passando pela rodovia (ver figuras 8 e 10) ou seja, expondo-se ao trânsito de uma estrada asfaltada onde circulam veículos pesados de transportes que se utilizam desta estrada estadual para chegar à rodovia BR-116, onde fica o município de Muriaé, a mesma que é referência para os serviços de alta complexidade para os munícipes de Visconde do Rio Branco.

O segundo caminho se dá pela estrada de chão, em torno de três (03) km, que em dias de verão e seca, as pessoas ficam expostas às poeiras e sol quente e em dias de chuva, expostas ao barro e ao atolamento, inclusive de seus veículos, caso acessem de carro próprio ou por meio de apoio combinado entre os assentados. Abaixo segue o mapa da distância a ser percorrida para demonstração sobre a descrição realizada.

Figura 10 – Mapa referente à distância entre o Assentamento Olga Benário e o centro de apoio em saúde



Fonte: Google Maps, 2024.

As dificuldades apresentadas em relação ao posto de apoio foram várias: falta de médico, rotatividade de profissionais, profissionais da equipe que intercalam, não estando todos os dias no centro de apoio, pois ora tem médico, ora tem enfermeiro ou somente técnico de enfermagem para atender. Repetição de receitas com medicamento para dor, como dipirona, sem resolver ou procurar conhecer os reais problemas de saúde apresentados. Falta de empatia, sem mesmo uma simples troca de olhar entre o trabalhador da saúde com o usuário, ausência de um profissional de saúde no assentamento, como por exemplo, agente comunitário de saúde (ACS) para realizar visitas e acompanhar a saúde das famílias, etc. (Coletivo, 1º dia das entrevistas no Assentamento Olga Benário, 18/01/2024).

Em relação a um profissional de saúde dentro do espaço do assentamento, foi informado que “em outro tempo político”, em uma gestão progressista, havia um “postinho” que funcionava dentro do assentamento, onde hoje está funcionando o escritório da cooperativa de produção.

Também apresentaram algumas das dificuldades vivenciadas nos quatro anos de grande polarização política brasileira atravessado pela pandemia da Covid-19 onde a conjuntura brasileira propiciou o descomprometimento do cuidado em saúde, mas que apesar de todo o contexto social, não houve suspensão de atendimento no centro de apoio rural.

Uma das mulheres, gestante, que participou do coletivo do primeiro dia da pesquisa, 18/01/24, relatou que estava com quase seis meses de gestação e havia conseguido fazer o primeiro ultrassom naqueles dias e somente iniciou o pré-natal no quarto mês de gestação, não havendo um trabalho de acordo com o protocolo para cuidados com a gestante, conforme preconizado pela saúde da mulher.

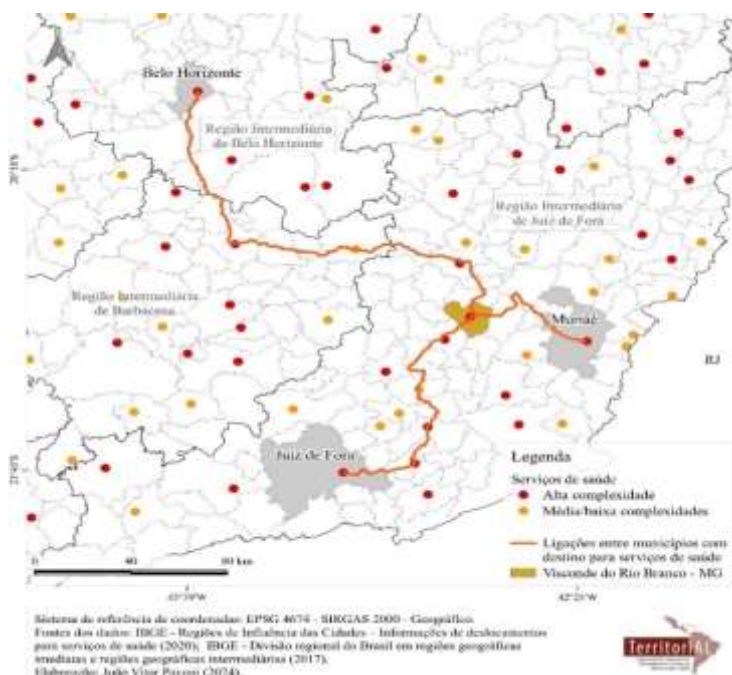
Os cuidados de média e alta complexidade são atendidos pelos municípios de referência para a regionalização em saúde, sendo os principais, Muriaé e Juiz de Fora, porém alguns casos encaminhados para a capital, Belo Horizonte.

A distância até os municípios de referência para os tratamentos especializados, como por exemplo, Muriaé, fica aproximadamente a oitenta e um (81) km de distância. Outra localidade de referência é o município de Juiz de Fora, cuja distância é bem maior, aproximadamente cento e vinte e nove (129) km, representado na figura 11, mapa dos municípios/referência.

Essas distâncias geram muitas implicações na vida daqueles que precisam de tratamento especializado e na vida dos familiares que precisam acompanhar, deixando trabalho, filhos. Parte da população depende de transporte público entre as cidades, não dispondo de condução própria e também muitos necessitam do transporte cedido pelas secretarias de saúde para tratamento fora de domicílio, conhecido como TFD – Decreto 037/2015 de Visconde do Rio Branco.

Cabe destacar que não encontramos no site da referida prefeitura e na página da secretaria de saúde a atualização deste decreto, portanto não temos como referenciar valores de ajuda de custo, apoio ao paciente e acompanhantes em dias atuais. Porém, considerando a tabela anexada ao documento supra citado, não contempla gastos para deslocamento entre esses três municípios aos custos de hoje, para um deslocamento em condições normais onde não haja condicionantes de saúde.

Figura 11 – Mapa dos municípios referência para serviços especializados em saúde para VRB/MG



Fonte: Padovani, 2024.

Ao perguntarmos a C2 se havia no município ações de promoção de saúde e ações para prevenção de agravos específicos para a população do campo, respondeu afirmativamente à pergunta dizendo:

São promovidos (ações) de saúde, junto com outras secretarias para melhor interação (C2).

Porém não informou quais ações seriam realizadas e quais as secretarias seriam participantes deste trabalho.

Ainda procuramos saber se havia representatividade do MST no Conselho Municipal de Saúde - CMS ou de outro movimento de trabalhadores rurais para tratar dos interesses em saúde da referida população, respondido afirmativamente, mas ao ser questionada sobre o assunto, disse não acompanhar as reuniões do CMS, pois esta função está delegada ao Gestor da Saúde.

Quisemos saber se a Política de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF,2013) estava inserida no plano operativo do município, sendo respondido não estar, porém ao perguntarmos se ela conhecia a política disse não saber de sua existência e de sua aprovação, que talvez “fosse de conhecimento do secretário de saúde” (C2).

O destaque que fazemos é para o distanciamento entre o povo do campo e a gestão em saúde de Visconde do Rio Branco, não pela extensão do território que delimita o assentamento e o distancia da cidade e do prédio onde funciona o executivo gerencial da saúde local, mas para o distanciamento e a ausência de um trabalho que atenda as especificidades do povo do campo, no campo.

5.2 O segundo cenário da pesquisa – o Assentamento Olga Benário

O contato e o planejamento para o agendamento da visita ao assentamento foram feitos a partir de várias conversas por telefone/mensagens escritas e em áudios para as lideranças locais.

Como dito anteriormente, não foi uma tarefa fácil chegar à permissão para comparecer ao assentamento. Foram várias situações/barreiras, por parte da pesquisadora: desconhecimento da organicidade e estrutura nacional do movimento, desconhecimento sobre a estrutura organizacional do assentamento, preocupação excessiva em ferir valores e princípios dos assentados por motivo de não os conhecer. E por parte deles: falta de espaço nas agendas das atividades dos assentados, resistência das lideranças para conceder o espaço na agenda.

Estas últimas, compreendidas como um processo natural diante das inúmeras tentativas de criminalização do movimento, vivido nos últimos anos na conjuntura política do país, inclusive com a última Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI - tendenciosa e com exclusivo cunho político da extrema direita do país.

A partir da aprovação das lideranças locais do Assentamento Olga Benário construímos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para compor o roteiro semiestruturado e fizemos uma visita para apresentação. Uma das lideranças solicitou uma cópia do termo e do roteiro antecipadamente ao encontro presencial, não informando o motivo da solicitação.

Importante esclarecer que no TCLE fizemos a proposta de escolher nomes aleatórios do livro “MST 30 anos - Retratos de Gerações em Lutas”, livro publicado em 2014, pela Expressão Popular, fruto do trabalho do fotógrafo Giulio Di Meo que registrou a militância participante da luta pela terra e pela dignidade para viver, no Congresso Nacional do movimento.

Porém, somente no primeiro dia do encontro com os assentados, tomamos conhecimento que não seriam todas as famílias participantes.

Por isso, decidimos mudar a forma de identificar os/as entrevistados/as, pois escolher os nomes para eles/as, conforme o livro, poderia coincidir com os próprios nomes dos/as

assentados/as que não aceitaram participar da entrevista, cuja situação colocaria em risco o anonimato dos participantes e dos que não participaram.

Também é importante esclarecer que todos os roteiros e os termos para entrevistar as famílias já estavam impressos no dia de iniciarmos as entrevistas, desta forma, justificamos aqui a troca da forma de identificação dos/as entrevistados/as, no trabalho acadêmico, onde serão apresentados em letra/número de (E01) a (E18) os/as entrevistados/as do Assentamento Olga Benário, e as militantes/dirigentes do Setor de Saúde em nível estadual estarão representadas como (E19) a (E21) e a dirigente nacional como (E22), onde a letra (E) significa entrevistado/a.

No assentamento havia trinta e três (33) famílias assentadas, dados informados no dia da primeira visita aos dirigentes locais do assentamento. Conforme as lideranças, por meio do grupo de WhatsApp coletivo do assentamento, todas as famílias foram comunicadas sobre a pesquisa e convidadas para participarem das entrevistas.

Não fomos informados do número de famílias que aceitaram participar da pesquisa, nem o motivo pelo qual algumas não aceitaram, além de não tomarmos conhecimento se as que optaram em não participar manifestaram-se no próprio grupo.

Para o primeiro dia das entrevistas combinamos com as lideranças em fazer um café coletivo antes de iniciarmos a apresentação da pesquisa e da pesquisadora com a finalidade de criarmos um espaço de interação e vínculo que proporcionasse um trabalho de pesquisa mais descontraído, um espaço para observação e possibilidades de apreender melhor as mensagens que seriam transmitidas naquele momento.

Aconteceria logo após uma atividade interna do assentamento, marcada para tratarem de assuntos pertinentes da agenda de produção e de outras atividades do movimento, após a entrega dos leites da ordenha matutina. Uma das atividades era a concentração da militância para defender a manutenção das atividades escolares da Escola da Sementeira, área rural próxima ao assentamento.

Percebemos que muitos chegaram para a entrega do leite, mas não permaneceram para o café e para o momento coletivo proposto para a pesquisa. Somente cinco (05) pessoas permaneceram no local, além das crianças que acompanhavam os pais ou ficaram brincando na cooperativa.

Uma observação curiosa e importante foi presenciar a liberdade das crianças em ir e vir dentro do assentamento, tanto para brincar no espaço da cooperativa quanto para participarem das atividades simples da produção, como por exemplo, separar os saquinhos de feijão para organizar as cestas que são encomendadas semanalmente e entregues na cidade.

Neste encontro coletivo cinco (05) famílias se fizeram presentes representadas por um de seus membros, com exceção de uma família cujo casal estava presente, porém somente a mulher manifestou interesse em participar. Uma das cinco famílias estava representada pelo homem, este já idoso, porém não obtivemos informações sobre o núcleo familiar, dele.

Após o café coletivo, iniciamos com a apresentação da pesquisadora e sobre o tema da pesquisa. Falamos sobre a nossa formação familiar e acadêmica, os familiares que ainda residem no município de Visconde do Rio Branco, o interesse em estudar a política de saúde do país de um modo geral e sobre os demais trabalhos acadêmicos voltados para a saúde e o SUS, além do desejo de realizar essa nova construção sobre a temática com o movimento.

Explicamos sobre o TCLE e como se daria a preservação do anonimato dos/as entrevistados/as. Após o aceite dos participantes, iniciamos a leitura do termo para o preenchimento dos dados pessoais e assinatura do referido documento. Foi solicitado pelos participantes que fizéssemos a leitura de cada pergunta do roteiro a fim de ultrapassar as barreiras referentes à escolaridade e podermos colaborar para melhor compreensão sobre a temática.

Após responderem a cada pergunta, fomos esclarecendo as dúvidas apresentadas sobre elas sem alterar a resposta já registrada no roteiro. Foi um momento muito enriquecedor da entrevista, pois surgiram fatos importantes sobre o contexto da relação entre eles e os agentes da secretaria de saúde que merecem acompanhamento, porém não farão parte deste trabalho por não estarem registrados nas respostas dos roteiros.

Situações que permitiram maior compreensão do contexto vivido pelos militantes do movimento, que reconhecemos como situação/problema, pois temos conhecimento e vivência enquanto residente do município até o início da década de noventa, cujos referidos atores sociais já faziam parte do contexto político, à época.

A discussão desses fatos foi importante para dar espaço de fala aos participantes que puderam expor as indignações referentes às situações ocorridas, a luta diária para o acesso à saúde/SUS e qualificar a interação entre a pesquisadora e a militância. Tivemos também a oportunidade de contribuir com o conhecimento sobre o sistema de saúde – SUS e esclarecer sobre leis que poderão apoiá-los para se articularem em busca de possíveis melhorias para a comunidade assentada.

Fizemos três (03) visitas ao assentamento:

A primeira, dia 16/01/24, mesmo dia em que realizamos a entrevista na Gestão em Saúde de Visconde do Rio Branco. A SMS-VRB funciona no prédio da antiga Casa de Saúde Santa Rosa – denominado de Centro Integrado Social – CIS desde setembro de 2021, conforme

página da prefeitura e rede social. Atualmente o CIS abriga diversas secretarias e serviços da gestão 2020/2024.

Nesta primeira visita ao assentamento, conforme descrito anteriormente, fizemos a apresentação da pesquisadora e da temática da pesquisa para as lideranças locais e para o coordenador de área do assentamento, cuja função é ocupada pelo mesmo assentado desde a criação do Olga Benário, em 2005.

A segunda visita foi no dia 18/01/24 onde iniciamos as entrevistas, primeiro com o grupo de cinco (05) pessoas na parte da manhã, cada uma representando sua família. Após o almoço, entrevistamos mais (06) pessoas, sendo (05) famílias representadas por um membro e (01) uma família, representada pelo casal. Fomos de casa em casa, acompanhada por uma pessoa do movimento, designada pelas lideranças.

A terceira e última visita foi no dia seguinte, 19/01/24, onde entrevistamos mais (07) pessoas, representando (05) famílias. Fomos acompanhadas por uma segunda pessoa designada para este dia. Abaixo demonstramos no quadro 4 a organização do trabalho realizado.

Quadro 4 - Visitas e entrevistas realizadas:

Quadro das Famílias Assentadas/participantes da pesquisa

Total de famílias do assentamento	33
Nº de famílias para as entrevistas	22 66,66667
Total de famílias que participaram da entrevista	14 63,63636
Total de famílias entrevistadas na própria residência	9
Total de famílias que estavam presentes no encontro coletivo	5
Total de pessoas entrevistadas no assentamento	18
Nº de famílias onde duas pessoas responderam a entrevista	4
Total de residências visitadas	10
Total de residências visitadas com entrevistas respondidas	9
Nº de residências visitadas com negativa para a entrevista	1
Total de dirigentes entrevistados online - estadual/nacional	4

Fonte: Criação própria, 2024.

Ao todo foram quatorze (14) famílias participantes das entrevistas, sendo nove (09) visitadas na própria residência e cinco (05) participantes do encontro coletivo. Do total de participantes, sete (07) pessoas foram do sexo masculino, quatro (04) estavam acompanhados pelas companheiras/esposas e três (03) homens representando a própria família, mas sem relatarem a formação/situação familiar.

Dos quatro casais que participaram, somente uma pessoa optou em responder o roteiro em local separadamente da companheira. Os outros três responderam na presença da pesquisadora e da pessoa designada para acompanhar as entrevistas, mas eles não trocaram opinião entre si sobre como deveriam responder.

No caso exceção, o companheiro que optou em responder o roteiro em outra parte da casa, não solicitou apoio da pesquisadora, não conversou ou trocou ideia após o preenchimento do roteiro. Já sua companheira optou em ficar na parte externa da casa, solicitou que pudesse responder o roteiro oralmente devido às “dificuldades” no domínio da escrita.

Após a leitura de cada pergunta e resposta, fizemos a exposição do que compreendemos para ver se havíamos entendido certo o que foi dito, transcrevemos a resposta para o roteiro, em seguida, novamente a leitura da transcrição, tudo na presença da acompanhante da pesquisadora, que era a própria filha da referida senhora (E06) que faria a conferência ao final para a devida assinatura.

Ao final da entrevista, após conferir e confirmar as respostas transcritas, a senhora entrevistada afirmou que não havia necessidade que a filha assinasse por ela dizendo confiar na pesquisadora e na atividade desenvolvida. Foi um momento embaraçoso porque precisávamos do roteiro assinado para a pesquisa, mas ao mesmo tempo um momento gratificante devido a confiança demonstrada em nosso trabalho.

Outra curiosidade importante, ao informarmos aos entrevistados que deveriam anular os espaços em branco deixado entre a resposta e a próxima questão ou caso não quisessem expressar suas opiniões nos espaços abertos, unanimemente disseram que não tinham noção sobre a importância de anular espaços em branco que antecedessem à assinatura em qualquer tipo de documento.

Em todas as visitas ocorreram solicitação de esclarecimento sobre algum assunto abordado do roteiro, mas unanimemente perguntaram sobre o significado de controle social. Procedemos da mesma forma dito acima, esclarecemos todas as dúvidas, aproveitamos para fazer reflexões importantes sobre o SUS, após cada resposta do questionário.

Foram dez (10) residências visitadas, onde nove (09) participaram da entrevista e em uma, a entrevista foi negada, pois o senhor, já idoso, entendia que assuntos referentes à saúde deveriam ser respondidos pela companheira. Sua esposa estava em viagem para tratamento de saúde em Belo Horizonte e quando chegasse poderia nos receber, caso retornássemos para outra pesquisa, porém não sabia informar quando ela retornaria e nem mesmo como estava seguindo o tratamento.

Foi um total de dezoito (18) entrevistados/as, representando quatorze (14) famílias, representando um percentual de 63,63% das que se dispuseram a participar. As próprias lideranças não participaram da pesquisa, apesar do convite e de termos informado que participariam ao final. Avaliando o número de famílias e o contexto geral em que se deu a pesquisa, concluímos que somente vinte e duas (22) famílias aceitaram o convite.

Em relação às dirigentes do Setor de Saúde do MST, em nível estadual, tivemos o apoio de discentes do mestrado que são da militância do MST no Estado de MG para conseguirmos os contatos telefônicos.

Fizemos contato pelo WhatsApp com quatro (04) representantes, porém somente três (03) mulheres responderam o roteiro, enviado também pelo WhatsApp, após recebermos o TCLE já assinado, pela mesma forma de envio. Apesar de disponibilizarem tempo para responder ao questionário, não foi possível gravar as entrevistas via *google meet*, por questões relativas à conexão de internet e agendas de trabalho.

Em relação à direção nacional, enviamos o TCLE da mesma forma, após o recebimento do termo assinado, fizemos dois encontros online pelo *google meet*, gravamos as entrevistas e transcrevemo-las. Na primeira, utilizamos o roteiro semiestruturado e na segunda aprofundamos em questões que serão abordadas mais à frente. Somente esta pessoa da direção do movimento conhecemos pessoalmente na Escola Nacional Florestan Fernandes, onde foram ministradas as disciplinas obrigatórias do mestrado.

Queremos contextualizar sobre as terras destinadas ao Assentamento Olga Benário, pois faz parte de um contexto histórico importante do município. Estas terras pertenciam às antigas fazendas de cultivo de cana-de-açúcar da Cia. Açucareira Riobranquense – usinas São João I e II, de propriedade da família Bouchardet que, por décadas, monopolizaram as terras e a mão-de-obra local na fabricação de açúcar e álcool (metanol), além de monopolizar em grande parte a área rural onde os agricultores, inclusive proprietários de pequenas terras, investiam e preferiam plantar cana-de-açúcar para vender à Cia.

Com o encerramento das atividades da primeira usina, que ficava no bairro Jardim Alice, na área central da cidade, o município foi impactado tanto em espaços de trabalho como em arrecadação. Quando a usina II iniciou as demissões do quadro funcional administrativo, havia uma especulação de que seria a forma de mantê-la funcionando na produção. A Usina II localizava-se no bairro Barra dos Coutos, área periférica da cidade.

No encerramento da segunda usina, o impacto reverberou na vida das pessoas que diretamente tiravam seu sustento, na vida das famílias que dependiam desse trabalhador, no comércio local em geral e disparou uma corrida em busca de vagas de trabalho no Pif Paf

Alimentos e algumas outras pequenas indústrias de sucos no município. Muitos tiveram que sair para trabalhar em Ubá, município vizinho, um dos maiores polos moveleiros no país.

Esta história pode ser contada por esta pesquisadora, pois além de trabalhar na área administrativa da usina, foi parte do primeiro quadro demissional em agosto de 1989, quando começaram as primeiras de muitas demissões daquele ano, residindo no município até o ano seguinte. Esta situação repercutiu muito negativamente na vida econômica, social e emocional das famílias riobranquenses. Detalhes históricos do impacto da desativação das usinas e do fim do Programa Nacional do Proálcool no país poderão ser conferidos em Silva (1996) e Silva *et al* (1997).

Apesar de não ser o tema da discussão, consideramos relevante para contextualizar a desapropriação e a destinação destas terras para a reforma agrária que mais tarde, em 2005, assentou o Olga Benário, conforme informações recebidas pelas lideranças, temática da dissertação de mestrado “Assentamento Olga Benário: um estudo de caso da espacialização da luta pela terra na Zona da Mata Mineira”, defendida na Universidade Federal de Viçosa – UFV, por Teixeira (2012).

Retomando ao histórico das entrevistas, como algumas famílias não aceitaram participar, fomos saltando diversas casas do lado chamado Santa Helena, que fica à direita da rodovia. Havia residências no lado esquerdo da rodovia, área que o coordenador chamou de “terras da antiga fazenda Santa Juliana”, onde poderíamos visitar mais seis (06) famílias.

Não sabemos se este era o número total de famílias daquela parte ou as que aceitaram participar da pesquisa. Assim completariamos a amostra de vinte de duas (22) famílias. Estas visitas seriam feitas em um quarto dia a ser combinado para a visitação.

Com a orientação do professor de estatística, referido nos agradecimentos iniciais, optamos em não completar as entrevistas com as possíveis seis famílias restantes, pois conforme a avaliação das respostas abertas nos questionários, não foi apresentado nenhum elemento novo que alterasse a compreensão adquirida sobre a temática e ou trouxesse elementos novos para categorizá-los.

5.3 Os resultados e a análise da pesquisa à luz dos dados ‘quanti/quali’ – tentativa conjugada de conquistar novos olhares para o SUS e para o campo

Os dados a partir da tabela univariada e bivariada, além das figuras e gráficos que virão, juntamente com as impressões/contribuições dos/as entrevistados/as do Assentamento Olga

Benário e das dirigentes do Setor de Saúde do MST, tanto em nível estadual como nacional, nos apoiarão para esta discussão.

O conhecimento dos/as entrevistados/as sobre as políticas de saúde é muito importante para entendermos as limitações do SUS, para identificarmos algumas possibilidades para construção de estratégias a fim de enfrentá-las e buscar melhorias para o atendimento à população do campo.

A tabela um (1) é a distribuição univariada e bivariada em percentual a partir da variável explicativa, conforme o conhecimento ou o (des) conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta – (PNSIPCF, 2013).

Queremos identificar o conhecimento que os/as entrevistados/as têm sobre as referidas políticas de saúde, associando a essas variáveis, as informações trazidas por eles e elas, relacionadas ao Setor de Saúde do MST e o que produzem nesse setor, sumarizando os resultados para melhor compreensão e diálogo com as referências bibliográficas utilizadas, além de demonstrar as implicações que refletem no dia-a-dia da população do campo, mais especificamente no território do Assentamento Olga Benário.

Vejamos:

Tabela 1: Distribuições univariada e bivariada do conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta segundo a caracterização dos/as entrevistados/as.

Variáveis explicativas	Você tem conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta?						Total	
	Sim		Não		Não Informado			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Representação								
Olga Benário - Municipal	2	11,1	16	88,9	0	0,0	18	85,7
Outro assentamento - Estadual/MG	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	14,3
Gênero								
Masculino	1	14,3	6	85,7	0	0,0	7	33,3
Feminino	3	21,4	10	71,4	1	7,1	14	66,7
Você tem conhecimento sobre as Leis 8080/90 e a 8142/90 que regulamentam o SUS e garantem o atendimento universal e a participação da população no controle social do SUS?								
Sim	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4	19,0
Não	1	5,9	16	94,1	0	0,0	17	81,0
Na sua opinião, há sinais de que a Política Nacional de Saúde das Populações do Campo está implantada no seu município para atender a população do campo?								

Sim	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	4,8
Não	4	22,2	14	77,8	0	0,0	18	85,7
Não Informado	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	9,5
E Com gestores de saúde?								
Sim	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	9,5
Não	3	16,7	15	83,3	0	0,0	18	85,7
Não Informado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	4,8
Você acredita que os conselheiros conhecem as necessidades da população do campo?								
Sim	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	4,8
Não	4	20,0	15	75,0	1	5,0	20	95,2
Já participou ou conhece algum trabalho do Conselho Municipal de Saúde direcionado para a população do campo?								
Sim	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
Não	3	15,0	16	80,0	1	5,0	20	95,2
Já participou ou conhece algum trabalho da Secretaria Municipal de Saúde direcionado para a população do campo?								
Sim	0	0,0	4	80,0	1	20,0	5	23,8
Não	4	25,0	12	75,0	0	0,0	16	76,2
No MST existe o debate sobre a necessidade dos militantes comporem o CMS enquanto representantes de um movimento social?								
Sim	3	42,9	3	42,9	1	14,3	7	33,3
Não	1	7,1	13	92,9	0	0,0	14	66,7
Temas como: ancestralidade, fitoterápicos (chás garrafadas, outros), saúde integrativa estão presentes nesse debate?								
Sim	3	18,8	12	75,0	1	6,3	16	76,2
Não	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	19,0
Não Informado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	4,8
A população do campo (MST) e da cidade interagem no debate sobre saúde?								
Sim	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	19,0
Não	2	13,3	13	86,7	0	0,0	15	71,4
Não Informado	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	9,5
Total								
Total	4	19,0	16	76,2	1	4,8	21	100,0

Fonte e criação própria: Pesquisa de campo, 2024.

Iniciamos a interpretação relacionada à distribuição univariada. Entre os/as entrevistados/as, a maioria está representando o Assentamento Olga Benário (85,7%) e corresponde ao gênero feminino (66,7%).

Em relação à distribuição bivariada, dos/as entrevistados/as do Assentamento Olga Benário, (88,9%) não tinham conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Enquanto que para o outro assentamento (forma como categorizamos as entrevistas das dirigentes estaduais) - (66,7%) afirmaram ter esse conhecimento, demonstrando que as dirigentes estão melhor preparadas para a discussão sobre as políticas de saúde.

Na primeira entrevista com a dirigente nacional (E22), após responder as perguntas (P1) e (P2) sobre as Leis 8080/90, 8142/90 e PNSIPCF (2013), complementamos com a seguinte argumentação e pergunta: Sabemos que tem conhecimento sobre as referidas leis. A política de saúde do campo é recente, porém não tão nova; observamos na pesquisa de campo que a maioria entrevistada tem dificuldades em responder sobre essas leis e sobre a política de saúde da população do campo. Complementamos, não só a população do assentamento, pois ao entrevistarmos uma pessoa/referência da Gestão em Saúde de Visconde do Rio Branco, disse não a conhecer. Enquanto membro da direção nacional do movimento, como vocês estão trabalhando para que nos assentamentos a população conheça mais esses direitos para poder reivindicá-los?

E obtivemos a seguinte resposta:

A nossa maior reivindicação é que essa política chegue principalmente nas gestões municipais e estaduais, porque essa política foi aprovada em 2013, mas ela nunca saiu do ministério (da saúde). Dentro dos governos mais democráticos, que foi criada a política. No último governo infelizmente essa política foi esquecida completamente, **e a população é isso, ela não tem conhecimento das leis, ela tem conhecimento dos atendimentos que é feito a partir das leis, né?** E aí como se as principais gestões não têm conhecimento dessa política é complicado até a população ter conhecimento também, né? Uma política que não tem financiamento, as gestões são muito difíceis de assumi-las. Essa é uma das nossas reivindicações hoje, que essa política possa ter um financiamento e consiga chegar onde realmente ela já deveria ter chegado, já a muito tempo, ao atendimento necessário dentro de seus territórios (E22, grifo nosso).

Sobre os entrevistados do gênero masculino, (85,7%) não tinham conhecimento sobre a referida política, enquanto que para o gênero feminino o grau de não conhecimento foi de (71,4%), a disparidade aumentou em favor das mulheres por causa da participação das dirigentes que contribuíram para minorar a falta de informação entre as mulheres. Importante

esclarecer que não há homens na direção do Setor de Saúde nos territórios onde entrevistamos as dirigentes.

Em relação ao total de entrevistados e entrevistadas sobre as políticas de saúde, aqueles que responderam não ter conhecimento sobre as Leis 8080/90 e a Lei 8142/90 – (P2), corresponde a (81,0%).

Os que responderam a (P3) sobre não haver sinais de implantação da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo no município, está representado em (90,5%).

Na entrevista com a dirigente nacional (E22), perguntamos se conhecia algum município onde teria implantado a PNSIPCF, onde foi dito:

Infelizmente ainda não, [quando] a gente em alguns Estados consegue chegar dentro do Estado, a gente apresenta a política, a gente conversa com os gestores. Mas é isso, né? Infelizmente não tem financiamento [...] (E22).

Este mesmo percentual (90,5%) também representa os/as entrevistados/as que responderam a (P4) sobre não haver um olhar diferenciado das equipes para as características específicas relacionadas ao modo de vida da população do campo. Também representa o mesmo percentual para a pergunta (P5) quando responderam que ao passarem em consulta, os profissionais de saúde não perguntam ou questionam sobre a atividade de trabalho/laboral.

Ou seja, o atendimento é construído somente sobre a “queixa”, sendo assim, a intervenção é biomédica e curativa, não realizando as ações de promoção e prevenção, parte da integralidade designada em todas as políticas já elencadas na referida bibliografia utilizada.

Sobre os/as entrevistados/as que responderam que reconhecem os sinais de implantação da PNSIPCF (2013) no município de Visconde do Rio Branco, inferimos que representa o desconhecimento sobre o que ocorre em relação ao plano de saúde municipal e sobre a estagnação da PNSIPCF/2013, após sua aprovação, pois não há pactuação de financiamento e sua implantação ainda é um objetivo a ser alcançado pela direção nacional do MST.

A política de saúde das populações do campo (PNSIPCF) orienta que a saúde dos trabalhadores além de estar “condicionada” a diversos fatores como: “sociais, raciais e de gênero, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo”, pode ser impactada pelos fatores de risco como os de,

Natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho particulares”. E mesmo que as dores osteomusculares e “os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho [sejam] agravos previsíveis e, portanto, evitáveis, podem estar associadas a uma sobrecarga do trabalho braçal (PNSIPCF, 2013, p.14).

Ainda que não haja a implementação desta política específica, as demais políticas como a PNAB (2006) e a PNPS (2006) juntamente com todas as suas atualizações, orientam para o trabalho das equipes com todas as populações e que haja um olhar diferenciado para as especificidades dos grupos em seus territórios.

Não sendo a falta de uma política especificamente determinada a um grupo da sociedade justificativa para não acompanhar adequadamente as pessoas na área rural, pois segundo a PNPS (2014), a saúde deve ser cuidada a partir do reconhecimento dos sujeitos e da “subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; considerando a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade” entendidos como valores e princípios (Brasil,[MS, PORT.DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2], 2017, Art. 3º, I).

Seguindo com a análise da tabela, outro dado bastante positivo vem da questão (P6a) onde (52,45%) respondeu que a identificação de ser um militante do MST não interfere na assistência recebida nos serviços de saúde como hospitais, centros de especialidade, etc.

E sobre a pergunta (P6b), (90,5%) disseram não perceberem diferença de tratamento por serem do MST, ao serem atendidos pela equipe de referência onde estão vinculados, demonstrando que estar vinculado a uma equipe de saúde de referência possibilita melhor interação entre usuário e os profissionais de saúde.

Estes profissionais têm a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre a realidade da população atendida, além da oportunidade de realizar um acolhimento adequado às necessidades do usuário e imprimir um olhar diferenciado para as questões específicas da população, seja na cidade ou no campo.

Alguns dos/as entrevistados/as que responderam perceber diferença, expressaram-se da seguinte forma:

Está intrinsicamente ligada à questão ideológica, toda a história da humanidade tem sido uma história de ideologia, na unidade esta relação não muda (E8).

Olha a gente com preconceito (E13).

Ao apresentarem esta posição quiseram dizer que há mudanças no comportamento dos profissionais de saúde ao atenderem os usuários do MST, mesmo não sendo a percepção da maioria dos companheiros/as, existe um percentual que sentiu diferença no tratamento pelo simples fato de ser militante do movimento e estes precisam também ser considerados.

Apesar da secretaria de saúde não ser um serviço de saúde que presta o cuidado direto para o/a usuário, há diferença. A secretaria de saúde é um dos setores do organograma de toda

prefeitura. De lá sai [ou deveria sair] as orientações da organização interna para os serviços ligados ao município, representa a gestão do SUS mais próxima dos usuários.

Duas dirigentes estaduais afirmaram que

Quando o atendimento é diretamente pela secretaria, sim, mas no PSF não (E19).

Ainda não passei por esta situação, no ano passado fui cuidada com problemas pulmonares e fui muito bem cuidada, pelo fato de conhecer a médica e a enfermeira (E21).

Estas percepções contribuem para que a gestão possa avaliar como os posicionamentos profissionais, tanto positivos como negativos, impactam nos serviços prestados e podem interferir no “complexo” cuidado em saúde, pois o “modus operandi” reflete em todos os equipamentos de saúde, ou seja, de onde deve haver total respeito e igualdade no tratamento, sem qualquer tipo de discriminação, pode gerar em cadeia, posicionamentos inadequados, contrariando todos os valores e princípios preconizados nas políticas de saúde do país, referendadas pela Constituição Federal/88.

Assim como ofertar tratamento menos qualificado pelo fato do usuário ser um militante do MST, vai de encontro ao preconizado nas políticas de saúde, ofertar atendimento mais qualificado a um em detrimento de outro usuário, por conhecê-lo ou manter algum tipo de relação de amizade, também não contribui para cumprir a impessoalidade, a integralidade e nem mesmo a equidade que são valores caros do sistema de saúde brasileiro.

A diferenciação ou o conhecimento assim como as ações distintas, devem ser utilizadas para fortalecer a igualdade a partir da equidade, pois

Cada território tem as suas particularidades, que configuram diferentes perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, os quais se encontram em constante transformação. Assim, a atuação das equipes de saúde sobre esse território tem de considerar esses perfis. Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica devem se apropriar dessas características, precisam dialogar com os atores, para que tenham poder de atuação sobre a realidade onde atuam e à qual também pertencem (UFSC, 2016, p.13),

Conforme hipótese da pesquisa, (76,2%) dos/as entrevistados/as não sabem que existe um conselho de saúde em seu município (P7a), e o mesmo percentual representa aqueles que não se sentem bem representados pelos conselheiros (P11), demonstrando coerência entre as respostas.

As próximas respostas e valores responderam a nossa hipótese secundária sobre pouca ou nenhuma participação da militância nos espaços de controle social. Daqueles que sabem que existe o conselho, porém não conhece o conselho (P8) representa (95,2 %). Além disso, (90,5%) dos/as entrevistados/as nunca participaram das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (P9), somado a uma pessoa que não respondeu à pergunta, representando (4,8%), sendo coerente ao percentual daqueles que não o conhece.

A dirigente que informou conhecer o conselho e já participou de reunião, (9,6%) ao responder a (P10) informou ter participado entre 1 e 3 vezes somente, porém disse que

As ideias de quem está no conselho não representa as minhas expectativas e realidade (E21).

A dirigente nacional contribuiu dizendo:

A gente sabe da importância de estarmos cobrando, principalmente que essa política [PNSIPCF] seja efetivada. Em alguns Estados, agora não me lembro quais, alguns dos nossos militantes do Setor de Saúde fazem parte dos Conselhos Municipais, até mesmo em alguns Conselhos Estaduais, mas mesmo assim é pouco para que a gente avance nas cobranças e que essa política seja efetivada. E a gente sabe a importância do conselho para que nós possamos reivindicar vários direitos e acesso à saúde da população do campo. **E aí, por exemplo, a gente sabe que a partir dessas participações no conselho a gente pode ter um avanço muito grande. Mas as dificuldades nos impossibilitam de estar nesses espaços, também fazer parte desses espaços** (E22, grifos nosso).

As dirigentes conhecem e sabem da importância de fazer a discussão nos espaços de controle social. E os conselheiros necessitam reconhecer a importância de ter movimentos sociais locais participantes como atores políticos que os apoie para que as suas funções precípuas sejam exitosas e em defesa do SUS e para a população.

Do universo entrevistado, (85,7%) não mantém contato com conselheiros e ou com gestor de saúde em seu município (P12a e P12b). Cabe à gestão em saúde do município a responsabilidade sanitária dos munícipes, além de conhecer os movimentos e os grupos sociais que estão representados em seu território, isso é importante para o reconhecimento de todos os condicionantes/determinantes em saúde. Ao CMS e aos conselheiros recai a responsabilidade de buscar a população para participar.

A dirigente nacional expressou a realidade sobre a participação do movimento nos conselhos:

É importante que nós ocupemos estes espaços sim porque a partir deles vamos estar na luta pelo acesso que é necessário para nosso povo, né? Principalmente de políticas públicas que o nosso povo necessita. Então daí a importância da gente estar construindo isso a partir das nossas organicidades nos Estados e **infelizmente nem todos os Estados dão essa abertura para que nós**

estejamos dentro desses espaços de controle social. Mas já tem outros Estados que a gente consegue estar dentro dos conselhos, a gente consegue estar construindo outras ações, dentro do controle social. Inclusive, algumas secretarias tem [...] [coordenação] de equidade [...], é onde se constrói políticas estaduais e para nós isso é fundamental quando a gente está dentro dessas construções, dentro desses espaços [...]. Inclusive tem alguns fóruns de saúde que acontecem em todos os Estados e tem esse processo formativo, principalmente de entender o que é o conselho, entender esses controles que existem. E o nosso povo, nossa militância do setor vem participando desses processos formativos para entender, para conhecimento também e poder saber como vai participar melhor e ocupar esses espaços. Então as diversas ações que estão acontecendo desde o ano passado, com relação aos controles sociais, os nossos coletivos de saúde que são organizados dentro dos Estados, vem participando para ter mais conhecimento e poder estar construindo esses espaços nos Estados (E22, grifo nosso).

A falta de interação da gestão e do conselho de saúde traz prejuízos para a construção do plano de saúde municipal e para o planejamento de ações inerentes ao projeto de cuidado em nível macro. Ter munícipes militantes de um movimento reconhecido internacionalmente como é o MST, deveria corroborar e não dificultar a participação desta população no CMS.

No caso do Assentamento Olga Benário, com dezenove anos implantado em Visconde do Rio Branco, ainda sem contato com a gestão local e com o CMS significa perdas de reconhecimento e de potentes construções para a população da cidade e do campo.

Às dirigentes, estaduais e nacional, caberá proporcionar espaços de formação nos assentamentos que empoderem os assentados para que ocupem estes espaços e se apresentem para a sociedade em condições de participarem dos espaços do controle social.

Segundo a análise, (95,2%) acredita que os conselheiros não conhecem as necessidades da população do campo (P13) e não tem atividades direcionadas para ela (P14) refletindo em coerência ao tratarem das questões/identidade do conselho de saúde. Mesmo para aquela pessoa que conhece o CMS, a gestão ou já participou de alguma reunião do conselho, as necessidades do povo do campo são desconhecidas pelas instituições da saúde.

A cidade e o campo são territórios distintos e

Em todos os territórios, as pessoas vivem de maneira diferente e em condições diversas. Por exemplo, as áreas rurais apresentam aspectos completamente distintos das áreas urbanas, assim como em um município totalmente urbanizado encontram-se áreas completamente diferentes em termos de infraestrutura, saneamento, transporte etc. As famílias de maior renda localizam-se nas melhores áreas, restando aos de menor renda os lugares de piores condições para a urbanização. **Você acha que isso é uma escolha das pessoas que lá estão? De acordo com Monken e Barcellos (2007), a localização das populações resulta da história da ocupação e apropriação do território, juntamente às circunstâncias de vida das pessoas, como o nível econômico e sua inserção nos processos produtivos, que determinam as desigualdades sociais** (UFSC, 2016, p.13-14, grifos nosso).

O posicionamento diferenciado dos conselheiros em prol da saúde da população do campo, além de um chamamento à participação para que esta faça parte do controle social, propiciaria um projeto compartilhado de cuidado e um plano de saúde municipal, onde os saberes populares que o movimento tem resgatado e fortalecido ao longo de sua trajetória, por meio do Setor de Saúde, permitiria trocas e contribuições entre a população urbana e rural para o cuidado em saúde alicerçado em práticas integrativas e complementares ao SUS.

Ao entrevistar (C2) – pessoa referência na Gestão em Saúde no município de VRB e, os assentados, identificamos, além do desconhecimento da existência da PNSIPCF (2013), a falta de interação Gestão-CMS-Assentados. A interação introduziria outros atores nessa tríade, que seriam os/as dirigentes do Setor de Saúde em nível estadual e nacional, pois ao compreenderem a realidade local apresentada, fariam enfrentamentos à desinformação, ações que contribuiriam para essa transformação e, exigiriam projetos que extrapolassem a governabilidade local.

Para tanto exigiria investimento de capital financeiro, social e humano para um bom plano de ações que gerasse participação, organização, interação e compartilhamento de saberes, além de suplantar as posições políticas partidárias e se tornasse um plano do município e não de gestão municipal. Parece utopia, porém temos convicção que não é, mas também temos consciência que a ideologia expressa por (E8), acima mencionada, ainda é o que permeia as relações de poder de ambos os lados.

Na entrevista com os assentados, conforme tabela acima, somente (23,8%) já participou ou conhece algum trabalho da Secretaria Municipal de Saúde direcionado para a população do assentamento (P15), mesmo assim não se referiram a ações de gestão, inserção da população rural no conselho, se referiram a ações em cuidado de saúde, e ao descreverem suas impressões acrescentaram que estas atividades foram de “cunho eleitoreiro”, não havendo sequência e programações no planejamento da secretaria de saúde e nem mesmo da equipe de saúde do centro de apoio rural.

O/a entrevistado/a (E01) comentou suas impressões da seguinte forma:

Eles não têm interesse até mesmo porque a maioria é [...], [referiu-se ao posicionamento político], então é só o atendimento mesmo na base postinho (E01).

Já o/a entrevistado/a (E05) completou

Já vieram no assentamento, mas a impressão mais para fazer foto e dizer que vieram (E05).

O/a entrevistado/a (E08) foi mais além:

Não, porque um trabalho com esta característica passa pela elaboração de um programa político, coisas que a maioria das cidades não tem (E08).

Demonstrando a necessidade de outro nível da complexidade da gestão, acima mencionado, além de uma maturidade na compreensão sobre as implicações que envolvem uma atuação integrada e sistematizada pela gestão.

Ao responder a mesma pergunta (P15), uma das dirigentes estaduais (E19), trouxe a seguinte fala:

Aqui na minha região [...] depois de muita luta para trocar a prefeitura, [referindo-se à eleição de um prefeito progressista], hoje temos algumas ações direcionadas para a população do campo como consultas itinerantes nas áreas do AC [acampamento] e ASS [assentamento] (E19).

Já a dirigente (E21), respondeu:

Não tenho acesso aos conhecimentos e funcionamento do Conselho de Saúde (E21).

Observamos nestas contribuições das dirigentes que mesmo ocupando espaços de direção estadual dentro do movimento, o conhecimento está mais avançado a depender da região do Estado, necessitando ampliação e melhorias da mesma forma que na região do assentamento pesquisado, tanto para se fortalecerem como para ofertarem à militância, formação para fazer uma participação efetiva na saúde em seus territórios.

Do Total de entrevistados/as que responderam a (P16) se no MST existe o debate sobre a necessidade dos militantes comporem o CMS enquanto representantes de um movimento social, responderam que não (66,7%), e comentaram:

Existe, mas em processos lentos mais na nossa região não tem ainda (E01).

Aqui no assentamento não, mas no estadual existe a discussão (E06).

A gente quando vê que a saúde está péssima, **o povo reage** para melhorar a saúde (E13, grifo nosso).

Já as dirigentes trouxeram as seguintes ponderações:

Sim, é muito **combatido** nos espaços organizativos este assunto, ter nossos militantes diretamente nos CMS é bem importante para o MST com força política e em condições de reivindicar de forma direta os direitos e o direcionamento dos recursos de forma justa (E19, grifo nosso).

Onde o Setor de Saúde está organizado e o conselho existe no município, há uma participação da militância. Mas não é o caso [de nossa região] (E20).

No MST existe um Setor de Saúde nacional, Estadual, Regional e Local, os quais traz o debate (para) sobre as políticas do SUS para dentro dos temas de formação, sendo que em algumas regiões existe pessoas nos conselhos de saúde de seus municípios de origens (E21).

As falas dos assentados trazem a fragilidade do Setor de Saúde ‘in loco’ em construir agendas de formação local sobre a importância de conhecer as políticas de saúde/SUS para além dos cuidados [integrativos e complementares] em saúde, cujo setor está firmado na produção de horta medicinal.

Já as dirigentes entrevistadas estão em assentamentos cuja organicidade está mais robusta, com exceção de (E20), que expressa uma das características dos assentamentos da Zona da Mata Mineira, conforme tratado acima, onde Teixeira (2012) apresenta a formação a partir dos anos iniciais do período 2000/2011.

Outra característica que demonstra a maturidade dos assentamentos é sua formação política, formação consciente, envolvida e comprometida com as orientações e valores do movimento, conforme a (MST-NGPO, 2016), para conquistar os espaços e garantir melhores condições de vida para toda a população do movimento.

Este índice de (66,7%) acrescido das colocações da militância demonstrou à luz de uma análise imparcial, objetivando cooperar com a luta do movimento, que o MST, por meio da direção nacional do Setor de Saúde juntamente com os/as dirigentes estaduais, necessitará superar a fragmentação do debate sobre a participação dentro dos CMS em cada região/território onde há assentamento/acampamento, utilizando as ações de formação da militância para produzir um projeto de ocupação dos espaços institucionais da saúde.

Ao responderem sobre temas inseridos na discussão em saúde do movimento, como: ancestralidade, fitoterápicos (chás, garrafadas, outros), saúde integrativa (P21) - (76,2%) afirmaram que sim, consideram que as práticas integrativas de saúde são presentes no debate do MST.

O/a entrevistado/a (E01) informou

Temos conhecimento sim, de casa em casa e uma hortinha já começando na nossa área social (E01).

Já o/a entrevistado/a (E03):

De boca em boca sempre um companheiro repassa receitas de chás (E03).

O/a entrevistado/a (E05) informou que discutem sobre:

Cuidado com as mulheres, fazer escalda pés, tirar argilas, horta medicinal (E05).

Porém o/a entrevistado/a (E08) trouxe uma questão complementar importante:

De forma genérica, houve tentativas interessantes como curso de homeopatia/fitoterápicos, mas anda um pouco esquecido (E08).

Argumentos corroborados pelos/as entrevistados/as que informaram:

Já tivemos participação de estudantes da UFV (E09).

Referindo-se ao trabalho e ao curso sobre a homeopatia/fitoterápicos e

Já tivemos vários cursos com aluno da UFV e fomos lá com todo apoio (E10).

Complementados pelos argumentos dos/as militantes (E13), (E15) e (E16) que há troca de informações, pois “as plantas medicinais sempre têm que estar presentes e que chás como erva cidreira, açafraão e poejo fazem parte dessa troca”.

As respostas das dirigentes estaduais à mesma pergunta (P21) elevaram o patamar das reflexões:

O tema é crucial, o resgate das práticas de cuidados integrativos com plantas medicinais e suas formas de manipulações (E19).

Os militantes do setor são bruxas e cuidadores, e que preparam fitoterápicos (E20).

Estes sim são patrimônio nosso, nossa resistência vem da ancestralidade, nossa saúde vem das plantas, dos chás e da integração social. Sabemos produzir de nossas plantas: chás, florais, xaropes, garrafadas, sabonetes, tinturas, pomadas e outras tantas (E21).

Ao entrevistar a dirigente nacional (E22) inserimos à pergunta (P21) a capacitação de pessoas para se tornarem os agentes populares em saúde formado pelas pessoas da organização do próprio movimento ou da comunidade, às vezes numa comunidade periférica e o motivo de elegerem esta forma de chamá-los (bruxos e bruxas).

E (E22) trouxe a seguinte colocação:

O nosso setor é organizado pelos dirigentes, pela militância, pelo coletivo que se organiza dentro de cada Estado. E essas militâncias são cuidadores e cuidadoras, e por que de bruxos e bruxas? Porque quando a gente vai estudar a nossa ancestralidade quem mais fazia o cuidado e que a gente faz hoje com nosso Setor de Saúde, eram os bruxos e bruxas que foram criminalizados, que foram apagados na história e eram eles que cuidavam das ervas, eram eles que fazia a manipulação de todo o processo das ervas medicinais e era quem cuidava da saúde da população. Então a gente se identifica muito com esse cuidado, sabe? Para nós os bruxos e as bruxas são esses cuidadores que tem o conhecimento das ervas, que tem o conhecimento ancestral de cuidado com o nosso povo (E22).

A nomeação das mulheres como “bruxas” é um importante resgate e valorização das mulheres que sempre trabalharam no cuidado em saúde desde a idade média e que foram criminalizadas pelas práticas de cuidado em saúde, hoje conhecidas como práticas integrativas de saúde.

Em relação aos “bruxos”, “assim denominados os homens militantes do MST que trabalham como dirigentes do Setor de Saúde” (E22), projeta-nos para o primeiro desafio da autora do livro “Calibã e a Bruxa”, pois não desejava escrever um livro que fosse “história de mulheres, separada do setor masculino e da classe trabalhadora” (Federici, 2017, p.23).

Ao apontar este desafio traz uma importante consideração de que é “possível transcender a dicotomia entre o patriarcado e a classe trabalhadora” socialmente dividida onde homens e mulheres podem e devem estar à frente de atividades iguais, sem qualquer distinção. Também nesse aspecto o MST faz um papel importante para contribuir com a ruptura desta condição imposta na sociedade, mas é preciso reforçar que a direção nacional e as direções estaduais carecem da reflexão de empoderar o setor para o debate das políticas públicas e reforçar a necessária ocupação do controle social, colocando o plano de ação do Setor de Saúde em duas dimensões, a dimensão institucional e a dimensão do saber popular em saúde.

Em relação a (P22) sobre a possível interação entre a população da cidade e do campo no debate sobre saúde, (71,4%) respondeu que não há essa interação.

Afirmaram:

Se o prefeito ajudasse na saúde da população rural ficaria melhor pra gente (E06).

Acho interessante, todos juntos - cidade e MST - quem sabe no futuro! (E10).

Uma das três dirigentes estaduais destacou outra realidade de sua região:

Não temos interação no debate da saúde. Somos atendidos pela UBS do município, sem nenhuma diferença por estarmos no campo, em um território distinto da cidade. Em meu olhar, isso é uma perda grande (E20).

Uma grande perda para ambas as populações de Visconde do Rio Branco e das demais regiões das dirigentes estaduais, pois o movimento contribuiria tanto para o crescimento do saber popular em saúde como para o resgate e a soberania milenar das práticas de cuidado [integrativas], intrínsecas a ela. Fortaleceria a cultura popular, produziria um conjunto social robusto destas práticas e enfrentaria em melhores condições de conhecimento e participação o debate no SUS sobre a indústria farmacológica capitalista.

Já a dirigente (E19) novamente coloca em sua fala, destaque para a sua região:

Aqui no Sul de Minas já temos a experiência de levar espaços formativos no sentido de resgatar esses conhecimentos populares das plantas e chás. Em 2022 e 2023 fizemos um projeto hortas medicinais nos espaços urbanos com PSF's, APAE e hospitais (E19).

O avanço dessas parcerias nesta região pode estar relacionado ao tempo de formação do assentamento, pois conforme Teixeira (2012, p.34-38)) estes figuram da década de 90 entre os quinze assentamentos organizados pelo MST, em Minas Gerais. Os assentamentos da Zona da Mata Mineira formaram-se mais de uma década depois, em condições muito peculiares (Teixeira, 2012).

Apesar das especificidades de cada território, o conhecimento das práticas de cuidado faz parte do modo de vida da militância e tem sido aliado na promoção de saúde deles por longos anos, enfrentando as limitações que diversas gestões federais impuseram ao povo do campo, conforme as referências tratadas no capítulo três.

Além do desafio de enfrentar a falta de acesso ou o acesso precarizado pela ausência de uma atenção básica real em seu território, conforme preconizada nas muitas leis que formam as políticas de saúde do país, e além de enfrentar o (des) financiamento do SUS e a falta total do financiamento da política específica para o povo do campo (PNSIPCF), é preciso superar ou diminuir as discrepâncias entre as regiões onde estão os assentamentos/acampamentos e construir um alinhamento das atividades para melhorar a participação ou ocupar os espaços de controle social.

Compreendemos também que, por outro lado, a interação na prática é de difícil concretização por vários fatores como: distanciamento entre os assentamentos e a cidade, distanciamento entre as UBS, baixa empatia e interação entre os trabalhadores de saúde e a população rural, ausência de projetos nos planos operativos da SMS e do CMS que produzam a interação campo/cidade.

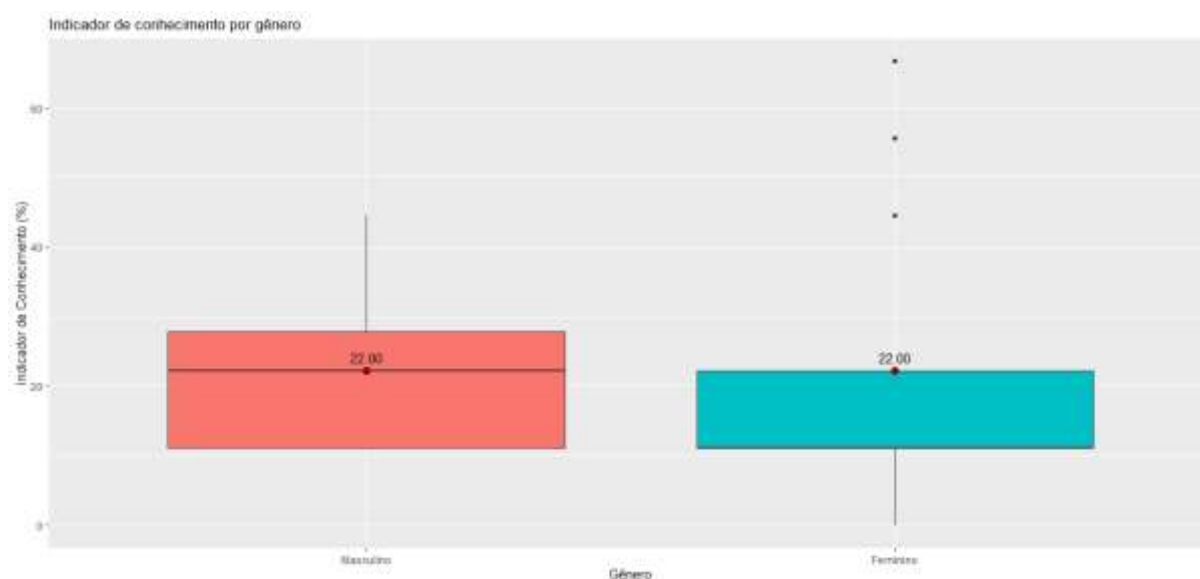
Sem esgotar todas as possibilidades de análise que a tabela 1 ainda nos permite, queremos acrescentar abaixo alguns gráficos que nos permitirá elevar o nível de reflexão sobre os dados conquistamos para esta pesquisa.

A partir das figuras abaixo demonstraremos a relação existente entre conhecimento e envolvimento de acordo com os dados apurados da pesquisa junto aos assentados e assentadas do Assentamento Olga Benário e com as dirigentes em nível estadual, participantes da pesquisa, que nomeamos como outro assentamento.

A Figura 12 apresenta a distribuição do Indicador de Conhecimento (IC) segundo Gênero

As mulheres estão representadas pela barra azul e os homens pela barra vermelha. Em relação à Média, os homens estão em posição de maior índice de conhecimento comparado às mulheres, cuja situação modifica-se com a inclusão das mulheres dirigentes do Setor de Saúde do outro assentamento, representadas pelos três pontos acima da barra azul. Em termos de variabilidade, os homens são mais dispersos que as mulheres.

Figura 12 – Indicador de Conhecimento (IC) segundo Gênero

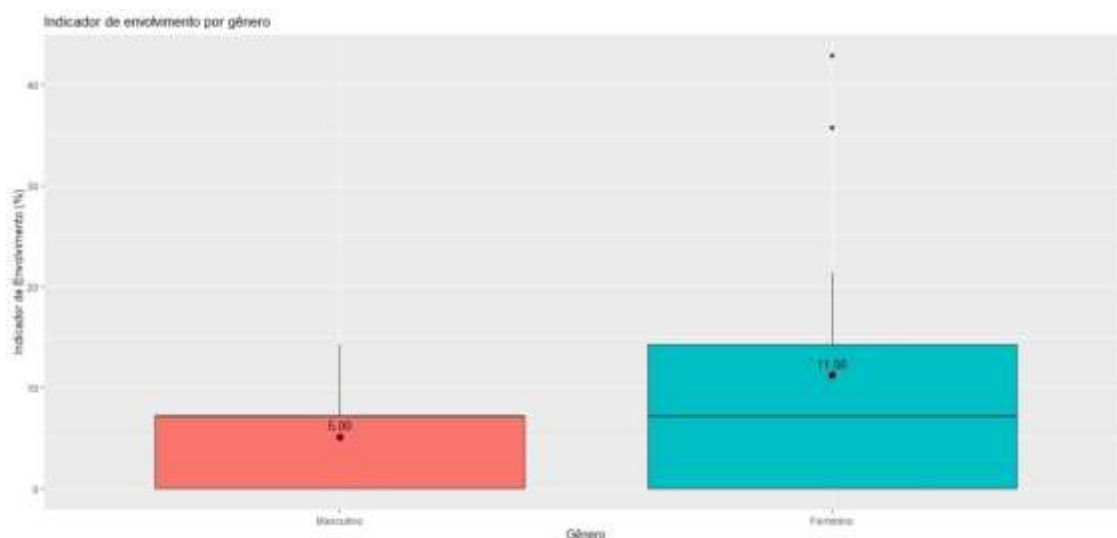


Fonte e criação própria: Pesquisa de campo, 2024.

A Figura 13 apresenta a distribuição do Indicador de Envolvimento (IE) segundo Gênero

Nesta Figura, as mulheres estão representadas pela barra azul e os homens pela barra vermelha. O índice de envolvimento das mulheres é muito superior em relação ao envolvimento dos homens do Assentamento Olga Benário e se eleva quando somados com o índice das mulheres do outro assentamento. Ainda sem contar com o acréscimo, fica visível a diferença somente pelas barras de identificação de cada gênero e reflete o comportamento das mulheres no cuidado, descrito nas referências bibliográficas, acima. No que se refere à variabilidade, as mulheres foram mais heterogêneas que os homens.

Figura 13 – Indicador de Envolvimento (IE) segundo Gênero

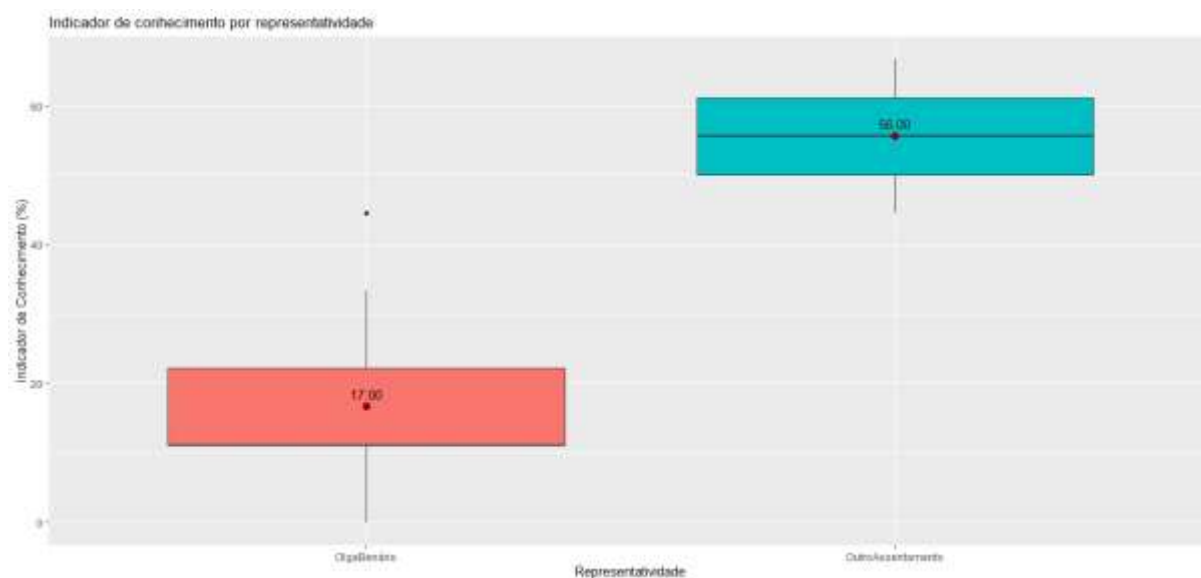


Fonte e criação própria: Pesquisa de campo, 2024.

A Figura 14 apresenta a distribuição do Indicador de Conhecimento (IC) segundo Representatividade

Nesta figura, o Assentamento Olga Benário está representado pela barra vermelha e o outro assentamento representado pela barra azul. Em relação à representatividade, a relevância está na prioridade das discussões e cuidados em saúde que imprimem às ações e isso possibilita construções de cuidado com maior eficiência. Este indicador para o outro assentamento foi mais disperso.

Figura 14 – Indicador de Conhecimento (IC) segundo Representatividade

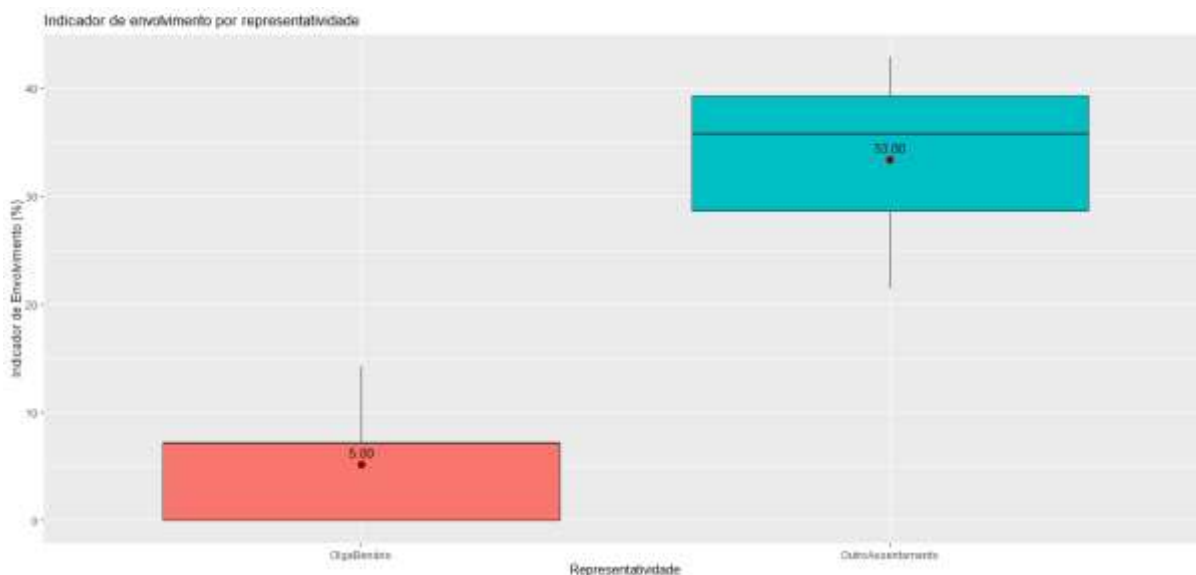


Fonte e criação própria: Pesquisa de campo, 2024.

A Figura 15 apresenta a distribuição do Indicador de Envolvimento (IE) segundo Representatividade

Nesta figura, o Assentamento Olga Benário está representado pela barra vermelha e o outro assentamento representado pela barra azul. Já em relação à média de distribuição de envolvimento, a figura 15 demonstra o baixo índice do Assentamento Olga Benário em relação ao envolvimento do outro assentamento em assuntos referentes à saúde. Corroborando com os índices de participação encontrados na tabela bivariada, bem como sobre a participação deles na pesquisa, em discussão sobre a saúde e sobre o próprio cuidado de sua saúde.

Figura 15 – Indicador de Envolvimento (IE) segundo Representatividade



Fonte e criação própria: Pesquisa de campo, 2024.

Para finalizar, apresentamos os dados com a Figura 16 segundo a relação entre os índices de Conhecimento (IC) x os Índices de Envolvimento (IE).

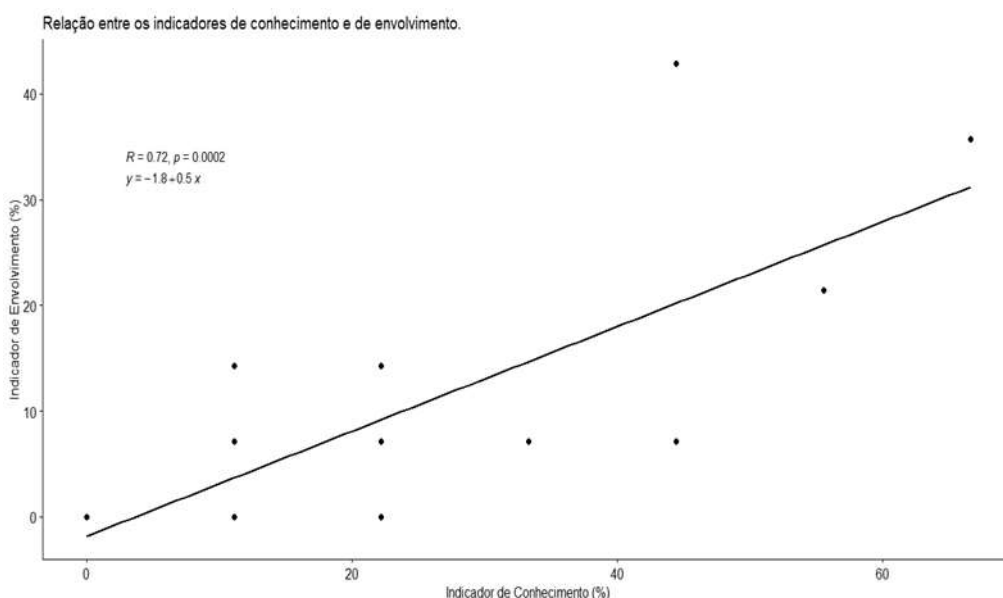
Nesta Figura, o (IC) está representado por 'x' na linha e o (IE) por 'y' na coluna, onde (IC) foi formado por 09 questões e o (IE) por 14 questões, todas com respostas fechadas do roteiro semiestruturado, conforme o quadro 3, apresentado na metodologia. Ambos foram padronizados para uma escala de 0 a 100, para facilitar a interpretação.

A correlação linear de Pearson entre os dois indicadores propostos aqui na pesquisa foi de 0,72 (valor $p < 0,0001$), o que demonstra uma correlação positiva e aparentemente forte, estatisticamente significativa, ou seja, quanto maior o conhecimento, maior o envolvimento das

pessoas sobre o assunto tratado. Esta correlação entre conhecimento e envolvimento, sugere que quanto mais buscamos conhecer determinado assunto mais probabilidade de estarmos envolvidos com as ações que são relacionadas àquele assunto.

A Figura 16 apresenta a relação entre o Indicador de Conhecimento (IC) e o Indicador de Envolvimento (IE) propostos nesta dissertação. Observa-se que à medida que o indicador de conhecimento aumenta ao longo do eixo X, os valores do indicador de envolvimento também aumentam ao longo do eixo y (vertical), o que sugere uma relação positiva, ou seja, quanto maior o conhecimento, maior será o envolvimento. Esse resultado foi significativo a 5% de significância (ou 95% de confiança) do ponto de vista estatístico, pois o valor de p foi de 0,0002 que é menor que 0,05 (5%), o que quer dizer que se este estudo fosse repetido várias vezes, em 95% das vezes, o resultado seria o mesmo encontrado neste trabalho. A Figura 16 ainda destaca um coeficiente de determinação igual a 72% para este relacionamento, o que sugere que a equação da relação, ou modelo de regressão linear, do envolvimento como função do conhecimento, explica 72% da variabilidade existente no indicador de envolvimento.

Figura 16 – Indicador de relação entre o Índice de Conhecimento (IC) x Índice de Envolvimento (IE)



Fonte e criação própria: Pesquisa de campo, 2024.

Portanto, em relação à nossa pesquisa, a média encontrada e demonstrada nas figuras nos apoia e corrobora para afirmarmos o que temos perseguido ao longo da nossa caminhada acadêmica: o conhecimento referente às políticas de saúde possibilita maior envolvimento das

peças em defesa do SUS, colabora para diminuir as desigualdades nas discussões sobre as políticas de saúde em geral e aumenta a probabilidade de participação social, pois não há como participar sem conhecer.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não havendo em hipótese alguma a pretensão de esgotar a temática “Políticas de Saúde no Brasil e o Setor de Saúde do MST: um estudo de caso no Assentamento Olga Benário – MG”, sendo o SUS pauta que trafega nos meios acadêmicos há mais de trinta anos, sem deixar de mencionar a importante luta do movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra que completa quarenta anos de organização política, queremos traçar nossas considerações finais sobre o trabalho, porém, não podemos deixar de registrar:

O apreço pela luta da classe trabalhadora em rota a séculos, pela vida de todas as pessoas que viveram e vivem no campo, considerando a máxima verdade que “se o campo não planta, a cidade não janta”.

E o apreço que tenho pelos/as estudiosos/as que pensaram e produziram, por aqueles/as que repensaram e reproduziram seus/as mestres/as e contribuíram com os/as mais recentes pensadores/as para produzirem conceitos e orientações que não se esgotam, tentando buscar saídas para criar um outro modo de produção onde a classe trabalhadora possa obter melhor distribuição das riquezas socialmente produzidas.

Dito isto, ressaltamos o que temos trazido desde o primeiro capítulo, e que está registrado na política de saúde do campo, “é fundamental a participação dessas populações nos conselhos de saúde e nas demais instâncias de participação e controle social do SUS, conferindo força política junto aos respectivos gestores e aos responsáveis pela sua implementação” (PNSIPCF, 2013, p.10).

Relembrando que nossos objetivos foram: Apresentar um panorama de como se deu a construção do SUS e como o SUS se relaciona com as populações do campo, analisar a trajetória do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, demonstrando como se deu a construção do Setor de Saúde no MST, identificar o conhecimento dos/as assentados/as sobre o SUS e o controle social, a partir da pesquisa.

Para alcançá-los, foi preciso investimento de horas de leitura e fichamentos de muitas referências bibliográficas que norteariam a construção do primeiro capítulo – item três - da dissertação, embasada pelos conceitos de saúde, modelos de saúde, leis que são marcos para a implantação do sistema SUS, onde elegemos alguns de tantos conceitos relevantes para se pensar a saúde em geral como, por exemplo, promoção de saúde, condicionantes e determinantes de saúde, participação e controle social.

Além de referências que embasassem o conhecimento sobre a população do campo e mais especificamente, sobre o MST, além de alguns dos conceitos importantes para o campo, como

por exemplo, segurança alimentar, produção, ambiente, agroecologia, reforma agrária popular para construirmos o segundo capítulo – item 4 – da dissertação.

Para fazermos a conexão entre os dados e os fatos, a pesquisa de campo foi essencial para apreendermos em que patamar está o conhecimento da população do campo sobre as políticas de saúde do país e como ela tem se articulado com a população da cidade para fazer uma participação ativa e proativa no território onde vive e constrói seu modo de vida, trazida no terceiro capítulo – item 5 – da dissertação.

O estudo de caso embasado nos dados ‘quanti/quali’ foi a metodologia que elegemos para esta construção, norteada por dois elementos importantes, sociedade e natureza, numa perspectiva anticapitalista, dialética e salutar dentro do método materialismo histórico para a saúde e mais especificamente, para a saúde da população do campo. Por fim, na apresentação dos dados optamos em fazer a análise conjuntamente às tabelas e gráficos que nortearão aqui nossas considerações finais.

Dito isto destacamos:

O (des) conhecimento que os/as entrevistados/as têm sobre as referidas políticas de saúde e sua execução tem reverberado na vida cotidiana e gera implicações diárias no cuidado em saúde, ampliadas pela ausência de articulação com a gestão em saúde e com o Conselho Municipal de Saúde - CMS para fazer o controle social.

O atendimento à saúde da população do campo, pesquisada, está ainda construído sobre a “queixa”, sendo a intervenção biomédica e curativa, descaracterizando as ações de promoção e prevenção como parte da integralidade designada em todas as políticas já elencadas na referida bibliografia utilizada.

Ainda que não haja a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta – PNSIPCF (2013), as demais políticas como a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB e a Política Nacional de Promoção de Saúde - PNPS (2006) juntamente com todas as suas atualizações, orientam para o trabalho das equipes para todos os grupos populacionais e para que haja um olhar diferenciado para as especificidades destes grupos em seus territórios.

Não sendo a falta de uma política especificamente determinada justificativa para não acompanhar adequadamente as pessoas na área rural, pois a saúde deve ser cuidada a partir do reconhecimento dos sujeitos e da “**subjetividade das pessoas e dos coletivos**” no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; considerando a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade” entendidos como valores e princípios (Brasil, [MS, PORT. DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2], 2017, grifos nosso).

A Secretaria de Saúde Municipal - SMS é um dos setores do organograma de toda prefeitura e a conjugação de esforços deve ser compartilhada entre gestão e sociedade. Desta secretaria deve sair as orientações para a organização interna para os serviços de saúde ligados ao município, pois representa a gestão do sistema SUS, mais próxima dos usuários.

Os profissionais devem ampliar o conhecimento sobre a realidade da população atendida, não só a do campo, para realizar um acolhimento adequado às necessidades do/a usuário/a e imprimir um olhar diferenciado para as questões específicas da população, seja da cidade ou do campo. A diferenciação entre as pessoas devem ser especificamente para fortalecer a igualdade a partir da equidade.

O distanciamento entre a área rural e a área urbana é um desafio a ser superado pelo SUS, porém a maior distância está evidenciada pela ausência dessa interação entre o povo do campo, a população da cidade, reforçada pelo distanciamento da gestão atual em saúde de Visconde do Rio Branco, tanto pelo executivo como pelo CMS, tracejado pela ausência de um trabalho que atenda às especificidades das populações referidas em busca de “uma só saúde”.

Consideramos extremamente necessário e relevante que a gestão municipal inclua em seu planejamento de gestão e no plano de saúde municipal um trabalho contínuo de promoção em saúde na área rural, de formação e informação em saúde para todos os assentados da reforma agrária, assim como para a população rural em geral, para os quilombolas que estão localizados próximos ao assentamento em Visconde do Rio Branco.

Da mesma relevância, a formação continuada dos/as trabalhadores/as em saúde, para atuarem nos centros de apoio da área rural, utilizando-se de dados construídos por meio da vigilância epidemiológica local, utilizando-se de dados específicos de outras secretarias como, por exemplo, da assistência social e também, informações produzidas pela parceria com a própria população, onde os “modos de vida” têm especificidades, a fim de qualificar a saúde prestada.

Além de evitar a rotatividade dos/as profissionais, colocando nestes locais de saúde profissionais efetivos e que tenham interesse em se especializarem sobre a saúde a ser ofertada para as populações do campo, da floresta e das águas.

Para além da criação do planejamento e plano de ação, do monitoramento e da readequação das ações que atenda todas estas proposições, a coordenação específica é uma importante estratégia que a SMS pode utilizar nessa construção.

O CMS além de sua atribuição de fiscalizar o uso do dinheiro público na implantação de projetos e programas aprovados para o plano de saúde, pode utilizar de mecanismos legais e financeiros para construir projetos que ampliem a participação da sociedade, superando o

discurso sobre a falta de remuneração dos conselheiros como impedimento para o uso do tempo em ações de controle social.

Então, considerando que saúde é “lutar contra tudo que [os] oprime”, que é convicção constituída dentro do MST, ou seja, que sem a luta não haverá saúde e sem a saúde não haverá capacidade de lutar e resistir ao capital, expressa no plano de reforma agrária popular do MST, reafirmado em sua nova versão 2024, caberá ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, por meio das ações articuladas de suas e seus dirigentes do Setor de Saúde em nível nacional, estadual e municipal/local, a difícil tarefa de superar o (des) conhecimento das políticas, das leis e das normas que regulamentam a saúde, pois “o conhecimento somente pelos atendimentos” insere a militância somente no lugar de participantes dos resultados e não da discussão e planejamento das ações em saúde.

Situação que já constatamos em outro trabalho acadêmico a partir de uma pesquisa realizada com a população da área urbana, cujos usuários ocupam este lugar e enfrentam os mesmos desafios de acesso, participação e de um cuidado de qualidade.

Positivamente às situações a serem superadas, temos os usuários, que em sua maioria, perceberam não haver discriminação nos serviços de saúde em geral, principalmente pela equipe de saúde do centro de apoio rural, demonstrando que os desafios são superáveis, pois nas relações entre usuários e profissionais há substância que são como “cálcio aos ossos”, que podem provocar absorções e inspirações para o enfrentamento ao distanciamento entre cidade-SMS-CMS, afinal um grande sistema de saúde, talvez o maior no mundo, porque não haveria condições de superar esse longo entardecer do SUS?, parafraseando Borges, *et al* (2021).

Outra grande possibilidade de superação está em algumas características do MST que extraímos do seu projeto de reforma agrária popular/2024, que vivenciamos com muita satisfação dentro da Escola Nacional Florestan Fernandes, sendo elas: força política e social, é um movimento popular, de massa e uma força viva que pulsa na política da sociedade brasileira, colocando-o como um importantíssimo instrumento de luta, conhecido como patrimônio da luta da classe trabalhadora do Brasil e reconhecido por muitos país no mundo (MST-RAP, 2024).

Somente pelo trabalho de base em todo o Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra, juntamente com outros movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, populações ribeirinhas e quilombolas, povos originários, não desconsiderando todos os demais grupos populacionais que não mencionados um a um, poderão pressionar o Congresso

Brasileiro e os governantes em cada esfera da gestão, para tirar a política da “gaveta” para uma efetiva política que atenda estas populações, que são a razão de sua criação.

O financiamento da PNSIPCF (2013) deverá ser um “desafio cotidiano para o MST assim como o latifúndio e o agronegócio”, debatendo com a população da cidade e do campo, o modelo de saúde desejado, onde haja acesso de qualidade, combinado com cuidado de qualidade e respeito pelos saberes populares e ancestrais que são praticados em seus assentamentos e acampamentos.

Enfrentar e superar posturas fundamentalistas e moralizantes, compromissos políticos contrários às “relações sociais igualitárias e mais justas”, produção de alimentos sem veneno, assim como manter cotidianamente a visibilidade das conquistas sociais que o empodera economicamente e socialmente têm sido lutas dos trabalhadores e trabalhadoras do MST. Entre tantas será necessário sobrelevar o Setor de Saúde para uma atuação em uma dimensão mais técnica, conjugada ao saber popular para superar a falta de participação na saúde.

Sem a pretensão do esgotamento da temática, entendemos que cumprimos nossa “pequena”, mas relevante tarefa, em contribuir com o contexto acadêmico a partir de um novo olhar sobre as políticas de saúde brasileiras e sobre o MST.

Não sendo nós em hipótese alguma, detentores da verdade, mas detentores de um posicionamento íntegro, justo, com direcionamento político apartidário, que defende intransigentemente a classe trabalhadora e se posiciona em favor de uma sociedade em outros modos de organizar a vida em todos os seus níveis, menos adoecedor, mais comprometida com a vida de todas as pessoas, não importando sua posição social nessa conturbada divisão de classes, cujo valor seja dado pela condição de “ser” e não de “ter”, desejamos que a saúde dos sujeitos seja respeitada, valorizada de igual modo e cuidada pelo Estado que tem o dever de protegê-la.

Temos dois desejos. O primeiro, assim como o MST “que as famílias assentadas nas áreas da Reforma Agrária Popular tenham vida digna, promovam um desenvolvimento do campo sustentável, superem as imposições ditadas pela propriedade privada da terra e promovam uma sociabilidade harmoniosa entre os seres humanos e com a natureza” (MST-RAP, 2024, p.10).

O segundo desejo, que possamos contribuir com estas reflexões trazidas na dissertação para fortalecer o Setor de Saúde do MST, alcançar os pilares da RAP e em especial os cinco objetivos elencados no pilar destinado à saúde, que desejam construir.

Por fim, queremos destacar os quarenta anos do Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra que, em sua organicidade, produziram espaços que possibilitaram aos “Sem Terra” adquirirem conhecimento a fim de fortalecer a sabedoria em plantar, colher, coletivizar-se, solidarizar-se com as pessoas, em produzir trabalho, alimento e comida saudável, em produzir saúde e em preservar os conhecimentos populares em saúde repassados de geração em geração, colocando em tela a importância da ancestralidade para a vida presente e futura. **Isto é saúde.**

REFERÊNCIAS

- ALTIERI, Miguel A. **Agroecologia, agricultura camponesa e soberania alimentar**. REVISTA NERA – ANO 13, Nº. 16 – JANEIRO/JUNHO DE 2010 – ISSN: 1806-6755. Tradução de Bruno L. Aretio-Aurtena e Sofia Lizarralde Oliver. Revisão técnica de Bernardo Mançano Fernandes
- ABRASCO. Carneiro, Fernando Ferreira (Org.). **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde** / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da V. Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. - Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.
- ARAÚJO, Dolores. *et al.* **Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade**. Revista Baiana de Saúde Pública. v.31, Supl.1, p.20-31 jun. 2007.
- BRASIL. **[Constituição (1988)]Constituição da República Federativa do Brasil** : texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília:Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas,2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf Acesso em 03/04/2023.
- BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 03/04/2023.
- BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 03/04/2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário Internacional - Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil - 11 a 14 de agosto de 2002. Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. Ministério da Saúde. Brasília – DF, agosto de 2002. OS 0784/2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde do Brasileiro**. Brasília, 2005. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL.Ministério da Saúde. Ministério da Educação Pró-saúde : **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. GM/PORTARIA Nº 886, DE 20 DE ABRIL DE 2010. **Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2010. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.html. Acesso em 03/04/2023.

BRASIL. **Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 03/04/2023.

BRASIL. 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/ 2013.** 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. 48 p. : il. ISBN 978-85-334-1985-8

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNAPS - 2006** : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2** – Brasília. 28 de Setembro de 2017. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

BRASIL. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 2020. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, **A violência contra meninas e mulheres no ano pandêmico.** Disponível em:
<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/6-a-violencia-contra-meninas-e-mulheres-no-ano-pandemico.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde.**Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde** – 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.176 p. : il.Modos de acesso: World Wide Web:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_propostas_ministerio_saude_2023.pdf - ISBN 978-65-5993-427-0

Borges, Fabiano Tonaco, *et al.* **O longo amanhecer do Sistema Único de Saúde : reflexões para o SUS reexistir.** Organização Fabiano Tonaco Borges. - 1. ed. - São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Eduff , 2021. 127 p. ; 21 cm. (Saúde em Debate ; 326).

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. **Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não. Saúde e Sociedade**, 2004,p.14-24.

CALDART, Roseli Salete. **O MST e a formação dos Sem Terra: o movimento social como princípio educativo.** Estudos Avançados. Publicação de: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. Área: Ciências Humanas. São Paulo, 2001. Versão impressa ISSN: 0103-4014 Versão on-line ISSN: 1806-9592.

CALDART, Roseli Salete. **Pedagogia do Movimento Sem Terra:** escola é mais do que escola. 3.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

CAMPANY, Luciana Narciso da Silva; AMARAL, Daniela Murta; SANTOS, Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos. **HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise.** Revista Bioética, 2021. Publicação de: Conselho Federal de Medicina. Área: Ciências Da Saúde, Ciências Humanas. Versão impressa ISSN: 1983-8042 Versão on-line ISSN: 1983-8034.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1865–1874, nov. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Se a sociedade brasileira não pelejar pelo SUS no cotidiano, o sistema ficará mais ameaçado.** [Entrevista concedida a] Marina Amaral (Colaboração: Raphaela Ribeiro). Da Agência Pública. Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz.CEE-FIOCRUZ - Manguinhos, Rio de Janeiro – Brasil. 2019. Acesso em 03/04/2023.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** Rev. Saúde Pública, Abril, 1997, p.208-213. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/P9zNFfcwyJM3rzs5DFcQwqv/?lang=pt> - <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200016>.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto contexto - Enfermagem. Florianópolis , v. 15, n. 4, p. 679-684, Dec. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104072006000400017&lng=en&nrm=iso. acesso em 30/08/2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de, *et al* (org). **A família contemporânea em debate /** São Paulo. EDUC/Cortez, 2003. 122 p.(Série Eventos)

COSTA, Maria Isabel Sanches. IANNI, Auréa Maria Zollner. **Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica** [online]. São Bernardo do

Campo, SP: Editora UFABC, 2018, 122 p. ISBN: 978-85-68576-95-3.
<https://doi.org/10.7476/9788568576953>.

CHAGAS, Bárbara da Rocha Figueiredo. **Positivismo e marxismo: o debate sobre a neutralidade científica e a construção do projeto profissional do Serviço Social brasileiro**. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 17, N.2, P.169 - 186, JAN./JUN. 2015. DOI: 10.5433/1679-4842.2015v17n2p169

CIÊNCIA E CULTURA. **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015**. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 2015. Ciência e Cultura - On-line version ISSN 2317-6660 - Cienc. Cult. vol.71 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2019.
<http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602019000100011>.

CONCHA - Eastman, Alberto; Malo, Miguel. **Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 2007.

CNODS - **Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** (CNODS): Plano de Ação 2017-2019. CNODS, 2017. Disponível em
<https://bit.ly/2QNUCCp>. Consultado em 02/04/2023.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas**. Brasília, agosto de 2008.
 DARTOT, Pierre. LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaios sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

FEDERICI, Silvia. **Reencantar el mundo. Feminismo y la política de los comunes**. Madrid: Ed. Traficantes de sueños, 2019.

FERNANDES, Bernardo Mançano. **Campesinato e Agronegócio na América Latina**. São Paulo: Expressão Popular/Clacso, 2008. Disponível em:
http://catedra.editoraunesp.com.br/publicacoes_livros.asp

FREITAS, Renata Martins. **Ciência e Relações Sociais no Capitalismo: Elementos para o debate**. REVISTA SOCIAIS & HUMANAS – Centro de Ciências Sociais e Humanas - CCSH – Universidade Federal de Santa Maria UFSM. VOL. 30 | Nº 2 | ABR. - JUL. / 2017. Acesso em 16/04/2024 – Disponível em:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/sheilakocourek,+SH_ED2_2017_art_02.pdf

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil - do Brasil-colônia a 1930**. Textos do Departamento de Ciências Médicas | Escola de Farmácia / UFOP. Primeiro caderno dAula inaugura do curso de medicina - 2007/ UFOP.

GALHEIGO, Sandra Maria. **Apontamentos para se Pensar Ações de Prevenção à Violência pelo Setor Saúde**. Saúde - Soc. São Paulo, 2008.

GEORGE. Isabel P. H. e SANTOS, Yumi Garcia dos. **Olhares cruzados, relações de cuidado, classe e gênero**. Tempo Social, Revista de Sociologia da USP, V.26, n.1. Disponível em <https://revistas.usp.br/ts/article/view/84978/87742>. Acesso em 07/08/2024.

GIL, Antônio Carlos. 1946 – G392m. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antônio Carlos Gil. – São Paulo: Atlas, 1987. Bibliografia. ISBN 85-224-0239-6.

GLOBO. **Protestos contra Bolsonaro e a favor da vacina são registrados em todos os estados e no DF**. 2021. Daniel Gullino, Filipe Vidon, Bianca Gomes e Guilherme Caetano. 19/06/2021 - Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/protestos-contrabolsonaro-a-favor-da-vacina-sao-registrados-em-todos-os-estados-no-df-25068797>

GUIMARÃES, Raul Borges. **Geografia e saúde**. In: Saúde: fundamentos de Geografia humana. [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 17- 39, disponível em <<http://books.scielo.org/id/4xpyq/pdf/guimaraes-9788568334386.pdf>

HALVORSEN, S.; MANÇANO FERNANDES, B.; TORRES, F. **Movimentos socioterritoriais em perspectiva comparada**. Revista Nera (UNESP), v. 57, p. 24-53, 2021. <http://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/8639>.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid:Taurus; 1987.

HABERMAS, J. **A nova intransparência. A crise do estado de bem-estar social e esgotamento das energias utópicas**. Novos Estudos CEBRAP. 18: 103-14; 1987. Acesso em 31/01/2022-<https://cemap-interludium.org.br/wp-content/uploads/Habermas-nova-intranspar%C3%Aancia.pdf>

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatórios Nacionais de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2004, 2005, 2007, 2010 e 2014.

IPEA. **ATLAS, da Violência no Campo no Brasil. Condicionantes socioeconômicos e territoriais**. 2020. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea 2020.

IPEA. **ATLAS, da Violência no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2018, 2019, 2020 e 2021.

IPEA - **ODS 3 - Saúde e Bem Estar** - disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html> – Acesso em 03/04/2023.

MARINS, Bianca Rubens. ARAÚJO, Inesita Soares de, JACOB, Silvana do Couto. **A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo?**. Ciência & Saúde Coletiva. (Ciência Saúde Coletiva, 2011 16(9)), 3873–3882. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000023>

MATTOS, Ruben Araújo. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MARTINS, Elvio Rodrigues. **As dimensões do geográfico: diálogo com Armando Corrêa da Silva**. GEOUSP – Espaço e Tempo (Online), São Paulo, v. 18, n. 1, p. 40-54, 2014.

MARTINS, Elvio Rodrigues. **Dimensões do geográfico: da quantidade à qualidade, do ente ao ser.** Geosp – Espaço e Tempo (On-line), v. 24, n. 1, p. 8-26, abr. 2020. ISSN 2179-0892. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/geosp/article/view/151300>.Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geosp.2020.151300>.

MELO, Elza Machado. **A violência rompendo as interações. As interações superando a violência.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2007.

MELO, Elza Machado. **Podemos prevenir a Violência.** Brasília: OPAS, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 07-18, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ : Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e Deslandes, Suely Ferreira. **Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para a Redução de Acidentes e Violências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

Monken, Maurício. Barcellos, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado - possibilidades teóricas e metodológicas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA - MST. **1º Congresso Nacional do MST (1985).** Cartazes. Disponível em <https://mst.org.br/download/1o-congresso-nacional-do-mst-1985/>.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA - MST. **Caderno de Saúde nº 01.** Organização Coletivo Nacional de Saúde, *et al.* Brasília, Abril,1999. Acesso em 25/05/2023

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA - MST. **Caderno de Saúde nº 02.** Organização Juraci Portes de Oliveira, Marlice Morás, Adalberto Martins. Primeira edição: Novembro, 1999.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA - MST. **Caderno de Saúde nº 03.** Organização Coletivo Nacional de Saúde. Maranhão. Primeira edição: junho, 2000.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA - MST. **Caderno de Saúde nº 04.** Organização Luciano de Lima Gerônimo, Wallace Medeiros. Julho de 2000.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA - MST. **Caderno de Saúde nº 05.** Organização Setor Nacional de Saúde – MST. Dezembro de 2000.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA - MST. **Caderno de Formação Política Nº 1.** Rio Grande do Sul. Primeira edição: Fevereiro, 1986.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA - MST. **Normas Gerais e Princípios Organziativos do MST.** Secretaria Nacional MST. Janeiro, 2016.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA - MST. **Programa da Reforma Agrária Popular – RAP 2024**. Secretaria Nacional MST. Março, 2024. Atualização para o VII Congresso Nacional em 2025.

NARVAI, Paulo Capel. **SUS: uma reforma revolucionária. Para defender a vida**. (Coleção ensaios). Grupo Autêntica, 2022. E-book. ISBN 9786559281442. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559281442/>. Acesso em: 18 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Carta das Nações Unidas**. 1945. Acesso em 05/04/2023 - <https://www.oas.org/dil/port/1945.pdf>

OMS, Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Whashington, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde . (2016). **Plano de ação mundial: os sistemas de saúde enfrentam a violência contra las mujeres y las niñas**. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259516>

ODS - **Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Proposta de Adequação**. Ipea, 2018. Disponível em <https://bit.ly/2oJPWy0>. Consultado em 02/04/2023.

PAIM. Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. [livro eletrônico] / Jairnilson Silva Paim. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PINHEIRO, Maria do Carmo Gomes; Romero, Luiz Carlos. **Saúde como matéria de Direito Constitucional no Brasil**. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanitária. Brasília, v.1, n.2, jul./dez. 2012. ISSN 2317-8396

REVISTA, DE SAÚDE PÚBLICA - 2000;34(4):427-30. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Acesso em 31/01/2022 - <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000400020>.

RIBEIRO. Darcy. **As Américas e a Civilização. Processo de formação e causas do desenvolvimento desigual dos povos americanos**. Editora Civilização Brasileira. RJ, 1970.

RICARDI, Luciani Martins.; Shimizu, Helena Eri.; Santos, Leonor Maria Pacheco. **As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde**. Saúde em Debate, v. 41, n. spe3, p. 155–170, set. 2017.

RHIRY-CHERQUES. Hermano Roberto. **Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento**. Acesso em 26/06/2024 – disponível em https://revistapmkt.com.br/wpcontent/uploads/2009/03/Saturacao_Em_Pesquisa_Qualitativa_Estimativa_Empirica_De_Dimensionamento.pdf

ROLO, Márcio. **Modos de Produção da vida: O ensino de Ciência e a teoria do valor de Marx**. Márcio Rolo. 1 ed. – São Paulo: Expressão popular, 2022. 157p.

SALES, Thamires Castelar Torres. **Habermas, trabalho, Estado e utopia**. 2012. Acesso em 31/01/2022 <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/1959>.

SANSOLO, Davis Gruber; ADDOR, Felipe; EID, Farid. **Tecnologia Social e Reforma Agrária Popular** – Volume 1 – São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2021.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. Milton Santos. - 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. - (Coleção Milton Santos; 1)

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia nova: da crítica da Geografia a uma Geografia crítica**. EDUSP, São Paulo, 2002 [1978].

SANTOS, Yumi Garcia dos. **Família, trabalho e religião das mulheres assistidas em são paulo**. <http://dx.doi.org/10.1590/198053142879>. CADERNOS DE PESQUISA, V. 44M N. 152, ABRIL/ JUN 2014. Disponível em <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/2749/2739> – Acesso em 07/08/2024

SILVA, Allan Rodrigo de Campos. **As doenças do capitalismo e a luta contra o agronegócio**. Le Monde Diplomatique Brasil. Disponível em <https://diplomatique.org.br/as-doencas-do-capitalismo-e-a-luta-contra-o-agronegocio/> [2022]

SILVA, Cleverson Leal; Cabral, Júlia Menezes; Hino, Paula.; Taminato, Mônica; Gonçalves, Geisa Colebrusco de Souza; Fernandes, Hugo. **Violência contra trabalhadores de enfermagem na pandemia de COVID-19: revisão de escopo**. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE02073. DOI – Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/violence-against-nursing-workers-in-the-covid-19-pandemic-scoping-review/>

SILVA, Gerson Henrique da. **Impacto da desativação do programa nacional do álcool (PROÁLCOOL) sobre a agricultura do município de Visconde do Rio Branco – MG**. UFP.1996.

SILVA, Gerson Henrique da.; Campos, Robério Telmo; Mesquita, Teobaldo Campos. - **O Proálcool e seus efeitos sobre a agricultura de Visconde do Rio Branco, Minas Gerais**. Revista Raízes - Campina Grande, H: 137 152, junho de 1997.

SILVA, Sueli Aparecida Rodrigues da. S586p. **A participação popular na Atenção Primária de Saúde: um olhar crítico sobre participação e cidadania em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: 2020. 105 f.

SOUZA, Ana Silva Ariza de. SAWAIA, Bader Burihan. **A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)**. PSICOLOGIA POLÍTICA. VOL. 16. Nº 37. PP. 305-320. SET. – DEZ. 2016.

SUERTEGARAY, Dirce Maria Antunes; Nunes, João Osvaldo Rodrigues. **A natureza da Geografia Física na Geografia**. Revista Terra Livre, nº 17, 2º sem 2001, p.11-24- <http://www.agb.org.br/publicacoes/index.php/terralivre/article/view/337> - Acesso em 18 out. 2021.

SMDH - S678d - Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH) **Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil** [recurso eletrônico] / Sociedade Maranhense de Direitos Humanos ... [et al.]. – Passo Fundo: Saluz, 2021. 100 p. ; 2,1 MB ; PDF ISBN: 978-85-69343-70-7 DOI: 10.5281/zenodo.5637637

TRIOLA, Mario F.; **Introdução à Estatística: Atualização da Tecnologia**. 11a Ed. - Rio de Janeiro: LTC, 2013.

UNESP. **REVISTA NERA**, n. 16, p. 22-32, maio 2012. ISSN 1806-6755. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/1362>>. Acesso em: 20 out. 2021.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO PARA A GESTÃO EM SAÚDE E PARA A MILITÂNCIA DO MST

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: A origem e o desenvolvimento do setor de saúde do movimento dos trabalhadores rurais sem terra – MST

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre **A ORIGEM E O DESENVOLVIMENTO DO SETOR DE SAÚDE DO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA – MST**, em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe - TerritoriAL, nível Mestrado, do Instituto de Políticas Públicas e Relações Internacionais (IPPRI) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), em parceria com a Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF), como parte das exigências para a obtenção do título de mestre em Geografia na área de concentração em “Desenvolvimento Territorial”, na **Linha de pesquisa: Soberania Alimentar, Meio Ambiente e Saúde**. Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora mestranda Sueli Aparecida Rodrigues da Silva, orientada pela Profª. Dra. Ana Lúcia de Jesus Almeida, e coorientador, Prof. Dr. João Osvaldo Rodrigues Nunes. A pesquisa tem por objetivo construir a trajetória do setor de saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST, sistematizar os materiais produzidos pelo setor de saúde do MST identificando os fatores que favoreceram a sua consolidação e organização bem como compreender como o setor de saúde articula-se com o SUS para atender as demandas dos assentados e acampados. Um dos instrumentos de coleta de informações/dados para essa pesquisa é a **entrevista semiestruturadas, caracterizado por meio de formulário individual, de acordo com o participante da pesquisa (militante do MST ou gestor em saúde)**. Todas as entrevistas serão transcritas e os temas serão categorizados e organizados para permitir a análise de conteúdo. Os participantes terão a garantia de **confidencialidade**. As informações fornecidas na entrevista serão identificadas no trabalho por um nome aleatoriamente extraído do livro “**MST 30 anos - Retratos de Gerações em Lutas**”, em homenagem aos **companheiros e companheiras que participam da luta pela terra e pela dignidade para viver, mas que já não estão conosco em vida**. Em nenhum momento participantes serão identificados, garantindo o anonimato. A participação não oferece riscos à saúde e integridade dos colaboradores; será voluntária e não implicará em despesa e nem remuneração. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída a publicação em congresso ou em revista científica especializada. A pesquisa contribuirá para subsidiar a efetivação das políticas de atenção à saúde de acordo com as reais necessidades da população do campo. Para esclarecimentos de qualquer dúvida ou outras informações você poderá entrar em contato com a pesquisadora por e-mail (sueliasps@gmail.com). Cordialmente, Sueli Aparecida Rodrigues da Silva - Mestranda - Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe – TerritoriAL / IPPRI / UNESP / ENFF.

Consentimento: Eu, _____ fui informado(a) sobre o objetivo do presente estudo de maneira clara, detalhada e não tenho dúvidas sobre a pesquisa. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos em busca da melhoria da atenção à saúde da população do campo.

1. Nome:
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Endereço completo: Rua/Av. ____ Nº/complemento ____ Bairro: ____ Cidade: ____ CEP: ____
4. Telefones: 1. Fixo: (____) ____ 2. Celular: (____) ____ (____) 3. Não tenho nenhum telefone para contato. E-MAIL:
5. Profissão: ____ Cargo que ocupa: ____

_____, _____ de _____ de 2024.

APÊNDICE B

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA COM OS/AS MILITANTES DO SETOR DE SAÚDE DO MST CONSTITUÍDO DE PARTE 1 – SUS E PARTE 2 – SETOR DE SAÚDE DO MST

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM OS/AS MILITANTES DO SETOR DE SAÚDE DO MST

PARTE 1 - SUS

1. Você tem conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta? () 1 - sim () 2 – não
Quais suas impressões?
2. Você tem conhecimento sobre as Leis 8080/90 e a 8142/90 que regulamentam o SUS e garantem o atendimento universal e a participação da população no controle social do SUS? () 1 - sim () 2 - não
Quais suas impressões?
3. Na sua opinião, há sinais de que a Política Nacional de Saúde das Populações do Campo está implantada no seu município para atender a população do campo? () 1 - sim () 2 – não
Comente a sua resposta:
4. Na ESF/UBS a qual você e sua família está vinculada a equipe tem um olhar diferenciado para as características específicas relacionadas ao modo de vida da população do campo?
() 1 - sim () 2 – não
Comente a sua resposta:
5. Quando você passa por uma consulta com profissionais de saúde eles perguntam/questionam sobre a sua atividade de trabalho/laboral? () 1 - sim () 2 – não
Comente sua resposta:
6. Quando você se identifica em uma unidade de saúde (hospital, centro de especialidade, ESF/UBS) como militante do MST sente que essa informação interfere na assistência recebida? - 6 A - () 1 - sim () 2 – não
E na unidade em que você está vinculado? – 6 B- () 1 - sim () 2 – não
Comente sua resposta:
7. Você sabe se existe um Conselho Municipal de Saúde (CMS) em seu município?
() 1 - sim () 2 – não
8. Se tem o Conselho, você o conhece? () 1 - sim () 2 - não
9. Já participou de reuniões do Conselho? () 1 - sim () 2 – não
10. Quantas reuniões já participou ao longo de um ano?
1- () de 1 a 3 / 2- () de 4 a 6 / 3- () de 7 a 9 / 4- () de 10 a 12
11. Você se sente bem representado/a junto ao Conselho Municipal de Saúde, por meio dos atuais conselheiros? () 1 - sim () 2 – não
12. Mantém contato com algum conselheiro? 12 A - () 1 - sim () 2 – não
E Com gestores de saúde? 12 B - () 1 - sim () 2 – não
13. Você acredita que os conselheiros conhecem as necessidades da população do campo?
() 1 - sim () 2 – não
Comente a sua resposta:
14. Já participou ou conhece algum trabalho do Conselho Municipal de Saúde direcionado para a população do campo? () 1 - sim () 2 – não
15. Já participou ou conhece algum trabalho da Secretaria Municipal de Saúde direcionado para a população do campo? () 1 - sim () 2 - não
Comente a sua resposta:
16. No MST existe o debate sobre a necessidade dos militantes comporem o CMS enquanto representantes de um movimento social? () 1 - sim () 2 – não
Comente sua resposta:
17. O que você entende sobre controle social?

PARTE 2 – SETOR DE SAÚDE DO MST

18. Comente sobre o setor de saúde ou coletivo de saúde do MST no seu Estado e Município:
19. Na sua opinião, como está o setor de saúde ou coletivo de saúde no assentamento ao qual faz parte?
20. Quais temas estão presentes nas discussões sobre saúde no seu território?
21. Temas como: ancestralidade, fitoterápicos (chás garrafadas, outros), saúde integrativa estão presentes nesse debate? () 1 - sim () 2 – não
Comente sua resposta
22. A população do campo (MST) e da cidade interagem no debate sobre saúde? () 1 - sim () 2 - não
Comente sua resposta:

APÊNDICE C

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA COM GESTORES DE SAÚDE

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA COM GESTORES DE SAÚDE

1. O seu município tem em seu território o assentamento OLGA BENÁRIO, organizado pelo Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra em área rural.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), Resolução nº 3, do dia 6 de dezembro de 2011, está no Plano Operativo do seu município?

() 1 - sim () 2 - não

2. No seu município existem ações de promoção da saúde e prevenção aos agravos específicos para a população do campo? () 1 - sim () 2 – não

3. No território do assentamento há implantada uma ESF/UBS?

() 1 - sim () 2 - não

4. No Conselho Municipal de Saúde há representatividade do MST ou de outro movimento de trabalhadores rurais? () 1 - sim () 2 – não