



JULIÁN EDUARDO MEDINA-NARANJO

**Práticas espaciais, saúde e complexo de Catalina:
Caminho do desenvolvimento no Brasil e na Colômbia**

PRESIDENTE PRUDENTE/SP

2017

JULIÁN EDUARDO MEDINA-NARANJO

**Práticas espaciais, saúde e complexo de Catalina:
Caminho do desenvolvimento no Brasil e na Colômbia**

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 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

PRESIDENTE PRUDENTE/ SP

2017

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

Medina-Naranjo, Julián Eduardo.

M491 Práticas espaciais, saúde e complexo de Catalina : caminho do desenvolvimento no Brasil e na Colômbia / Julián Eduardo Medina-Naranjo. – Presidente Prudente, 2017.
144 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Ana Lúcia de Jesus Almeida.

Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Instituto de Políticas Públicas e Relações Internacionais (IPPRI), Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe (TerritoriAL), São Paulo, 2017.

1. Geografia rural. 2. Desenvolvimento rural – Brasil. 3. Desenvolvimento rural – Colômbia. 4. Serviços de saúde na zona rural – Brasil. 5. Serviços de saúde na zona rural – Colômbia. 6. Soberania alimentar – Brasil. 7. Soberania alimentar – Colômbia. 8. Saúde pública – Países em desenvolvimento. I. Título.

CDD 362.104257

JULIÁN EDUARDO MEDINA-NARANJO

**Práticas espaciais, saúde e complexo de Catalina:
Caminho do desenvolvimento no Brasil e na Colômbia**

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 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

Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia de Jesus Almeida (Universidade Estadual Paulista de “Júlio Mesquita Filho” – UNESP)

Prof^º. Dr^º. Raul Borges Guimarães (Universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho" – UNESP)

Dr. Umberto Catarino Pessoto (Instituto de Saúde, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo)

Presidente Prudente, 10 de outubro de 2017.

*Dk: Este trabalho é nosso.
Para quem me acompanhou, apoiou e motivou durante todo o processo.
Porque um agradecimento seria pouco... a dedicatória é toda tua.*

AGRADECIMENTOS

Pensei, muitas vezes, como começar os agradecimentos para não parecer clichê. E não achei uma melhor forma, senão a mais clichê de todas. Primeiro: grato com a minha orientadora e seu esposo, o professor Bernardo, aqueles me ajudaram além do que poderiam parecer seu dever. Grato com a sua linda família que, várias vezes, recebeu-me e compartilhou a mesa comigo. Grato com o professor Raul que, sem suas orientações, conselhos e sem a quantidade de coisas que aprendi desse ser humano maravilhoso, não teria sido possível continuar, seguir e concluir. Grato com o pessoal da FCT-UNESP, que foi companheiro de estudo, mesmo não tendo compartilhado aula com elas e eles. Grato com os meus alunos do curso de espanhol, que fizeram me aprofundar mais e mais nos conceitos gramaticais e na história da América Latina e sempre me motivaram. Entre todos eles, a Larissa, aquela que ajudou com algo que ainda não consigo resolver só: os mapas.

Profundamente grato com o pessoal do TerritoriAL: professores, colaboradores e companheiros. Foi um privilégio ter estudado e aprendido tanto e de tantas formas. A minha turma Manuela Sanz, porque nada está perdido sempre que possamos ofertar nosso coração. Muito grato ao MST e aos companheiros da Escola Nacional Florestan Fernandes. Meus olhos, meus ouvidos e meus sentidos se abriram no tempo que passei compartilhando com vocês. Muito grato com a Rita Zanotto, da Via Campesina, porque sua ajuda foi essencial. Grato com a equipe do CNA, na Colômbia, porque sua recepção e apoio foram indispensáveis.

Profundamente grato com o pessoal de Sandovalina, do Assentamento Bom Pastor e de Quibdó, do resguardo indígena por terem aberto suas portas, disposto seu tempo e terem recebido este projeto que, ante todo, teve sempre como objetivo aprender daqueles que sabem.

Finalmente, minha profunda gratidão para minha família: meu pai, quem duvido que saiba quanta admiração e respeito lhe tenho, embora fique repetindo; minha mãe, a quem devo ser a pessoa que sou; minha irmã, com seu jeito peculiar de me manifestar seu amor; aos meus sobrinhos, as duas estrelas que alegam minha vida; a minha prima-irmã Diana, mais irmã que prima, quem também tem participação direta neste trabalho. Finalmente, à minha tia Martha, que quase que me obrigou a sair da Colômbia para estudar e por quem, além de um respeito grande, eu tenho um carinho enorme; obviamente não poderia me esquecer da Jeniffer, e seu filho Thomas que, além de amiga foi parte da minha família, acolhendo-me quando precisei. Muito obrigado, galera!

RESUMO

Os governos latino-americanos da Colômbia e do Brasil oferecem serviços de saúde para as populações rurais que, segundo os próprios movimentos camponeses, na maioria das vezes, não contemplam suas necessidades específicas. Na busca de melhor entender essa realidade, foi realizada uma análise das experiências relacionadas à saúde e às práticas espaciais das comunidades camponesas no Brasil e na Colômbia, refletindo sobre suas condições, seus conhecimentos, as influências que estes conhecimentos têm, procurando identificar a realidade dos atendimentos em saúde para estas comunidades e escutando a opinião da população rural sobre essa temática. Nosso estudo começa com um percorrer histórico, que se inicia com os serviços de atendimento em saúde nos tempos pré-colombianos, e conclui com a análise dos atuais sistemas de atenção nestes países. Refletimos, ainda, sobre a saúde entre o desenvolvimento e a vulnerabilidade e a importância de pensar num desenvolvimento sustentável, chegando às experiências no Brasil e na Colômbia, através das entrevistas semiestruturadas e das análises do discurso por meio dos Campos Semânticos e das Palavras Significativas. Aparecem, então, as noções sobre plantar a terra e morar no campo como intrinsecamente relacionadas com a noção de saúde e de qualidade de vida. Entendendo que a promoção à saúde está para além de somente morar no campo, ressaltamos ser necessário condições mínimas para garantir a qualidade de vida, através do cuidado com a natureza, com a água e com a alimentação. No Brasil, a forte influência da cidade no campo faz com que as comunidades estejam dependentes dos produtos e processos que a zona urbana oferece. Na Colômbia, o choque com as realidades urbanas tem sido ainda mais forte, uma vez que os indígenas têm precisado viver numa realidade que desconheciam nas suas comunidades ancestrais e tem precisado conviver com pessoas que não os escutam, nem os entendem, nem estão abertos a entendê-los. Esta constante dicotomia entre campo e cidade, nas duas realidades visitadas, faz com que as práticas espaciais passem por modificações constantemente. Da visita no resguardo indígena se aprendeu que a saúde tem se enfraquecido porque a 'Madre Tierra' não está sendo respeitada.

Palavras-chave: Geografia rural, Desenvolvimento rural, Brasil, Colômbia, Serviços de saúde na zona rural, Saúde pública, Práticas espaciais, Complexo de Catalina.

RESUMEN

Los gobiernos latinoamericanos de Colombia y de Brasil ofrecen servicios de salud para las poblaciones rurales que, según los propios movimientos campesinos, la mayoría de las veces, no contemplan sus necesidades específicas. En búsqueda de mejorar entender esa realidad, fue realizado un análisis de las experiencias relacionadas a la salud y a las prácticas espaciales de las comunidades campesinas en Brasil y en Colombia, reflexionando sobre sus condiciones, sus conocimientos, las influencias que estos conocimientos tienen, procurando identificar la realidad de la atención en salud para estas comunidades y escuchando la opinión de la población rural sobre esa temática. Nuestro estudio comienza con un recorrido histórico, que inicia con los servicios de atención en salud en los tiempos precolombinos, y concluye con el análisis de los actuales sistemas de atención en estos países. Reflexionamos, también, sobre la salud entre el desarrollo y la vulnerabilidad y cómo el pensamiento acomplejado de los pueblos, que denominamos Complejo de Catalina, dificulta pensar un desarrollo sustentable, llegando a las experiencias en Brasil y en Colombia, a través de las entrevistas semiestructuradas y de los análisis del discurso por medio de los Campos Semánticos y de las Palabras Significativas. Aparecen, entonces, las nociones sobre plantar la tierra y vivir en el campo como intrínsecamente relacionadas con la noción de salud y de calidad de vida. Entendiendo que la promoción a la salud está más allá de solo vivir en el campo, resaltamos las condiciones mínimas necesarias para garantizar la calidad de vida, a través del cuidado con la naturaleza, con el agua y con la alimentación. En Brasil, la fuerte influencia de la ciudad en el campo hace con que las comunidades sean dependientes de los productos y procesos que la zona urbana ofrece. En Colombia, el choque con las realidades urbanas ha sido todavía más fuerte, una vez que los indígenas han necesitado vivir en una realidad que desconocía sus comunidades ancestrales y han precisado convivir con personas que no los escuchan, ni los entienden, ni están abiertos a entenderlos. Esta constante dicotomía entre campo y ciudad, en las dos realidades visitadas, hace con que las prácticas espaciales pasen por modificaciones constantemente. De la visita en el resguardo indígena se aprendió que la salud se ha debilitado porque la ‘Madre Tierra’ no está siendo respetada.

Palabras claves: Geografía rural, Desarrollo rural, Brasil, Colombia, Servicios de salud en la zona rural, Salud pública, Prácticas espaciales, Complejo de Catalina.

ABSTRACT

The Latin American governments of Colombia and Brazil offer health services for the rural populations that, according to the peasant movements themselves, most of the time, do not contemplate their specific needs. In order to improve understanding of this reality, an analysis was made of the experiences related to health and spatial practices of the rural communities in Brazil and Colombia, reflecting on their conditions, their knowledge, the influences that this knowledge has, trying to identify the reality of health care for these communities and listening to the opinion of the rural population on this subject. Our study begins with a historical journey, which begins with health care services in pre-Columbian tempos, and concludes with the analysis of current care systems in these countries. We also reflect on the health between development and vulnerability and how the complex thinking of the people, which we call the Catalina Complex, makes it difficult to weigh a sustainable development, reaching the experiences in Brazil and Colombia, through semi-structured interviews and of discourse analysis through the Semantic Fields and Significant Words. Then, the notions about planting the land and living in the countryside as intrinsically related to the notion of health and quality of life appear. Understanding that health promotion is beyond just living in the countryside, we highlight the minimum conditions necessary to guarantee the quality of life, through care with nature, with water and with food. In Brazil, the strong influence of the city in the countryside makes the communities dependent on the products and processes that the urban area offers. In Colombia, the clash with urban realities has been even stronger, once the indigenous people have needed to live in a reality that was unknown to their ancestral communities and have needed to live with people who do not listen to them, understand them, or are open to understand them. This constant dichotomy between the countryside and the city, in the two realities visited, means that spatial practices go through changes constantly. From the visit in the indigenous reservation it was learned that health has been weakened because the 'Mother Earth' is not being respected.

Keywords: Rural geography, Rural development, Brazil, Colombia, Health services in the rural area, Public health, Spatial practices, Catalina complex.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Mapa Brasil-Colômbia.....	17
Mapa 2 - Mapa Brasil-São Paulo.....	60
Mapa 3 - Mapa Colômbia-Chocó.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS

ACNUR	Agência da ONU para os Refugiados
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ARS	Administradores do Regime Subsidiado
ASC	Associação Saúde Criança – Colômbia
BM	Banco Mundial
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CLOC	Coordenadora Latinoamericana de Organizaciones del Campo
DDHH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EPS	Empresas Promotoras de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FMI	Fundo Monetário Internacional
FONSAT	Fundo de Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPS	Instituições Promotoras de Serviços de Saúde
MAB	Movimento de Atingidos por Barragens
MAP	Movimento de Pequenos Agricultores
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
ODM	Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio
OIM	Organização Internacional dos Migrantes
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
POS	Plano Obrigatório de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores

SGSSS	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TLC	Tratado de Livre Comércio
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Saúde e Desenvolvimento.....	14
1.2	Brasil e Colômbia: além da fronteira.....	17
1.3	Observando as práticas espaciais no campo.....	20
2	DIREITO À SAÚDE NA AMÉRICA: UM PERCORRER HISTÓRICO.....	24
2.1	A saúde como ‘ausência de doenças’ frente à saúde como ‘bem-estar’	26
2.2	As independências subordinadas.....	30
2.3	A atenção em saúde no século XX.....	33
2.4	Brasil: Um Sistema Único de Saúde que nasce para o povo.....	36
2.5	Colômbia: A saúde entre o Estado e o Mercado.....	39
3	SAÚDE: ENTRE O DESENVOLVIMENTO E A VULNERABILIDADE.....	42
3.1	Desenvolvimento e Subdesenvolvimento.....	43
3.2	O Complexo do Subdesenvolvimento.....	48
3.2.1	A Índia Catalina.....	50
3.2.2	O Complexo de Catalina.....	50
3.3	O Desenvolvimento Sustentável.....	52
3.4	Saúde e Desenvolvimento: O Debate da Soberania Alimentar.....	54
3.4.1	Saúde e Alimentação.....	56
4	OS POBRES DO ESTADO MAIS RICO: EXPERIÊNCIA DA SAÚDE NO BRASIL.....	59
4.1	São Paulo, o estado dos números.....	60
4.2	A viagem ao interior do Brasil: relato em primeira pessoa.....	63
4.2.1	O Bom Pastor: A luta pela terra.....	63
4.3	Práticas espaciais no Brasil: A voz dos protagonistas.....	67
4.3.1	Brasil: Palavras Significativas e Campos Semânticos.....	68
4.3.2	Práticas de Saúde no Campo: Experiência no Brasil.....	70
4.3.3	O dito nas entrevistas no Assentamento Bom Pastor.....	79
5	OS MARGINALIZADOS DOS MARGINALIZADOS: EXPERIÊNCIA NA COLÔMBIA.....	92

5.1	Colômbia Pacífica.....	95
5.2	A viagem ao interior da Colômbia: relato em primeira pessoa.....	96
5.2.1	Chocó: no canto do esquecimento.....	96
5.2.2	Uma semana com os Embera.....	99
5.3	Práticas espaciais na Colômbia: A voz dos protagonistas.....	102
5.3.1	Colômbia: Palavras Significativas e Campos Semânticos.....	102
5.3.2	Práticas de saúde no campo: experiência na Colômbia.....	105
5.3.3	O dito nas entrevistas no Resguardo Indígena.....	110
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
6.1	“A ciência de nós não é como a de vocês”.....	125
6.2	“Traz desenvolvimento, mas também prejudica o produtor”.....	126
6.3	“Deveria ter no caderno escolar uma matéria obrigatória voltada para saúde.....	127
6.4	“Se uma doença chega a nós é por um espírito da natureza”.....	128
6.5	“E disse que devíamos proteger nossas famílias”.....	128
6.6	“Aí poderíamos pensar que a religião entraria a ajudar”.....	129
6.7	“A mídia é uma ferramenta poderosa”.....	130
6.8	“A cidade é um risco. Na cidade você tá preso”.....	130
6.9	“Alimentação, boa noite de sono, exercícios”.....	131
	REFERÊNCIAS.....	132
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE VISITA PARA A POPULAÇÃO DAS COMUNIDADES DOS CAMPO.....	141
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE VISITA PARA OS FUNCIONÁRIOS DA SAÚDE.....	143

1. INTRODUÇÃO

*Enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta
continuarei a escrever (Clarice Lispector)*

Este é um trabalho muito pessoal, um desejo de pesquisar que nasce das raízes da terra. Pesquisar sobre as práticas espaciais no Campo tem se convertido na resposta que precisava para muitas perguntas que, através dos anos, foram surgindo. Como estudante de Licenciatura em Psicologia e Pedagogia (2007), da Universidade Pedagógica Nacional na Colômbia, tivemos valiosa experiência na área educativa, dentro da sala de aula e em todos os níveis de ensino. Um ano após de ter findado a graduação, o trabalho com a *Fundación Transformemos Educando*, uma ONG que desenvolvia um projeto do Ministério da Educação da Colômbia, para alfabetização de adultos, fez com que as prioridades de formação mudassem. Este projeto nos levou a conhecer as comunidades rurais mais excluídas do nosso país e nos deu o combustível para começar a pensar em como contribuir com essa população.

Depois de quase sete anos trabalhando com população em situação de vulnerabilidade da Colômbia, com diferentes instituições, a exemplo da Organização Internacional das Migrações (OIM), o ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) e a ONG brasileira, com sede em Bogotá, Associação Saúde Criança Colômbia (ASC Colômbia), fortaleceram-se as inquietudes e o desejo de melhorar nossos conhecimentos para poder, então, trabalhar a favor do bem-estar das comunidades camponesas, já que ficou perceptível, para nós, que os projetos desenvolvidos nas regiões não estavam garantindo a qualidade de vida da população. Muitas ONGs, fundações ou igrejas, muitos projetos governamentais, muitos trabalhos solidários e a população sempre com a mesma e precária qualidade nos serviços básicos, como saúde e educação.

Em 2013, os camponeses colombianos decidiram fazer uma greve nacional agrária e o presidente da época manifestou que “essa tal greve nacional não existia” (SEMANA, 2013). Novamente as comunidades do campo estavam sendo inviabilizadas, sua voz era de novo a voz de um cidadão de menor nível que o cidadão da cidade, e essa foi a última razão para decidir que os nossos conhecimentos precisavam ser aprimorados para trabalhar, efetivamente, por essa população. Buscando alternativas, chegamos ao Brasil e encontramos na Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” – UNESP – o Mestrado em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe. Com a clareza de ser esse o tipo de capacitação que desejava fazer, apresentamo-nos e, depois de alguns processos, fomos entrevistado pela Professora Doutora Ana Lucia de Jesus Almeida, quem me orientou a

trabalhar na área da Geografia da Saúde e, assim, relacionar nosso desejo de contribuir com o bem-estar da população rural, através de uma área ampla e muito interessante que, contrário ao que acreditávamos, não é nova, pois remonta ao final do século XIX, quando se falava da Teoria do higienismo. Conseguimos entender que muitos trabalhos, pesquisas e projetos têm-se desenvolvido na área da Geografia Médica ou Geografia da Saúde, que tem como distinção a distribuição espacial das condições de saúde e das doenças em áreas demarcadas, relacionando estes aspectos com as características geográficas (LIMA NETO, 2000).

E, assim, o projeto de pesquisa foi tomando forma, graças a estes encaminhamentos, a esta, para nós, nova área da Geografia da Saúde que abria suas portas e as disciplinas do mestrado. Entre outras, as disciplinas Territórios do Cotidiano, com a professora doutora mexicana Nashieli Cecilia Rangel Loera, que nos ajudou a enxergar de um modo mais antropológico e humano as realidades da população, guiando o entendimento da narrativa de vida e norteando nos processos de estudo e análise mais qualitativos; ou com o professor doutor Paulo Roberto Raposo Alentejano, a disciplina de Economia Política da América Latina e Caribe, fundamental para a construção do segundo capítulo desta dissertação e essencial para compreender a história da latino-américa e suas mudanças. Também a disciplina Cultura, Identidade e Território, orientada pela professora doutora argentina Silvia Beatriz Adoue e o professor doutor Rafael Litvin Villas Bôas, que nos deram uma visão muito útil da necessidade de enxergar os seres humanos junto com os seus espaços vitais. Entre outras mais, também temos a disciplina Estado e Políticas Públicas na América Latina e Caribe, do professor doutor estadunidense Clifford Andrew Welch, que contribuiu sobre as realidades e as formas de enfrentar o estudo proposto na dissertação. Cada um destes tijolos ajudou na construção do Projeto de Pesquisa ‘Práticas espaciais, saúde e complexo de Catalina: caminho do desenvolvimento no Brasil e na Colômbia’, que acabou sendo a rota para pesquisar o quê, o porquê e o como as comunidades rurais fazem para manter a saúde e o bem-estar, mesmo com os serviços de saúde com que contam.

1.1 Saúde e Desenvolvimento

Um dos direitos fundamentais é o direito à vida e outro é o direito à assistência, à saúde, que pode garantir o primeiro dignamente. Estes são dois dos Direitos Humanos que, segundo as Nações Unidas e desde o seu estabelecimento em 1945, são direitos intrínsecos a todas e a todos os seres humanos, sem importar raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião e, muito menos, o local onde eles ou elas morem (ONU, 1948). Então, poderíamos

começar pensando que a saúde é um assunto importante e que o mundo todo acredita e reconhece como importante.

Pensar na saúde como um fator fundamental para garantir a vida não é um pensamento novo. Os seres humanos têm trabalhado em todas as culturas e civilizações para assegurar o bem-estar da sua própria população e, dependendo das condições do território, os povos têm agido para sobreviver, o que acaba modificando as realidades nas quais moram. Esses espaços acabam sendo modificados por processos econômicos, políticos, culturais ou demográficos que, ao final, influenciam na saúde da população (GUIMARAES; PICKENHAYN; LIMA, 2014). Por isso, a importância de conhecer a realidade da população na hora de intervir nela com políticas ou programas.

Ora, quando se fala dos programas e serviços das comunidades do campo, pode-se observar um desconforto entre muitas das populações latino-americanas que se sentem isoladas por viverem longe dos serviços de saúde eficientes e que, teoricamente, poderiam assegurar sua qualidade de vida. Isto é, os programas e projetos que já não tiverem em conta suas realidades, agora nem chegam as suas regiões: acabam sendo ignorados e isolados (COORDINADORA LATINOAMERICANA DE ORGANIZACIONES DEL CAMPO, 2010). Muitas destas populações parecem não estar conformadas com as propostas dos governos e, então, parece imperativo perguntar: Há programas específicos para atenção em saúde, dirigidos para as populações do campo em países como Colômbia e Brasil? Caso existam, esses programas estão sendo aplicados? E, finalmente, as populações os conhecem e têm acesso? As respostas para tais indagações poderão ser inferidas no decorrer dos capítulos deste trabalho.

Por outro lado, esse discurso de que as comunidades pobres e, ainda mais, as famílias do campo, precisam se desenvolver é muito frequente. Os auxílios financeiros ou as ajudas de alimentos ou serviços, geralmente, estão acompanhados por exigências de formação ou capacitação do grupo beneficiado, sob a bandeira do desenvolvimento. O Bolsa Família, no Brasil, busca garantir a frequência mínima de 85% na escola, para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, e de 75%, para adolescentes de 16 e 17 anos (LEI nº 10.836, 2004), enquanto que na Colômbia, o Programa *Familias en Acción* estabelece a corresponsabilidade que exige que as crianças e adolescentes menores de 18 anos compareçam regularmente na escola, evitando alcançar um número de ausências injustificadas, bimestralmente, maiores de 20% (*Resolución* 412, 2000). Programas como estes são exemplos de iniciativas que entregam mensalmente dinheiro às famílias de baixa renda no respectivo país. Não é nossa intenção julgar estas iniciativas como erradas, e tampouco como certas; o intuito é, unicamente, exemplificar as

relações que as comunidades de baixa renda, neste caso, têm com os governos e apontar que estratégias como estas são usadas com outras iniciativas, talvez não tão altruístas como o incentivo à educação, como veremos no capítulo três. Estas táticas, certas ou erradas, enviam uma mensagem: essas comunidades estão subdesenvolvidas e precisam de ajuda, de agentes externos, para melhorar.

Porém, nem sempre isso é possível, seja pelas oportunidades ou pelas condições, que algumas comunidades fiquem esperando ajuda e serviços dos governos, fundações, igrejas ou instituições, como agentes passivos, sem muita figuração. Por esta razão, é preciso refletir no conceito de desenvolvimento, ou subdesenvolvimento, neste caso, que é um conceito histórico e espacial e não apresenta uma única e estática definição. Uma palavra nova, mas um conceito velho que tem evoluído, tem mudado e tem se transformado conforme as crenças e valores que regem uma sociedade durante um período de tempo (DUBOIS, 2011). Poderíamos, talvez o compreender melhor em relação a essa visão de futuro que cada sociedade propõe como fundamento para seu próprio coletivo e, então, esse destino traçado seria o projeto de desenvolvimento de cada civilização.

O risco, aqui, é pensar em uma ideia dominante de desenvolvimento, pois se cada sociedade tem seu próprio imaginário de futuro e com esses parâmetros avalia as outras sociedades, vemo-nos frente a um conceito de desenvolvimento linear em que, quem está fora da lógica de futuro do mais forte acaba sendo não desenvolvido ou subdesenvolvido. Ao pensar nesse desenvolvimento unidimensional, pensa-se em pontos de saída e chegada, onde se começa o caminho num ponto, pouco ou nada desenvolvido, e busca-se chegar à meta, ao nível de prosperidade. Com esta mentalidade, tomam-se decisões para que aqueles que não são, possam um dia ser.

Nas visitas feitas às zonas estudadas neste projeto, também foi comum escutar que os conceitos desenvolvimentistas estão misturados com as ideias de progresso das cidades. Pareceria se perpetuar em nossos países latino-americanos a herança de colonização europeia, onde se tem a certeza de que as comunidades do campo vivem etapas inferiores em relação às sociedades ricas e ocidentais (BÁEZ, 2009).

É evidente que os serviços de saúde entram nessa problemática. Se esses serviços estão sendo oferecidos, aparentemente, com qualidade só nas cidades, as populações camponesas podem estar sendo obrigadas a abandonar as suas terras, ou a se conformar, e ficarem excluídas das políticas públicas de atenção em saúde. Pelo menos isso é o que acreditam alguns dos movimentos camponeses da América Latina, quando manifestam que a qualidade dos serviços de saúde está dirigida para as zonas urbanas e que “[...] a centralização

dos serviços e recursos, assim como a privatização, fazem com que a saúde do campo não seja prioritária para os governos [além que] o dinheiro é deficiente para a saúde e, aliás, limitam-se para apoiar às cidades, mas não ao campo” (COORDINADORA LATINOAMERICANA DE ORGANIZACIONES DEL CAMPO, 2013, p. 4-5)¹.

Estas análises, as realidades aqui relatadas, as experiências profissionais dos entrevistados neste projeto, bem como as reflexões provocadas nas disciplinas do mestrado em Desenvolvimento Territorial da América Latina e Caribe, da UNESP, reforçaram o desejo de apreender de diferentes grupos, com distintas realidades sociopolíticas, para conhecer as práticas espaciais que têm as comunidades do campo. Por esta razão, para além de conhecer as políticas governamentais, fez-se uma vivência em duas comunidades, o que possibilitou analisar o papel dos movimentos sociais na conquista de programas e serviços que atendem às suas necessidades e refletir sobre como cada uma dessas experiências pode ajudar à outra, o que será observado nos capítulos sobre as experiências no Brasil e na Colômbia.

Portanto, o objetivo é apresentar as experiências documentadas no Brasil e na Colômbia, tentando compreender como estão organizados os serviços de saúde nesses territórios, como a população usuária do serviço se sente em relação a eles, entender as alternativas que, como habitantes do campo, desenvolvem para seu bem-estar e, deste modo, reconhecer as fortalezas, fraquezas e oportunidades de cada uma.

1.2 Brasil e Colômbia: além da fronteira

A razão para escolher uma comunidade camponesa no Brasil e uma na Colômbia, além do fato de ser um projeto desenvolvido por um colombiano numa universidade do Brasil, atravessa as limitações do idioma e da distância. Colômbia e Brasil compartilham fronteira, história e muitos costumes. Os dois países da América do Sul têm a fortuna de serem cobertos pela Amazônia; o maior rio do mundo os banha e os dois países têm costa no Atlântico. Os dois países são cortados pela Linha do Equador e têm climas que sofrem ligeiras variações durante o ano. Na Colômbia, as mais significativas alterações são produto da altura, pela presença de montanhas

(Mapa 1 - Mapa Brasil-Colômbia)



¹ Tradução nossa.

da Cordilheira dos Andes e, no Brasil, estas alterações são produto da impressionante extensão do seu território, que leva suas fronteiras até o sul do Trópico de Capricórnio.

Porém, as similaridades destes dois países vão além das climáticas. Colômbia e Brasil, por exemplo, são dois dos países com maior população afrodescendente da região. Segundo a CEPAL (2000), são mais de 24 milhões de jovens negros na América Latina, e no Brasil 47% da população, ou seja, 22,5 milhões de afrodescendentes, enquanto que na Colômbia, o segundo colocado, são 11% o número de jovens negros presentes na sociedade. Estes dois países também são os que têm mais comunidades indígenas: o Brasil com 305, o maior número de comunidades da região, seguido pela Colômbia, com 102. Depois deles estão o Peru, com 85, México, com 78, e Bolívia, com 39. Segundo este documento, muitas destas comunidades estão em risco de desaparecer cultural o fisicamente. No Brasil, especificamente, estão em risco 70 povos, enquanto que na Colômbia, o número chega a 35 (ONU, 2015).

Outra característica que faz destes dois países uma dupla muito semelhante é sua diversidade biológica, ou como foi definida na Declaração de Cancún (2002), sua Mega-Diversidade. Colômbia e Brasil são os dois primeiros, dos 12 países mais ricos do mundo em recursos naturais, seja pela sua posição geográfica, sua diversidade de paisagens, seu isolamento, o tamanho do território, sua história evolutiva ou as suas culturas. Este grupo de países possui 70% da biodiversidade mundial, o que faz com que sejam territórios muito apetecidos para, como chamariam alguns, mega-projetos de desenvolvimento (Revista Mexicana de Biodiversidad. 2016).

Não obstante, a similaridade mais perigosa, triste e alarmante é a que tem a ver com as desigualdades socioeconômicas. América Latina, toda, sofre desse mal: muitos poucos têm tudo, e muitos não têm nada. Segundo o Banco Mundial, 10% dos indivíduos mais ricos recebem entre 40% e 47% do recurso na maior parte das sociedades latino-americanas, enquanto que 20% da população mais pobre só recebem entre 2% e 4% (BANCO MUNDIAL, 2003). Segundo o resumo executivo do Banco Mundial, os países mais desiguais da região são Brasil, em primeiro lugar, seguido de Guatemala e Colômbia, no terceiro.

As desigualdades em educação, saúde, saneamento básico, serviços de água e luz, estão relacionadas, normalmente, às diferenças de renda, segundo o documento do Banco Mundial. Porém, a saúde e os serviços de atenção, por exemplo, são normalmente assuntos da agenda dos governos, são normalmente promessas de campanhas, estão sempre no discurso dos políticos. Contudo, os povos latino-americanos ainda sofrem com uma “[...] desatenção em saúde para a população camponesa que continua sendo uma constante”

(COORDINADORA LATINOAMERICANA DE ORGANIZACIONES DEL CAMPO, 2013, p. 4)².

Foi assim que decidimos escolher duas zonas rurais para analisar as suas práticas espaciais, não sendo nosso objetivo avaliar se as políticas públicas apresentadas pelos governos são de qualidade, pertinentes ou oportunas. O intuito foi conhecer os programas de atenção de cada país, saber das alternativas propostas para a população do campo e como os movimentos sociais têm participado dessas conquistas, se tem participado, contrapondo o que é falado nos programas de governo e o que a população camponesa conhece ou tem acesso.

Os locais de trabalho que foram escolhidos são territórios alcançados como fruto de uma história de luta pela terra. No Brasil trabalhamos no Assentamento Bom Pastor, experiência do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST), do município de Sandovalina, estado de São Paulo, vivência apresentada no quarto capítulo. De acordo com o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST), em sua página na internet, a luta pela terra fortaleceu diversos movimentos sociais, como o mesmo MST que, através das ocupações, conseguiu consolidar os Assentamentos, uma expressão que identifica esses territórios heterogêneos de grupos sociais, constituídos por famílias camponesas em área de terras desapropriadas, nas quais se procura cumprir as disposições da Reforma Agrária (MST, 2014).

O Assentamento Bom Pastor é um exemplo dessa luta pela terra. Criado no dia 22 de dezembro de 1997, depois de um processo de acampamento de famílias sem terra ligadas ao MST da região. É uma comunidade que conta com unidade de saúde, igreja e escola.

Para o caso colombiano, foi analisada a experiência com a Comunidade Embera, do Quilometro Sete, uma comunidade indígena-camponesa muito atingida pelas mudanças sociais, políticas e econômicas desde a época da invasão europeia. Chocó, o departamento visitado, tem sido o lar de múltiplas comunidades indígenas, nativos da região do pacífico colombiano, entre eles os indígenas que se chamam EMBERA, palavra que no seu idioma significa GENTE. Esta comunidade do Quilometro Sete já não é uma comunidade caracteristicamente Embera, sua mistura com a ‘ocidentalidade’ tem feito com que suas práticas tradicionais tenham mudado. Serão chamados de Indígenas-camponeses, tentando definir esta comunidade que tem mudado algumas das suas tradições ao se misturar com as realidades sociais da cidade, mas que ainda mantém uma relação profunda de produção com a terra.

² Tradução nossa.

A comunidade desta região da floresta ocidental da Colômbia tem vivido a guerra pelo domínio da sua terra que tem sido apetejada desde as épocas da invasão espanhola pelo ouro que há nas montanhas. São disputas que já duram cinco séculos e que, nos últimos anos, enfrentou aos empresários, às comunidades e aos mineiros locais com as multinacionais. A comunidade do Kilómetro 7 se cria com população Embera desterritorializada e alguns outros expulsos dos seus próprios resguardos, realidade que se aprofunda no capítulo quinto.

Com estes dois capítulos, intentam-se fotografar a realidade de algumas das comunidades do campo da América Latina e como estes grupos resolvem suas realidades e determinam seu agir no meio do contexto político e econômico.

Poderia parecer, ao primeiro olhar, que uma comunidade camponesa do Brasil não tem nada a ver com uma comunidade indígena da Colômbia, porém, a intensa violência contra os povos indígenas e camponeses, o poder do latifúndio que atinge as comunidades que vivem no campo, sejam camponesas ou indígenas, e o agronegócio e seu poderio econômico e político que afeta sem distinção faz com que essas duas realidades, longe de serem diferentes, sejam muito próximas. A solidariedade e a união para lutar tem se traduzido em organizações como a Via Campesina, que foi a ponte para conseguirmos nos aproximar destas duas realidades.

São velhos os desafios e, cada vez mais, novos e diversificados os obstáculos que tentam impedir as lutas dos diversos atores sociais no campo. A maioria dos governos tem sua opção clara pelo agronegócio e, seguramente, essa escolha irá perdurar. São os movimentos sociais e as lutas no campo os que precisam se fortalecer, construir alianças, criar parcerias baseadas numa relação respeitosa com a mãe terra. E é isso o que a Via Campesina representa para as comunidades que abraçaram esse projeto.

1.3 Observando as práticas espaciais no campo

Neste estudo, foi usada uma técnica qualitativa de pesquisa, com entrevista semiestruturada, ou seja, utilizamos de um roteiro preestabelecido (SANTOS, 2006), com perguntas flexíveis que estimularam o diálogo e ajudaram para que os participantes falassem sobre a sua percepção dos serviços na região, além da opinião que eles têm sobre a qualidade e o alcance das políticas públicas para o atendimento das necessidades de saúde de suas comunidades. As entrevistas forneceram informações sobre as fortalezas, fraquezas e oportunidades das experiências em atenção em saúde no campo colombiano e brasileiro, conseguindo, com estas noções, identificar as características de cada umas das realidades.

Para Pauline Young (1960), a observação é o primeiro passo no trabalho sobre o terreno de pesquisa, e ela possui meios que possibilitam reconhecer as condições dos fenômenos observados. E foi este o objetivo do trabalho: conseguir observar e escutar a opinião da população, identificando as condições e partilhando das suas experiências enquanto mostravam fotos, documentos ou perguntavam para seus vizinhos. Essa oportunidade fornecida pela a entrevista semiestruturada, permitiu ao pesquisador aprender muito mais com as reações, os jeitos e as formas das palavras serem ditas, que com as mesmas falas.

Os trabalhos de campo foram realizados em comunidades, territórios de luta pela terra, que ocupam um espaço geográfico. No Brasil, o Assentamento Bom Pastor e, na Colômbia, o Resguardo Indígena do Kilómetro 7. Esses espaços geográficos como cenários das práticas humanas (CORREA, 2007), permitiram entender os comentários, as referências e as falas dos e das entrevistadas, pois, os espaços carregam história ecológica, biológica, econômica, comportamental, cultural e social que, inevitavelmente, leva em si o conhecimento da saúde e da doença (ROJAS, 2003). Compreender essas questões antes de começar a pesquisa, permitiu fazer a escolha da entrevista semiestruturada como ferramenta principal.

As práticas espaciais são entendidas, neste estudo, como ações localizadas num espaço, realizadas por atores sociais específicos, com o intuito de conseguir um objetivo pontual e não são, necessariamente, ordenadas ou metódicas, aquilo que uma pessoa precisa fazer num espaço específico, ações com escalas temporais restritas e desenvolvidas individualmente (LOBATO, 2009). Foi através dessas iniciativas que os povos conseguiram morar onde moram, o jeito que criam e recriam as identidades, a partir da convivência e dos lugares, a forma como é legitimado o espaço, como se dividem os lugares, como se fazem as negociações interpessoais, como esse espaço pode se tornar motivo de conflitos ou motivo de luta. A construção de uma usina, de uma barragem, de uma avenida; a plantação de cana ou soja, ou qualquer outro produto, em terrenos próximos; a chegada de desterritorializados, de novos vizinhos de outras regiões; tudo faz com que essas práticas espaciais que estamos observando, sejam modificadas. As práticas espaciais alteram-se em diferentes níveis.

Ora, quando falamos de saúde neste projeto, as práticas espaciais adquirem mais um novo significado, mais força e muita importância. Não cuida de sua saúde igual uma população que tem uma usina nas proximidades daquela que não conta com uma; nem uma comunidade que mora ao lado da rodoviária, de uma que mora longe. Não são as mesmas decisões que as pessoas tomam que têm um posto de saúde próximo, que aquelas que

precisam de longas viagens para qualquer opção de atendimento médico. As práticas espaciais, quando falamos de saúde, vão além das realidades da paisagem; as decisões das comunidades, no tocante à procura do bem-estar físico e mental, dependem das atividades culturais: religião, tradições locais, simpatias, programas de formação; das possibilidades econômicas: trabalho, comércio, turismo; e dos programas e projetos sociais na região: agentes de saúde, agentes comunitários, projetos universitários, entre outros.

As práticas espaciais, no tocante da busca da saúde são, então, todas essas ações que as comunidades realizam para manter seu bem-estar. Nesse sentido, o objetivo do nosso projeto foi ter ciência dessas práticas nas comunidades escolhidas no Brasil e na Colômbia, reconhecendo o quanto são influenciadas pelas políticas públicas, as tradições populares, percebendo como estas práticas mudam dependendo do acesso aos serviços de saúde e refletindo sobre as fortalezas, fraquezas e oportunidades na conquista do acesso a serviços de saúde pelos movimentos sociais destes países. Sempre tivemos a certeza que era fundamental compreender a história para compreender melhor os posicionamentos atuais, os discursos, as decisões e, ao final, essas práticas espaciais. Depois de nos contextualizarmos na história, prosseguimos em identificar a realidade no acesso ao serviço de atenção em saúde, entrevistando os funcionários do setor saúde das comunidades para, finalmente, conhecer as opiniões da população, visando às ações que realizam para manterem-se saudáveis e que consideram como saudáveis.

As entrevistas semiestruturadas (ANEXO o Roteiro) foram à matéria-prima para a etapa acima da pesquisa através da Análise do Discurso. Cientes que as palavras significam muito mais do que é dito, transcrevemos as entrevistas e, após, usamos o programa TEXTSTAT³. A vantagem do programa consiste na possibilidade de saber quantas vezes uma palavra é dita ou em quais contextos é usada. Analisando a frequência das palavras, conseguimos definir um grupo de ‘Palavras Significativas’ que compõem o grupo daquelas que mais vezes foram repetidas durante as entrevistas. Com essa lista, passamos a fazer combinações de palavras significativas ou grupos de palavras inter-relacionadas que chamamos de ‘Campos Semânticos’, para conseguir, finalmente, fazer uma análise dos depoimentos dos entrevistados, conectando a palavra significativa ‘saúde’ com os outros ‘Campos Semânticos. Foi este exercício que nos permitiu chegar aos temas apresentados nos capítulos 3 e 4 que analisam as entrevistas. Para este exercício, foram escolhidos os três principais campos semânticos para análise.

³ Programa de concordância criado para analisar recopilações de textos e conseguir listas de frequências de palavras e termos

Por motivos de segurança e sigilo, não foram incluídos nomes ou cargos nos textos aqui apresentados. As entrevistas foram separadas através de um sistema de classificação que primeiro indica se é Assentado (A) ou Funcionário (F); posteriormente, proporciona a informação sobre o número da entrevista (1, 2, 3...) e, finalmente, que a entrevista foi feita na Colômbia (C). Desta forma, as citações das entrevistas serão, por exemplo: A4C, que proporciona os dados necessários para saber que essa foi a opinião da quarta entrevista de um assentado da Colômbia ou F1C, que apresenta as respostas do primeiro funcionário colombiano entrevistado.

Nos dois primeiros capítulos, então, se faz uma viagem histórica e um debate sobre a saúde na América Latina. Começando com o percurso que a atenção em saúde tem vivido desde antes da chegada dos europeus e analisando como muitos dos acontecimentos globais influenciaram nas ideias de saúde e, por consequência, nas práticas espaciais destas regiões. Quanto ao debate sobre desenvolvimento e saúde, apresentamos uma visão de como o Complexo de Catalina, que será explicado com detalhe no segundo capítulo, faz com que a própria visão da realidade regional precise ser avaliada desde a ótica dos processos e discursos dos autodenominados países centrais, desconhecendo com isto a própria realidade, os próprios conhecimentos e os próprios aprendizados como dependentes de validação pelos detentores do conhecimento eurocêntrico.

Nos capítulos 3 e 4, são apresentadas as principais respostas das entrevistas semiestruturadas que explicitam as práticas espaciais relacionadas à saúde e realizadas com as populações da Colômbia e do Brasil. Não foi uma tarefa simples, mas foi uma tarefa feita com o compromisso de quem sabe que entender e aportar para as comunidades camponesas contribui com a construção de um futuro sustentável.

2. DIREITO À SAÚDE NA AMÉRICA: UM PERCORRER HISTÓRICO

*“Se queres conhecer o passado, examina
o presente que é o resultado;
se queres conhecer o futuro,
examina o presente que é a causa”
(Confúcio)*

Não é possível escapar do passado. Esta afirmação vai além do meramente poético. Afinal, o presente, o que se faz como ação habitual, hoje tem uma forte conexão com o passado individual e coletivo, arquitetado por palavras, ideias e juízos que usamos para enfrentar o mundo físico, psicológico e social. Os conceitos levam história e, na nossa pesquisa, entendemos que as práticas espaciais dos povos na busca da saúde e bem-estar estão carregadas de conceitos: “parece doente”, “têm boa saúde”, “precisa de uma alimentação melhor”, “isso não deve ser feito”. Todos estes conceitos reproduzidos, constantemente, foram avaliados e expuseram as práticas das comunidades.

Aquilo que é avaliado como bom, tem que ser reproduzido, enquanto que isso que é julgado negativamente, precisa ser esquecido ou corrigido. Em algumas residências, certamente, a água é religiosamente fervida, em outras, quem tem sede, pega diretamente da torneira para o copo. Têm famílias que proíbem as crianças de se alimentarem assistindo televisão, porque julgam péssimo para a digestão. Por outro lado, temos pais que não se preocupam tanto com esse hábito e assistem juntos, porque acham esse momento um tempo importante de conexão familiar. Com isso, queremos mostrar que as práticas espaciais de uma família estão carregadas de conceitos e mudam dependendo da história de cada um dos seus membros.

Se isso acontece numa escala menor, como a familiar, pareceria claro pensar que acontece, também, numa escala maior. As comunidades decidem o que deve ser feito, no caso da nossa pesquisa, relacionado à saúde, dependendo do passado do coletivo. Por exemplo, as ideias que se tem de saúde ou de perigo de morte ou as ideias de bem-estar, estão estreitamente ligadas à história. Pensar que aquilo está bem e que isso está mal, decidir que uma coisa é melhor que outra ou que isso é saudável e aquilo é insalubre, são conceitos que movem práticas. Por esta razão, precisamos entender o passado das comunidades para, então, enxergar melhor o que está acontecendo e entender o porquê de algumas delas.

Neste sentido, alguns fatos podem nos fazer pensar que o costume de opor conceitos, com o intuito de conseguir entender mais facilmente o mundo, pode ter sido a maior e mais

forte das heranças da Europa. Não estamos falando das ideias de dualidade que estão presentes em várias outras civilizações, como as do oriente e as mesmas culturas pré-colombianas, estamos nos referindo às dicotomias, a essa visão maniqueísta onde o mundo está composto, basicamente, entre: o bem, representado pelo ‘Reino da Luz’ e todas as coisas que a ele pertencem, e o mal, simbolizado pelo ‘Reino das Trevas’ e onde se encontram todas as coisas que não são toleráveis para o outro reino (BASCOPE, 2001).

Embora essas ideias não tenham sido exclusivas da Europa, foi com elas que se instituíram, fortemente, na nossa cultura. Essa influência que ainda tem no nosso continente, depois da sua chegada, fez com que a gente usasse essa lógica para entender o mundo, escolhendo uma das alternativas como a mais correta. Pareceria que o nosso mundo americano crescia, e caminhava ainda, em meio às duas forças: bem e mal, ricos e pobres, brancos e negros, civilização e atraso, campo e cidade, capitalismo e socialismo. Parece-nos que a dualidade deixa mais compreensível o mundo, que eleger uma entre as duas opções, reduz as possibilidades e facilita julgar a realidade. Constantemente, passa-se despercebido que entre a cor branca e a cor negra existem muitos entretons de cinza; que entre o bem e o mal há uma infinidade de interpretações; ou que entre a cidade e o campo existe multiplicidade de territórios.

Antes da chegada dos europeus às comunidades pré-colombianas, por exemplo, a dicotomia vida-morte tinha uma concepção muito diferente daquela que as opõe. Para várias comunidades andinas, a morte não era uma tragédia, nem mesmo uma força oposta da vida. Ao contrário, a morte fazia parte da vida. Bascope (2001) manifesta que a morte, na cosmologia andina, jamais representou o fim ou a terminação dos seres. Ela é continuidade, uma sequência do ser em um todo da existência e do universo. Este constante movimento entre vida e morte faz com que a concepção de saúde tenha mais a ver com o bem-estar e com o bem-viver.

A ideia de saúde também mudou com a colonização europeia e arraigou-se com o decorrer dos anos a ideia de saúde como ausência de doença. Foram decididos programas, estabelecidos projetos e definidas políticas públicas, através dos anos, para normatizar a saúde e suas práticas e, assim, os povos tradicionais americanos acabaram sendo ensinados pelos pretensos detentores do conhecimento verdadeiro. Com os anos, os povos americanos ficaram do lado fraco das dicotomias, foram os pobres, os atrasados ou os periféricos, os que precisavam apreender dos ricos, civilizados e centrais povos europeus. As práticas espaciais, em territórios onde atualmente estão localizados o Brasil ou a Colômbia, claramente, se transformaram e foram influenciadas por estas mudanças ao longo dos séculos.

Partiremos, desse modo, da ideia de que as políticas públicas nascem de um projeto dominante que orienta o coletivo que dirige (COLCIENCIAS, 2005), mesmo que algumas sejam implantadas a partir de movimentos e lutas das minorias. Estas orientações dependem de variados fatores e para conseguir entendê-los, é necessário compreender muitos elementos, entre eles o contexto histórico em que são projetadas, as decisões e os processos para sua aplicação, os atores envolvidos e os resultados da sua aplicação.

Nossa análise se iniciou em tempos pré-colombianos, antes do estabelecimento das fronteiras que hoje conhecemos e que configuram os atuais territórios do Brasil e da Colômbia. Procuramos localizar tais territórios que vivenciaram a colonização europeia na América Latina, uma portuguesa e outra espanhola, como também procuramos estudar a relação destes povos com a saúde e algumas decisões que tomaram ao longo da história, rota que vai nos levar até as atuais propostas de atenção em saúde, sempre identificando as dicotomias que dominaram em cada época e que orientaram e marcaram o roteiro destes povos.

2.1 A saúde como ‘ausência de doenças’ frente à saúde como ‘bem-estar’.

É imperativo lembrar que nosso estudo se inicia em épocas anteriores à chegada dos colonizadores e que, devido à ausência de donos instituídos através de tratados legais, não haviam marcos fronteira delimitados entre as duas nações estudadas por nós. Seria um erro e um insulto para a história do nosso continente começar a análise com a chegada de portugueses e espanhóis, como se ainda nossa compreensão do mundo fosse eurocêntrica. Antes da chegada de Colombo, o mundo desconhecido para eles já tinha uma história e um caminhar de séculos. Seguramente, tinham-se conseguido avanços e tinha-se errado e, certamente, já tinham construído relações e processos para suas próprias práticas espaciais.

Muitas eram as comunidades americanas e muito variadas. Para uma melhor compreensão, poder-se-iam dividir em dois tipos: as pequenas comunidades com um tipo de comunismo primitivo, como era o caso dos Mapuches, Tupis e Guaranis, localizadas nos territórios que hoje são brasileiros, e as comunidades Calima, Muisca e Tayrona, nas terras que hoje fazem parte da Colômbia, as quais possuíam a economia baseada no trabalho e na força produtiva das terras. Eram comunidades pequenas, familiares, que geralmente não tinham classes sociais, a divisão das tarefas era feita por gênero, deixando a agricultura para as mulheres e a caça ou produção artesanal para os homens. Estes povos viviam, essencialmente, da pesca, da caça e da coleta, a exemplo de alguns povos no território

colombiano que, por fazer parte de grandes civilizações, também eram comerciantes de produtos artesanais. O segundo tipo de comunidades eram, precisamente, as grandes civilizações, caso dos Incas, Maias e Astecas. Organizados em comunidades igualitárias, articuladas com estados centralizados, eram submetidas a um estado em que a população pagava impostos e trabalho excedente. Estes povos, além do trabalho agrícola, tinham comércio e tecnologias vinculados à mineração.

Segundo o que aponta Bascopé (2001), para muitas destas comunidades, as doenças significavam uma perda do equilíbrio entre as variadas influências da vida. Nada sucedia por casualidade, nem mesmo a morte, pois acreditavam que uma força sobrenatural dominava a vida dos homens. E, aqui, como para as outras grandes civilizações antigas do mundo, as funções do médico, do sacerdote e do feiticeiro, normalmente, eram desempenhadas pela mesma pessoa.

Com a chegada dos espanhóis, no dia 12 de outubro de 1492 e dos portugueses, no dia 22 de abril de 1500, essa concepção de saúde começou a ser mudada. Essa tradição, que era mistura de religião, magia e alquimia, e que lutava contra os males que os deuses enviavam aos homens, foi modificada. Foi trocada por ideias não muito distantes, já que os ensinamentos da cristandade que foram trazidos desde além do oceano, consideravam que as doenças eram produto do demônio. As crenças dos nativos foram, então, relocadas para o lado negativo da dicotomia: Bom *versus* Mau. Muitas práticas medicinais, terapêuticas ou de atenção, foram lançadas para a clandestinidade, pois, dentro dos costumes destes povos pré-colombianos, usavam-se as plantas, os minerais e, até, os animais para curar as enfermidades que eram vistas, majoritariamente, como produto de feitiços dos inimigos (BETHELL, 1990).

Assim como muitas outras culturas antigas, as civilizações americanas parecem ter seguido a rota que o James Frazer⁴, em 1940, já analisava, a qual o pensamento humano primitivo esteve vinculado à magia e, depois, passou para um pensamento religioso, finalmente, chegando ao que chamamos de pensamento científico. Mesmo que suas ideias tenham sido refutadas por outros antropólogos, o trabalho de Frazer, em *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion*, é muito respeitado, sobretudo, porque ele ajuda a entender a diferença entre magia e religião. Na primeira, segundo o autor, o operador pretende ter o controle através de "ritos", enquanto que na religião, o operador pede a ajuda de divindades ou espíritos. Independentemente de interpretar o tipo de ações dos povos americanos como

⁴ FRAZER, J. G. *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

civilizados ou não, esta era uma atitude ritual com profunda ligação com os próprios mistérios da natureza, com o território e com as práticas espaciais do território.

O povo do ‘novo continente’, novo para os europeus não sobra repetir, tinha uma velha história e uma antiga cultura. Algumas comunidades conseguiram documentar essas tradições graças à escritura, como no caso dos Maias, os Incas e de outros que mantinham vivas suas tradições através da oralidade, a exemplo de algumas comunidades encontradas pelos portugueses no atual território do Brasil e pelos espanhóis, em grande parte do território colombiano. Muitas dessas memórias foram exterminadas no processo de conquista, sendo que, atualmente, grande parte do que se conhece dos indígenas do século XV da América do Sul, é a partir da visão dos conquistadores, graças aos relatos dos viajantes europeus que chegaram a estas terras.

Em *Historia General de las Indias* (GÓMARA, 1552), um religioso e cronista espanhol que nunca viajou para América escreve um livro, com dados aportados pelos exploradores, entre eles o Hernán Cortés, um dos maiores conquistadores espanhóis, em que se relatam algumas práticas médicas dos Maias na época:

Aos sacerdotes chamam de *piaches*: neles está a honra das noivas, a ciência de curar e a de adivinhar; invocam ao diabo, e, enfim, são mágicos e necromânticos. Curam com ervas e raízes cruas, cozinhadas e moídas, com gordura de aves e peixes e animais, com galho, e outras coisas que a população não conhece, e com palavras muito intrincadas e que até o mesmo médico não entende, que são usadas por encantadores. Lambem e chupam onde há dor, para tirar o mau humor que o causa; não cospem aquilo onde o enfermo está, senão fora da casa. Se a dor aumenta, ou a febre e mal do doente, dizem os *piaches* que tem espíritos, e passam a mão por todo o corpo (GÓMERA, 2003, p. 96)⁵.

Embora na redação usada no livro, o autor descreva e ao mesmo tempo comenta, interpreta e julga o agir dos *piaches*, sob o olhar eclesial, conseguimos perceber que a intervenção dos médicos da comunidade tinha uma estrutura e parecia seguir um padrão. As feridas eram geralmente curadas com ervas adstringentes, por isso o trabalho dos médicos da época requeria o conhecimento de plantas. Mesmo que na atualidade se reconheçam alguns dos avanços em variados aspectos das comunidades pré-colombianas e se creia que estas civilizações eram bastante evoluídas, nos estudos astronômicos no tempo da conquista, não foram assim e o assunto da religião e as práticas médicas, as técnicas utilizadas no novo mundo, mais que outros aspectos, não eram muito bem vistos nem aprovados pelos europeus.

⁵ Tradução nossa.

Pelo contrário, eram consideradas como hereges e diabólicas, inclusive na atualidade ainda segue sendo assim em alguns contextos.

Era necessário, na época, começar a substituir esses hábitos ímpios e ensinar as técnicas das culturas civilizadas. Era preciso também fazer com que a população acreditasse no verdadeiro Deus e nos seus elegidos, o que era quase impossível, uma vez que os sacerdotes das comunidades pré-colombianas eram considerados pessoas sagradas e tinham “(...) *grande autoridade, por serem médicos e adivinhos com todos, embora não davam respostas nem curavam senão à gente principal*” (GÓMARA, 2003. p. 33). As mulheres também podiam ser médicas e sacerdotisas de várias destas comunidades e ninguém, segundo os exploradores, queria outros médicos ou outra atenção que não fosse os da sua comunidade.

Muitas dessas tradições se misturaram com lendas e, com o tempo, viraram ‘superstições de povos não civilizados’. O que não é lenda foi o fato de que a realidade das práticas de saúde das grandes cidades americanas do século XVI, não era muito diferente das europeias. Testemunha disso seria o mesmo conquistador, Hernán Cortez, que reconhecia que as cidades Maias eram tão civilizadas quanto às europeias porque “(...) *há muita gente que, nas ruas, nas casas e nos mercados imploram aos ricos, como fazem os pobres na Espanha e em outros países donde há gente racional*” (TODOROV, 1999. p. 152). Com essas afirmações começa, então, a seguinte dicotomia, o seguinte enfrentamento: Civilização *versus* Atraso. Faz-se importante ressaltar que os novos donos das terras, donos por direito de conquista, não teriam alcançado a vitória frente a grandes cidades, se não tivessem a ajuda de algumas outras cidades aliadas involuntariamente, aliadas mais poderosas que a força da tecnologia das suas armas.

Poder-se-ia pensar que as armas dos portugueses e dos espanhóis fossem suficientes para lutar contra comunidades agrícolas americanas. O fato é que várias dessas comunidades, efetivamente, tiveram que fugir para não serem mortas. Porém, refletindo logicamente, teria sido fisicamente impossível para Pizarro vencer um império potente como os Incas, de Huayna Cápac; ou que Hernán Cortés, com um pouco mais de uma centena de homens e alguns cavalos, acabassem com o Moctezuma e seu império Asteca. Para essa empreitada, os europeus tinham além das armas, os cavalos e os cachorros, a varíola e o sarampo como aliados, parceiros involuntários e, seguramente, não intencionados, mas que contribuíram com o sucesso da conquista (GUERRA; TÉLLEZ, 1986).

A partir deste momento, segundo Fernando Mora e Aniushaka Alemañy (2001), tudo nas terras americanas começa a ser avaliado segundo o padrão europeu e, naturalmente, a linguagem, a religião e as práticas espaciais, como também a saúde, foram alvo da

intervenção civilizadora. Os séculos seguintes vão se caracterizar pela expansão comercial e marítima das nações europeias e pela conquista colonial. Frente a este panorama, a saúde dos povos e o cuidado do bem-estar das comunidades nos novos territórios não foram uma prioridade. A inexistente experiência dos nativos no atendimento das novas doenças impulsiona a construção de hospitais, tanto na América espanhola, quanto na portuguesa, principalmente nos portos e principais centros comerciais.

Essas estruturas reproduzem a lógica das cidades europeias, as quais usam prédios para a atenção de pessoas que devem ser isoladas das outras, a exemplo dos leprosos ou outras enfermidades contagiosas (MORA; ALEMAÑY, 2001). No território dos portugueses, esses prédios foram chamados de “Santa Casa”, constituídos a partir do século XVI, deixando a assistência dos pobres nas mãos da caridade cristã “(...) que abrigavam indigentes, viajantes e doentes” (SILVA, 2009, p. 26). Em alguns locais da coroa espanhola, a fundação de hospitais religiosos precedeu a institucionalização da beneficência que tinha a mesma ideia assistencialista que a caridade cristã, mas com instituições estaduais, ou pelo menos controladas e fiscalizadas pelos governos, que desempenhassem essas atividades de bondade (RAMÍREZ, 2002).

2.2 As independências subordinadas.

Não se pode falar ainda de Brasil ou de Colômbia, enquanto Estados-Nação, senão após os processos de independência. Até este momento, a América Latina tinha dois grandes donos: Espanha e Portugal, sem contar as pequenas colônias francesas. Para a América espanhola, a noção dominante foi de fragmentação do imenso território, tomando-se a decisão, em um primeiro momento, de dividir em dois vice-reinos: Nova Espanha, no norte e Peru, no sul, e duas Capitânicas Gerais⁶: Yucatán e Nova Granada. Porém, o território ainda seguia extenso e difícil de controlar. A partir de então, a coroa espanhola decidiu fazer mais divisões e criar novos vice-reinos e capitânicas. Foi dessa forma que a capitania de Nova Granada, atual Colômbia, virou vice-reino e nasceu também o vice-reino de *Rio de la Plata*, atuais Argentina, Bolívia, Uruguai e Paraguai, além das capitânicas de Chile, Cuba, Venezuela e Guatemala.

⁶ A divisão territorial da coroa espanhola no período da colônia foi muito variada usando, principalmente, Vice-reinos e Capitânicas. Os Vice-reinos foram entidades territoriais de ampla extensão, que estavam no mando de um Vice-rei designado, diretamente, pela coroa espanhola. A Capitania Geral foi um ofício que presumia a organização de um exército ao cargo de um Capitão Geral, comumente, anexo ao mando de um vice-rei. Nalgumas regiões da coroa espanhola, seja, pela sua importância estratégica ou pelas suas características, o cargo de Capitão Geral alcançou maior importância que a do Vice-rei.

Na América portuguesa foram criadas capitanias hereditárias, porém, esse sistema não vingou, uma vez que a coroa portuguesa assumiu, diretamente, o controle da sua colônia. Para o Brasil, a ideia de unificação, teve um sentido mais forte. E nesse contexto político e territorial, começam os processos de independência e a formação de Estados-Nação na América Latina que, da América espanhola vão reproduzir as fragmentações que resultarão em vários dos atuais países, e da América portuguesa, a unificação que vai gerar o Brasil (BETHELL, 1990).

Estes processos de independência serão influenciados por vários fatores: primeiro a independência dos Estados Unidos, em 1776 e a Revolução Francesa, em 1789, que motivaram as elites americanas a ganhar autonomia, liberando-se dos europeus. Porém, já na América Latina, a revolução haitiana foi um fantasma: a principal colônia francesa na América assume como próprias as ideias de liberdade e fraternidade, e se forma uma revolução de escravos que tomaram as terras da mão dos franceses (JAMES, 2000). Na América espanhola e portuguesa, foram as elites brancas as que tiveram contato com os ideais da Revolução Francesa e, por isso, os processos de independência dessas colônias não tiveram o propósito de libertar o povo, senão libertar as regiões americanas da dominação europeia. Entretanto, esse processo deveria ser feito sem eliminar os benefícios que tinham as classes dominantes, mas, indígenas e negros tinham que ser motivados com a ideia de liberdade para ajudarem nessas lutas.

Na América portuguesa, as motivações pela independência provocaram revoltas da população e movimentos fortalecidos por grupos de escravos, e foi neste contexto que se começou a construção de uma perspectiva mais centralizada de um processo de independência. Poder-se-ia pensar que as oligarquias vislumbraram que só teriam o controle de um povo lotado de negros e indígenas, com um Estado fortalecido e não dividido, lembrando que estava frente ao exemplo do Haiti (JAMES, 2000), e assim o Brasil viveria um processo de independência diferente e planejada, em que se manteria a escravidão.

Os serviços de saúde para esta época também sofreram mudanças. Para Roberto Machado (1978), o nascimento da saúde pública no Brasil se deu no século XIX, por conjunturas que distinguem esse período dos anteriores, como a chegada da família real portuguesa. Até esse momento, a saúde do Brasil Colonial era, praticamente, inexistente. O saneamento e os hábitos de higiene eram precários, não existiam muitas noções de higiene pessoal. Muitas vezes, as mesmas fontes de água potável que eram usadas para abastecimento das casas, para lavar roupa, eram usadas também como poço séptico, nada muito longe do que acontecia em grandes cidades como Londres ou Paris, no mesmo período. Todos estes fatores

juntos contribuíram para que os fedores e as doenças castigassem as terras brasileiras da época.

Na Nova Granada, a reorganização pelas lutas de independência levou a priorizar a atenção para as pessoas com sequelas. A beneficência foi uma das ferramentas para atender aos pobres e os conventos menores, confiscados da Igreja, foram usados para esses propósitos. Reconstruíram-se vários hospitais para pobres e, segundo Ramírez (2002), só as crianças abandonadas, os mendicantes e os doentes mentais ou pessoas com enfermidades degenerativas, permaneceram sendo responsabilidade da Igreja.

A jovem e independente República da Nova Granada, conformada pelos posteriores países de Colômbia e Panamá, seguiu mantendo a dependência e conservando as dinâmicas de exploração, só que agora não para uma metrópole, senão para as potências dominantes do momento – Inglaterra e Estados Unidos. A saúde da população camponesa, indígena e negra seguiu sendo importante somente quando afetava a produtividade ou interferia com a produção. Igualmente ocorreu nas outras nações: “(...) a independência não modificou substancialmente a matriz produtiva, (...) continuaram mantendo o mesmo negócio “sob nova direção”. (...) Na prática, o setor local mais beneficiado era o da burguesia exportadora, comercial ou proprietária de terras nas que se produzia para exportar” (ADOUE, 2010, p. 68). A ideia de saúde era definida, basicamente, a partir da ausência de doença, e a beneficência constituía uma das alternativas para a população não assalariada, até que nos anos quarenta, do século XX, se formalizou a noção de seguridade social (GÓMEZ-ARIAS, 2009).

Enquanto isso acontecia na Colômbia, no Brasil os serviços de saúde eram muito confusos e complicados, uma vez que existia certa omissão do poder público. Havia, segundo Silva (2009), uma espécie de não-sistema de saúde, em que o Estado podia intervir só nas situações que a iniciativa privada não pudesse resolver. Aquele não-sistema continuou até o século XX, “(...) tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar” (SILVA, 2009, p. 30). As epidemias de febre amarela e varíola, entre outros, que afetaram a economia e o saneamento dos portos, obrigaram à adoção de medidas sanitárias e começaram as campanhas e as reformas. Começou, então, um processo no qual, vários médicos lideraram um movimento que, contando com o apoio de políticos e intelectuais, levou à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, que promovia serviços de atenção também nas áreas rurais.

2.3 A atenção em saúde no século XX.

Depois de viver o enfrentamento Novo-Velho, Civilização-Atraso, Liberdade-Escravidão nas Américas, os sistemas de atenção em saúde nasceram no meio da mais forte dicotomia do século XX: a confrontação entre capitalismo, com Estados Unidos como seu principal promotor, e o socialismo, com a URSS na frente. Dois blocos econômicos e políticos que marcaram a rota deste século, cada um com ideias contrárias em relação aos princípios que deviam regular a sociedade, basicamente, ante os direitos e deveres das pessoas e, mais fortemente, as obrigações do Estado.

A corrente comunista que defendia a intervenção do Estado para formular políticas fortes com a intenção de regular as atividades sociais, fortalecida principalmente na Europa oriental e na Ásia, enfrentou a corrente capitalista, com Estados Unidos à cabeça, e que predominou em grande parte do mundo. Não havia unanimidade, no capitalismo, sobre o papel do Estado frente à sociedade, dividindo suas ideologias basicamente entre: os keynesianos, que reconhecem o limite da liberdade individual e acreditam que o Estado devia ser o principal provedor de serviços sociais, e os neoclássicos, que defendiam a liberdade individual e recusavam a regulação do Estado (DOCUMANIA, 2011).

Vários dos governos da América Latina aplicaram os princípios keynesianos, que reconhecem os limites que tem a liberdade individual e impõe uma mediação do Estado sobre a economia. Porém, os resultados foram muito diferentes dos esperados. A forte concentração da riqueza, a acumulação das terras por poucos grupos econômicos, a corrupção e a dependência com os Estados Unidos, restringiram a sua eficácia. Por essa razão, a atenção em saúde, na Colômbia, vai restringir-se para a atenção das necessidades básicas que, na prática, foram somente assistencialistas, no meio de contextos de corrupção e escasso investimento que limitaram sua capacidade de atender as necessidades da população (GÓMEZ, 2010).

O não-sistema de saúde brasileiro ficou cada vez mais perto do exemplo dos Estados Unidos. “Havia uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas – prestadoras de serviços de saúde, muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção, ou recebendo serviços de baixa qualidade.” (SILVA, 2009, p. 32). E não era muito diferente na Colômbia, pois, os serviços de saúde tinham se convertido numa organização fragmentada, baseados nas dinâmicas de mercado e sujeitos à capacidade de pagamento das pessoas: quem tinha, pagava, quem não tinha, pedia.

Segundo Miranda Canal (1984), o tipo de medicina norte-americana impulsionou um forte movimento e estes ventos renovadores tiveram grande influência na medicina latino-

americana. Renovações que chegaram junto com as transformações políticas, militares e econômicas, fizeram com que essa medicina estadunidense, com radicais mudanças de concepção e de prática, em grande medida pelas consequências das guerras mundiais, chegasse à América do Sul.

As parcerias entre as nações sul-americanas e os Estados Unidos aconteceram durante o século XX: o país do norte interessado nas doenças tropicais e nos problemas de saúde pública de cá que pudessem afetar as políticas de comércio internacional e a sua economia; nossos países interessados na mobilização de pessoal, recursos técnicos e financeiros para resolver as graves dificuldades de saúde relacionadas, particularmente, às condições de miséria dos países denominados do terceiro mundo.

Na Colômbia, as reformas da saúde introduziram elementos ideológicos cada vez mais distantes das propostas keynesianas. Desde seu nascimento, e durante a segunda metade do século, o sistema colombiano de segurança social foi mercadoria, e foi organizado como um produto sob a direção do governo nacional. A administração da saúde passou aos escritórios de economistas liberais que não optaram pela necessidade de empreender ações pouco ou nada rentáveis, a exemplo da atenção em zonas rurais ou a participação comunitária, tentando evitar a realização de programas especiais de saúde pública ou a programação de atividades coletivas que ninguém pagaria. Assim, a promoção da saúde virou uma política cada vez mais fraca (GÓMEZ-ARIAS, 2008).

Estas e outras desigualdades sociais vão motivar as lutas populares durante a segunda metade do século XX, marcando o começo da forte e direta intervenção dos Estados Unidos na região, através de medidas neoliberais inspiradas nas ideias neoclássicas. Na América Latina, a adoção dessa postura vai acontecer após a crise da dívida externa, já que o endividamento dos países latino-americanos era muito alto e precisava ser renegociado.

Para renegociar, os organismos financeiros, entre eles o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), estabeleceram condições que possibilitaram o projeto neoliberal, privatizando os serviços públicos potencialmente rentáveis, entre eles, claramente, a saúde. À medida que os países latino-americanos acolheram o modelo neoliberal, suas noções sobre políticas públicas mudaram profundamente (ESTRADA-ÁLVAREZ, 2003). Ao final da década de 70, os grandes investidores mundiais começaram os negócios dos serviços públicos e, valendo-se de diversas estratégias e motivados pela aplicação das reformas impulsionadas pelo Consenso de Washington (1989), acabaram-se apoderando, progressivamente, dos serviços públicos que antes eram administrados pelo Estado.

A década de 90 começou com uma nova constituição para os colombianos, uma vez que o artigo 48 assegurou que “(...) a Segurança Social é um serviço público de caráter obrigatório que se prestará sob a direção, coordenação e controle do Estado” (CONSTITUIÇÃO POLÍTICA DE COLÔMBIA, 1991). O interessante, e que no futuro será motivo de outras muitas decisões, é que nesta constituição a saúde não conseguiu atingir o nível de Direito Humano Fundamental, condição que o Brasil assumiu três anos antes, na sua própria Constituição, que define que a saúde é um “direito de todos e um dever do Estado”. Este artigo da constituição colombiana prepara o terreno para que, em 1993, a saúde vire uma mercadoria com a lei 100, em que a atenção das doenças é comprada por quem tem dinheiro e subsidiada para quem não tem e se assume como pobre. Nesse processo, aparecem as Empresas Promotoras de Saúde (EPS), administrando os recursos da saúde e conseguindo o monopólio do serviço, serviço este que aprofundaremos mais adiante.

Do lado de cá, o Brasil estava vivendo, naturalmente, seu próprio processo. As funções do Ministério da Saúde limitavam-se à promoção da saúde e à prevenção de algumas doenças, como também era limitada com frequência à assistência médico-hospitalar para algumas outras doenças. O INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), criado durante o regime militar, em 75, tinha como objetivo oferecer atendimento médico a quem contribuísse com a previdência social, ou seja, os empregados com carteira assinada. Durante a ditadura se cria também o Sistema Nacional de Saúde, que promovia cobertura para as zonas rurais, principalmente no Nordeste, onde foi organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica, que estava separado da vigilância sanitária.

Algo muito interessante e peculiar que aconteceu no Brasil foi que, embora o contexto histórico latino-americano e mundial estivesse levando a saúde à precarização, um movimento social, composto por acadêmicos e profissionais da saúde, além de frações populares, conseguiram a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). No século seguinte, dará passo à criação da Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e a Floresta, alguns anos depois na 14ª Conferência de Saúde em 2011 que, segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2013), foi produto da luta dos movimentos sociais. Importante refletir que esta política focada para as populações rurais nasceu quase 30 anos depois da criação do SUS, evidenciando o esquecimento que as populações não urbanas tiveram neste período.

As populações da cidade, tanto no Brasil como na Colômbia, protagonizam as lutas para garantir o serviço de saúde, conseguindo, enfim, resultados para eles. Entretanto, nas zonas rurais, as populações indígenas e negras sofriam o abandono conjuntamente com as

populações camponesas que, para nosso melhor e mais fácil entendimento, e fazendo uso das dicotomias, serão as populações que não habitam nas cidades, mesmo reconhecendo que “(...) há camponeses clássicos, associados, originários, polifônicos, intermitentes, virtuais, nômades, exiliados, multinacionais e [até] vocacionais” (BALTRA, 2011, p. 14), e que, com essa simples e limitada separação, não se faz justiça a territórios cheios de misturas e contrastes de populações, de construções culturais; espaços com características particulares que, para conseguir delimitá-los, normalmente, tem-se que usar cifras populacionais.

2.4 Brasil: Um Sistema Único de Saúde que nasce para o povo.

O Brasil, como república, começou tendo um não - sistema de saúde, como já vimos, de base particularmente assistencialista na primeira metade do século XX. Depois passou a ter um seguro social para os trabalhadores urbanos, pelas suas dinâmicas e projeções econômicas e, depois, com a Constituição de 1988, deu início à efetivação de uma Seguridade Social para todos e todas, que será o chão do Sistema Único de Saúde (SUS). As palavras na Constituição marcam uma rota: se a saúde é “um direito de todos”, todos terão direito à saúde, independentemente do poder aquisitivo; é assim como o SUS vai propor uma “sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminação ou privilégios” (SILVA, 2009, p. 41).

O SUS se constitui, então, como um sistema público, estruturado e guiado pelo sentido do interesse coletivo, em que todas as pessoas, independente de raça, crenças, cor, renda ou mesmo classe social têm direito ao serviço e, por ser um direito constitucional assegurado para toda a população brasileira, passou a ser responsabilidade solidária da União, estados e municípios. Os governos federal, estaduais e municipais, então, administram os recursos do SUS e os serviços são ofertados por organizações que devem prestar os serviços gratuitos para qualquer cidadão. Nos locais onde faltam serviços públicos, para que não falte assistência para as pessoas, se realizam contratações de serviços de hospitais ou laboratórios particulares, que se integram à rede SUS, seguindo seus princípios e diretrizes. Na atualidade, o SUS é um dos sistemas públicos de saúde com maior cobertura do mundo e o único que garante o acesso universal, integral, completamente gratuito e igualitário para toda a população no território nacional (ONUBR, 2013).

Em todos os níveis do poder público responde-se pelo serviço. No nível municipal, por exemplo, a figura do prefeito é quem se compromete por prestar ações e serviços de saúde em sua localidade, através da secretaria de saúde que trabalha exclusivamente para a gestão da

saúde municipal, sendo o Estado e a União, parceiros na oferta desse atendimento. Deste modo, é responsabilidade do município criar políticas públicas e aplicar as políticas nacionais e estaduais, coordenando, planejando e desenvolvendo as ações do SUS, usando recursos próprios, mínimo 15% de sua receita, segundo a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e os repassados pelo Estado e pela União. O governo estadual é responsável pelo planejamento e pela coordenação das ações do SUS no Estado, assim como também do apoio e a aplicação das políticas nacionais de saúde. Já o governo central, mesmo não sendo o principal responsável pela prestação dos serviços de saúde, é o maior financiador e o responsável pela criação de normas, o planejamento, a avaliação, seguimento e controle das ações do SUS em todo o país.

Os recursos são administrados, segundo a Emenda Constitucional nº. 29, pelos Fundos de Saúde e os Conselhos de Saúde. Os Fundos de Saúde recebem os recursos locais e os recursos transferidos pela União e os Conselhos de Saúde são responsáveis por acompanhar e fiscalizar os gastos. O atendimento tem duas características: se dá de um modo descentralizado e hierarquizado, com estratégias regionais de atendimento e parceria entre estados e municípios. Descentralizado porque no SUS cada tipo de enfermidade tem um local de referência para o atendimento, o ingresso ideal é através da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Estratégias Saúde da Família, etc.) e hierarquizado porque deve haver centros de referência dependendo da complexidade dos serviços, seguindo a sequência: unidades de saúde – município – polo – região, dependendo do atendimento.

No entanto, a população camponesa, que é de quase 30 milhões de cidadãos brasileiros, segundo o Censo Agropecuário de 2006 (IBGE, 2006), e que vive, majoritariamente, em condições de pobreza, não só pela falta de dinheiro, senão pelas poucas opções para ter qualidade de vida, como emprego, alimentação apropriada, moradia em condições dignas, saneamento básico, água potável e educação, tardou quase três décadas, desde a criação do SUS, para ter uma política exclusiva e inclusiva.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011) nasce fruto da luta dos movimentos sociais e busca melhorar as condições de saúde da população que, segundo essa portaria, tem seus modos de vida, produção e reprodução social associados à terra. A proposta reconhece, dentro do grupo de camponeses, além dos trabalhadores rurais, sejam estes assentados ou acampados, que morem ou não no campo e os agricultores familiares, as comunidades tradicionais e também a população atingida por barragens, entre outras.

Essa política, pelo menos a abordagem inicial, afasta-se dessa ideia que entende a saúde exclusivamente como ausência de doenças e retoma a concepção inicial de saúde como um bem-viver e como um bem-estar que tinham nossos indígenas antes da chegada dos europeus, reconhecendo que a saúde é “(...) determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 14). Esta postura leva a manifestar a necessidade das articulações interinstitucionais de diferentes setores da sociedade, que contribuam com a qualidade de vida da população do campo e da floresta, e de valorizar os seus conhecimentos e as práticas tradicionais, respeitando as suas subjetividades.

Esta proposta de atenção para a população do campo e da floresta no Brasil está projetada em quatro eixos: primeiro aplicando mecanismos para a promoção da equidade em saúde através da adoção de modelos de gestão e a ampliação da Atenção Básica para estas regiões, inclusive do aperfeiçoamento das urgências e emergências. Em segunda medida, aplicando ações para a prevenção. Neste eixo incluem-se as atividades de trabalho e o cuidado com o uso de agrotóxicos. O terceiro será o eixo da educação, uma educação permanente em saúde com foco nas populações alvo da proposta. Este eixo projeta cinco ações: uma inserção das equipes de saúde da família e dos profissionais em assuntos referentes ao campo; promoção de pesquisas voltadas à saúde destas populações; ajuda para a capacitação das lideranças sociais; impulso para a participação no SUS para o melhoramento desta política; e a aplicação de estratégias pedagógicas baseadas na educação popular que promovam a integração dos saberes e práticas de cuidado da população atingida. Ao final, o quarto e último eixo, monitora e avaliação do acesso ao serviço de saúde dos cidadãos.

A aplicação ou não desta política é algo que depende também da população que, muitas vezes, desconhece estes grandes avanços e limita sua ideia de saúde ao acesso ao profissional ou equipamentos de saúde. Por exemplo, em abril de 2015, durante o I Seminário Regional de Saúde e Qualidade de Vida do Pontal do Paranapanema, uma região no extremo oeste do estado de São Paulo no Brasil, identificou-se em entrevistas que a população, diante das perguntas sobre práticas espaciais que faziam referência à saúde, imediatamente referenciavam ao médico, à ambulância e aos medicamentos. Também no assentamento Bom Pastor, na cidade de Sandovalina, São Paulo, onde está se desenvolvendo parte deste projeto, as referências às práticas espaciais para cuidar da saúde, no meio de conversações informais, sempre aludiam a doenças e medicamentos. Até as críticas ao sistema de saúde faziam referência à permanência ou não da ambulância no posto de saúde, por exemplo, evidenciando

aparentemente para nós, o processo de normatização que esta população tem sofrido pelas campanhas e orientações que não as reconhecem.

2.5 Colômbia: A saúde entre o Estado e o Mercado.

Enquanto no Brasil o modelo vigente é um modelo universal, sem distinção de classe social, raça, orientação sexual ou religião, a população deve ser atendida, através de consultas com especialistas, fazer o pré-natal e o parto, ou exames laboratoriais, por exemplo, e tudo sem custos mesmo onde a iniciativa privada fica encarregada de tratamentos e procedimentos específicos. Já no sistema colombiano é mais um modelo segmentado, que atinge distintas frações da sociedade: os mais pobres, por exemplo. Neste tipo de modelo, o privado e o público se mesclam tanto na questão do financiamento quanto no atendimento.

Depois da constituição de 1991, como afirmamos anteriormente, a saúde não alcançou o grau de direito fundamental, senão de “serviço público de caráter obrigatório”. O governo colombiano abre a porta para a entrada da lei 100, de 1993, que cria o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), e com ele algumas entidades para administrar e prestar os serviços. Antes da Lei 100, os serviços de saúde eram ofertados por hospitais públicos, ou fundações de caridade. Para quem não fazia parte do Sistema de Segurança Social, praticamente, não havia esperanças de ser atendido, já que clínicas e hospitais recebiam recursos básicos e muito restritos.

Desde 1994, com a aplicação da Lei 100, o panorama mudou. A saúde começou a ser enxergada como um serviço fundamental, e foram criadas EPS, IPS, ARS, POS, FOSYGA e muitas outras siglas que além de confundir, começaram a oferecer liberdade aos usuários para escolher hospitais e centro de atenção, o que não garantia o serviço porque havia a possibilidade de ser negado. Para entender melhor o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde vamos por partes:

Criaram-se dois regimes de vinculação ao Sistema: Regime Contributivo e Regime Subsidiado. Ao Contributivo pertencem essas pessoas com renda e vinculação laboral, ou seja, pessoas que têm capacidade de arcar financeiramente. Estes são trabalhadores formais, independentes, aposentados e suas famílias, os que fazem mensalmente um aporte porcentual a seu salário, para uma Empresa Promotora de Saúde (EPS), encarregada de contratar para seus afiliados os serviços das Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS) que são, basicamente, clínicas, hospitais e centros de atenção. E o Regime Subsidiado é o mecanismo através do qual a população mais pobre do país, aquela sem capacidade de pagamento, tem

acesso aos serviços de saúde, sendo as Administradoras do Regime Subsidiado (ARS), as encarregadas de tutelar os recursos para este Regime.

Para acessar os serviços ofertados nas IPS, os usuários devem estar registrados numa EPS e, para isto, devem fazer a gestão da sua afiliação: os subsidiados, na secretaria de saúde da sua região, e os contributivos, ante as próprias EPS, através da empresa em que trabalha ou diretamente se forem autônomos. É ante a EPS que o usuário deve pedir a atenção primária em saúde e são elas as encarregadas da gestão dos serviços especializados e do acesso a qualquer medicamento, mesmo aqueles inclusos no Plano Obrigatório de Saúde (PSO). É ofertada uma lista de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos de obrigatoria execução das EPS, porém, só com previa autorização dos médicos da atenção primária.

Para uma EPS poder prestar seus serviços em alguma região do país, deve ter uma rede de IPS, parceria com clínicas e hospitais, que assegurem a atenção e o acesso dos usuários. Quando um usuário é atendido, à IPS envia a conta para cobrar a EPS, e estas últimas devem depositar o recurso. Aquilo que está incluso no POS é pago com o recurso do associado, e aquilo que não está incluso no POS é repassado pelo FOSYGA (Fundo de Solidariedade e Garantia), demonstrando que o serviço foi prestado e informando o valor dos medicamentos e dos custos operacionais para que as contas possam ser verificadas e, posteriormente, depositadas à EPS.

Para financiar todo este processo, o SGSSS recebe os recursos do lucro dos jogos de fortuna ou azar, a arrecadação dos associados do regime contributivo, os aportes das cooperativas, do Fundo de Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito (FONSAT) e do orçamento da Nação, dos departamentos e dos municípios. Contudo, os usuários, contributivos ou subsidiados e seus beneficiários, devem pagar uma taxa moderadora (COPAGO) por consultas, medicamentos, procedimentos ou tratamentos, dependendo do nível da sua afiliação.

Já com a população do campo, o assunto se agrava, porque embora a Colômbia não tenha tido uma ditadura militar, vive sim uma guerra de mais de 60 anos. Uma guerra relacionada com o uso e propriedade da terra e os mortos têm sido camponeses, principalmente. Durante mais de seis décadas, o campo colombiano tem sofrido violência e pobreza, essa realidade fica ainda mais grave quando reconhecemos que 94% do território colombiano é espaço rural e que, nos últimos anos, só 25% da população colombiana vive no campo (DANE, 2005). Muitos dos camponeses colombianos moram nas cidades por conta dessa guerra que tem deslocado milhares de famílias das zonas em disputa. Ante esta realidade no campo, vale a pena mencionar que 83% da população rural está no regime

subsidiado de saúde, sendo alvo do descuido e isolamento por parte do SGSSS (GÓMEZ, 2010). Sem querer entrar nessa discussão ainda, parece obvio que, diante dessas disputas, a realidade das populações do campo assim se explica: se o plano é tirar toda essa gente das terras, para que começar programas para melhorar a qualidade de vida nessas regiões?

A luta pela terra tem levado às populações do campo - indígenas, camponeses, afrodescendentes e comunidades Rom⁷ - a migrar para as cidades ou começar a lutar entre elas pelas poucas terras que lhes restam para compartilhar. Com movimentos e lutas passadas, os indígenas lograram benefícios sociais que os camponeses não têm ainda, por exemplo, constituindo as suas próprias ARS, que são, junto com as EPS, intermediárias do Sistema de Saúde e administram os recursos de saúde designados pelo regime subsidiado. Os movimentos camponeses não têm logrado êxito, o que tem provocado disputas entre indígenas e camponeses.

Depois de percorrer a história e as práticas espaciais que cuidam da saúde no Brasil e na Colômbia, podemos aprender muito destes dois países tão distintos, com idiomas, culturas e histórias diferentes, porém, com realidades que podem muito ensinar uma para a outra, ainda mais para as populações do campo que, através do tempo, têm vivido na margem da atenção dos governos.

Sobre as condições de infraestrutura no campo, não defendemos a ideia de que deva ser igual a aquela das cidades, uma vez que as necessidades do campo não são iguais às necessidades da cidade, nem suas realidades são as mesmas, pois esses territórios têm dinâmicas próprias e práticas espaciais diferem pelas suas variadas realidades. O passo seguinte foi analisar os resultados que estas duas propostas de atenção para a população do campo têm conseguido e como isto tem interferido nas práticas espaciais das populações. Esse será o motivo de continuarmos este estudo onde possamos escutar a voz dos protagonistas: camponeses e camponesas, indígenas, profissionais da saúde nas zonas rurais e responsáveis pelos serviços de saúde nas áreas estudadas no Brasil e na Colômbia.

⁷ A Comunidade Rom é um povo reconhecido pela Constituição colombiana com, aproximadamente, cinco mil ciganos em toda Colômbia, e quase mil e oitocentos na capital, Bogotá; cifras não oficiais já que o Povo Rom sempre tem estado contra os censos populacionais, devido a sua estratégia de supervivência que os faz ficar invisíveis, segundo afirma María Marcela Hoyos Quintero no seu texto “El pueblo Rom, Los gitanos, una cultura milenaria de tradición migratória”. Disponível em: <<http://base.d-p-h.info/es/fiches/dph/fiche-dph-6794.html>> Acesso em: 14 de setembro de 2015.

3. SAÚDE: ENTRE O DESENVOLVIMENTO E A VULNERABILIDADE

*Eu sou, sou o que deixaram.
Sou todos os restos do que roubaram. (...)
Sou América Latina, um povo sem pernas,
mas que caminha.
(Calle 13- Latinomérica)*

A grande maioria dos grupos de seres vivos procura a sobrevivência dos seus pares. Vários grupos de animais têm estratégias organizativas para proteger a vida dos seus iguais, a exemplo dos elefantes que ficam em volta dos mais novos, mais fracos ou doentes da manada; em algumas alcateias, os lobos mais velhos ficam em frente à matilha para guiar o caminho e, ao final, o macho alfa, atento, se mantém protegendo quem vai ficando para trás, em meio aos filhotes e aos doentes. Alguns exemplos que demonstram a importância que tem o cuidado da saúde nos grupos dos seres vivos e, como foi falado no primeiro capítulo, isso não foi diferente nas Américas. Nas culturas pré-colombianas, as grandes e pequenas civilizações e comunidades procuraram garantir a vida da sua população.

Podemos, então, pensar que um dos objetivos fundamentais dos grupos sociais, através da história, pode ter sido assegurar o direito à vida e, trabalhar pelo direito à assistência à saúde, foi a ferramenta para garanti-lo, como mostra a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no artigo 25, parágrafo 1:

“(...) toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e o bem-estar próprios e de sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”. (ONU, 1948)

Esta situação poder-nos-ia levar a pensar que a saúde é um assunto importante e que o mundo todo acredita e a reconhece como indispensável sem muita polêmica. Pensar a saúde como um fator fundamental para garantir a vida não é um pensamento novo, e os seres humanos têm trabalhado nisso na grande maioria das culturas e civilizações, para garantir a sobrevivência da sua população. Esta ideia poderia nos permitir pensar que a saúde da população está intrinsecamente vinculada ao desenvolvimento do coletivo, desenvolvimento sendo pensado como um conceito histórico e também espacial que, embora seja uma das palavras de moda neste último século, não se pode apresentar com uma única e estática definição. Desenvolvimento como um conceito que evolui, muda e se transforma conforme as ideias, crenças e valores que regem uma sociedade durante um período de tempo (DUBOIS,

2011). O desenvolvimento sendo pensado no amplo sentido, que implica mudanças e alterações do entorno das pessoas para melhorar sua realidade, para o grupo viver melhor.

Não seria preciso, então, argumentar a relevância da saúde da população para o desenvolvimento dos povos, uma vez que esse debate já foi feito e a mesma Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a sua indispensável necessidade, incluindo-a nos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM) e manifestando, por exemplo, durante a 53ª Sessão do Conselho Diretivo da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) realizada em 2014, que “(...) garantir uma vida sana e promover o bem-estar para todos em todas as idades” (OPAS, 2014, p. 3) é um objetivo central para conseguir um verdadeiro desenvolvimento. Todos os governos do mundo entraram no discurso de que a saúde é importante para o desenvolvimento e não há bibliografia argumentando o contrário. O único detalhe foi que não ficou muito claro o quanto a saúde é importante e para qual tipo de desenvolvimento. Nem tampouco para quem esse desenvolvimento ou como esse desenvolvimento seria.

3.1 Desenvolvimento e Subdesenvolvimento.

Este discurso da necessidade das comunidades em se desenvolver é muito frequente, como foi anunciado na introdução. É comum que auxílios financeiros, por exemplo, ou distribuições de alimentos e serviços estejam quase sempre acompanhados de exigências que não vão ser interesse nosso julgar como boas ou ruins, mas que aprofundam a ideia de que as comunidades do campo estão mais interessadas que o resto do mundo: cursos técnicos, capacitações, estratégias para que as comunidades se integrem aos projetos de desenvolvimento apresentados pelos governos de turno. Porém, nem sempre é possível e algumas comunidades não estão interessadas no desenvolvimento proposto, ficando, assim, esperando ajuda e serviços externos dos governos, fundações, igrejas, ONGs ou instituições, aguardando como agentes passivos, sem muito destaque.

No Peru, por exemplo, durante o governo de Alberto Fujimori (28 de julho de 1990 - 22 de novembro de 2000), aplicou-se um polêmico plano que usava a esterilização como programa de controle da natalidade. Segundo a comissão parlamentar independente estabelecida em 2002, foram 346.219 mulheres e 24.535 homens esterilizados nos últimos sete anos do mandato presidencial (BBC Mundo, 2011). Esse programa foi aplicado em nome do desenvolvimento do Peru e como solução para a pobreza extrema do país. Os afetados foram incluídos em troca dos serviços de saúde, alimentação ou usando a força. Na Colômbia,

depois da aprovação do Tratado de Livre Comércio (TLC) com os Estados Unidos em 10 de outubro de 2011 pelo congresso dos Estados Unidos e sua posterior vigência a partir de 15 de maio de 2012, proibiu-se a utilização de sementes que não fossem certificadas. Em nome do desenvolvimento foram jogadas no lixão da cidade mais de 60 toneladas de sementes de arroz, com a ajuda da Força Pública, que eram base da alimentação da população e fonte da produção de Campo Alegre, sul da Colômbia, região com tradição ancestral no cultivo de arroz (SEMILLAS EN PELIGRO, 2013). Também em nome do desenvolvimento, foi construída a Usina de Itaipu, entre o Brasil e o Paraguai. Os danos ao meio ambiente foi incomensurável, pois foram destruídas as Sete Quedas (MEU PARANÁ, 2012), que bem podiam ser consideradas uma das maiores maravilhas naturais do mundo. Os ecossistemas no território, as relações sociais da população e o interesse turístico da região não foram argumentos suficientes para parar o trem do desenvolvimento que foi abrindo caminho e acabando com tudo.

Só três exemplos do que acontece o tempo todo, o que acontece na América Latina e o que acontece no mundo, três exemplos que mexem diretamente com a saúde da população: sistemas de atenção, alimentação e meio ambiente. Espelhos que demonstram que os planos e projetos de desenvolvimento nem sempre se importam com a saúde e que poucas vezes têm como foco desenvolver as comunidades, senão enriquecer ou beneficiar alguns grupos econômicos. E, ao fim, o que fica depois dos projetos de desenvolvimento serem feitos, são comunidades pobres muito mais pobres e ricos empresários bem mais ricos; ao final, o que resta de muitos dos projetos de desenvolvimento é a iniquidade.

Em iniquidade nossa América Latina apresenta altíssimos níveis e, embora alguns países da região tenham crescido economicamente, a repartição da riqueza ainda nestas terras é extremadamente desigual (CEPAL, 2010). Essas desigualdades são multidimensionais e não só econômicas, são dessemelhanças no acesso a bens e serviços e à segurança, assim como ao exercício da cidadania e ao acesso à justiça. Essas iniquidades que terminam gerando exclusão, segundo Rogers (1995), acabam se vinculando com dimensões econômicas, sociais, culturais e particularidades étnicas; acabam gerando exclusão no mercado de trabalho, mínimas possibilidades de moradia digna e paupérrimos serviços comunitários, inclusive públicos. O que significa para as camponesas e os camponeses latino-americanos, o não acesso à terra, a insegurança e a violação dos seus direitos humanos.

Não existe equidade na distribuição de renda nos países latino-americanos. Segundo a Divisão de Estatísticas da Comissão Econômica para América Latina e Caribe⁸ (CEPAL, 2010), os países da região poder-se-iam classificar por seus índices de pobreza e indigência em vários grupos: um primeiro grupo com Argentina e Uruguai na ponta, que registram níveis menores de 15%; um segundo grupo com Chile, Costa Rica e Panamá, que estão no mesmo patamar, com índices que vão entre 15% e 30%; outro grupo com Brasil, Colômbia, México, Peru e Venezuela, que estão na faixa de 31% até 50%; depois Bolívia e Honduras, que apresentam níveis altíssimos de 50%; e, finalmente, os outros países da região que se localizam em níveis muito altos na situação de pobreza.

Após vinte anos de políticas neoliberais adotando as ‘desinteressadas’ orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) no continente, derivadas do Consenso de Washington (BATISTA, 1994), a nossa realidade socioeconômica é ainda pior. Segundo a CEPAL, nos anos 90 os níveis de desemprego na região aumentaram, levando os países latino-americanos e do Caribe a terem, atualmente, mais de 210 milhões de pobres, sendo que essa condição se enquadra na categoria de extrema pobreza ou de indigência, tendo reduzido, apenas, em 1%. Isso significa que nosso continente tem quase 100 milhões de pessoas que estão em situação de indigência.

Esta desigualdade, certamente, não é a única razão, porém, ao menos, deve ser um dos mais fortes motivos para o incremento da delinquência, uma vez que, para estas centenas de milhares de pessoas a fome, as doenças e a morte batem nas suas portas. Devido a essa situação extrema, algumas pessoas da população decidem assumir condutas duvidosas, adotando comportamentos ilegais para gerar renda. Tais situações podem ser mais fortemente refletidas nos centros urbanos, que acolhem grandes números de pessoas.

Atualmente, mais de 75% da população da América Latina e Caribe vive nas cidades, o que, paralelamente, aprofunda a crise de violência urbana na região que cresce a ritmos impressionantes (CEPAL, 2010). Muitos dos países do continente estão vivendo um incremento na violência, o que gera uma sensação de insegurança e um clima de medo, contribuindo para fortes medidas de segregação. Estes dados parecem reforçar a ideia de que o problema fundamental da nossa América Latina é a exclusão social e a desigualdade, produtos das estruturas socioeconômicas, das políticas públicas e, sobretudo, da dependência

⁸ CEPAL: Comissão Econômica para América Latina e Caribe: Divisão de Estadísticas. Unidade de Estadísticas Sociales, sobre a base de tabulações especiais das pesquisas de lares de cada país. Esta série não inclui estadísticas para Venezuela. Informação extraída do Site: 17 de Maio de 2016.

da região com os países autodenominados centrais, que desde as invasões vêm explorando o continente.

Qual é esse desenvolvimento que precisa de pobreza? Que, mesmo com economias fortalecidas com investimentos estrangeiros, grandes projetos de infraestrutura, construções épicas ou acordos multinacionais de milhões e bilhões de dólares, os níveis de pobreza dos países da região aumentam em vez de diminuir? Como, mesmo com a realidade que vivemos nos países latino-americanos, seguimos apoiando esse tipo de medidas, esse tipo de propostas, esse tipo de projetos?

É um desenvolvimento pensado para beneficiar a certo tipo de países: países industrializados, por exemplo, onde 26% da população têm 78% da produção mundial, 81% do consumo de energia e 87% do armamento mundial. Um desenvolvimento que necessita que os países em processo de desenvolvimento ou países de terceiro mundo, invistam mais em armamento que em saúde. Um desenvolvimento que, para alimentar os animais, precisa-se usar 47% da produção de cereais, mesmo com os níveis de desnutrição e morte que atingem na atualidade os países da região (ESCOBAR, 2007). São estas cifras e são estas estatísticas que ajudam a enraizar o discurso de desenvolvimento da política latino-americana, uma política que segue beneficiando os países centrais.

Analisar as consequências que as políticas que beneficiam os países centrais têm causado na nossa região não será um assunto aprofundado neste texto, até porque não é objeto da nossa pesquisa e também porque outros autores têm refletido a respeito. Segundo Eduardo Galeano, que afirmou em *Las Venas Abiertas de América Latina*, para os Estados Unidos conseguirem reinar nestas latitudes, necessitaram, por exemplo, de um Império Britânico que nos dividisse; precisou de um continente de países desligados entre si, mesmo com povos que compartilhavam tradições, territórios e até idioma, pois, depois das invasões, acabamos falando, fundamentalmente, espanhol e português, dois idiomas da mesma origem (GALEANO, 2004). Mesmo sendo filhos da mesma terra, todos os países latino-americanos seguem se identificando com seu próprio porto. Mesmo todos sendo Filhos do Milho⁹, os mexicanos só reconhecem os *tacos*¹⁰, na Nicarágua e Honduras, defendem os *nacatamales*¹¹,

⁹ Contam os mais velhos das montanhas de El Salvador que, nos tempos de antanho, chegaram às suas terras as quatro cores do milho em forma de pessoas: marrom, branco, amarelo e preto. Quatro, dentre homens e mulheres, que estiveram com eles, quatro temporadas de chuvas espalhando a vida, criando comunidades, semeando milho desde os vales até as montanhas, em todo lugar, trabalhando com as pessoas para colher da Terra Mãe o que ela tinha para entregar e conseguir, assim, preservar a vida. Lendas como esta se repetem em cada uma das comunidades americanas, desde o México até a Argentina. Todas elas narram como somos filhos e filhas do milho (BRAVO, MONTEVERDE, 2012).

¹⁰ Os tacos são uma comida típica da culinária mexicana, que consiste em uma tortilha feita à base de milho, que pode ser recheada com carne picada, frango, carne de boi ou porco, queijo, alface e, às vezes, tomate. Come-se,

as *arepas*¹² na Colômbia e na Venezuela, enquanto que os brasileiros conhecem as *pamonhas*¹³ e os argentinos, os *locros*¹⁴. Cada um defende ser diferente e acaba comendo um hambúrguer no *McDonalds*. Acabamos negando nossas raízes e a nossa identidade real, o que fortalece a ideia que aquilo que vem de fora é melhor.

Esse discurso de desenvolvimento tem quebrado as relações dos povos americanos e, divididos, somos mais vulneráveis. Compreender o desenvolvimento como um discurso produzido historicamente implica, segundo Escobar (2007), em entender as razões dos governos latino-americanos em se auto reconhecerem como ‘subdesenvolvidos’ após o final da segunda guerra mundial. O interesse e a necessidade em se ‘desenvolver’ como prioridade e problema fundamental, e as razões para se embarcar em projetos para se ‘des-subdesenvolver’, acaba por obrigar seus povos a sofrerem intervenções cada vez mais radicais, intensas e violentas. Compreender o desenvolvimento como um discurso, permite, ao final, entender a sutil arte da dominação dos países centrais. Reconhecer o desenvolvimento como discurso de dominação possibilita enxergar a enfermidade que sofremos como sociedade, perceber aquilo que afetou nosso inconsciente coletivo e, possivelmente, pode nos permitir entender os motivos pelos quais, mesmo enxergando a devastação, defendemos aos devastadores.

Foi o suíço Carl Gustav Jung (1978) o primeiro em usar o conceito de Inconsciente Coletivo, fazendo referência àquilo que não sabemos de nós mesmos, ou seja, aqueles sentimentos, pensamentos ou comportamentos que não são regidos pelo *eu*¹⁵. Existe, segundo

tradicionalmente, com as mãos, como um sanduiche.

¹¹ O nacatamal é uma comida típica da Nicarágua e muito popular também em Honduras. Consiste em uma massa feita à base de milho que leva carne, vegetais e arroz, entre outros ingredientes, dividida em porções, cozinhada e embrulhada em folhas de banana. Muito popular para as festividades como Natal.

¹² As arepas são pequenos bolinhos de milho moído ou de farinha de milho pré-cozido, fritos ou assados, populares e tradicionais nas culinárias da Venezuela e Colômbia. Podem ser comidas puros, mas também recheados com vários ingredientes como frango, carne de boi, queijo ou presunto.

¹³ A pamonha é uma comida tradicional do Brasil, embora em cada região sofra alterações, podendo ser doce ou salgada, dependendo dos recheios usados: queijo, coco ralado, linguiça ou frango, entre muitas outras opções. Consiste em uma massa básica feita de milho verde ralado, misturado ao leite e sal ou açúcar dependendo do gosto. Essa massa é cozinhada embrulhada com a própria casca do milho.

¹⁴ O locro é uma sopa de tradição argentina, que por várias centenas de anos tem sofrido variações na sua receita original. No entanto, ainda restam um bocado de características únicas que diferenciam essa sopa, como, por exemplo, o uso de milho, carne e abóbora. Assim como todo cozido, os sabores se combinam e são intensificados com o tempo, e, por isso, o locro deve ficar no fogo entre 3 e 8 horas, para que a abóbora se transforme em um purê e a sopa consiga uma cor alaranjada.

¹⁵ O conceito do *Eu*, ou também chamado de *ego*, faz parte da teoria psico-analítica de Freud e define uma parte da personalidade que se expressa através do princípio da realidade. Na psicanálise freudiana, três elementos conformam a personalidade: O id, o ego e o superego. No Id se localizam as pulsões, aquelas características próprias do sistema inconsciente e é regido pelo princípio do prazer. O Ego é a parte da personalidade que estabelece o equilíbrio entre os pedidos do id, as exigências da realidade e as ordens do superego, e a personalidade que se mostra, a verdadeira personalidade que decide se segue os impulsos do Id ou as limitações do Superego. No fim está o Superego, que é a caixa das proibições, dos limites e da autoridade. Ele está além do

o autor, uma grande região da nossa alma que é governada pelo inconsciente, que pode ser pessoal ou coletivo. O inconsciente pessoal é o lugar que, segundo Freud (GESELDA; AGUIAR, 2007), encontra-se o que foi esquecido, escondido ou reprimido por cada pessoa, e o inconsciente coletivo, por outro lado, não representa aquilo que a pessoa viveu, mas sim o que a humanidade como um todo viveu.

O inconsciente está composto não só por características pessoais, mas também por características impessoais e coletivas, sob a forma de categorias herdadas, o que Jung chamou de Arquétipos. Na sua teoria, o inconsciente, em seus níveis mais profundos, “(..) possui conteúdos coletivos em estado relativamente ativo, por isso o designei inconsciente coletivo” (JUNG, 1978, p. 127). A importância do conceito de inconsciente coletivo é que todas e todos participamos como um conjunto; a humanidade toda está em nós, com suas lendas, crenças, fábulas, contos, experiências e, também e porque não, as suas opiniões sobre determinados grupos ou pessoas. O que nos faz pensar que acreditar que um grupo é central e outro periférico, que um país é desenvolvido e outro atrasado ou que um coletivo de pessoas é civilizado e outro primitivo, pode ser uma ideia que faça uma marca no inconsciente coletivo da humanidade.

3.2 O Complexo do Subdesenvolvimento.

Para explicar o que chamaremos de Complexo do Subdesenvolvimento nos capítulos seguintes, devemos começar entendendo que um complexo, para Jung, é o conjunto de imagens, ideias ou conceitos cheios de cargas emotivas, ligados a um ou mais arquétipos, que muitas vezes ficam afundados no inconsciente e que, na maioria das oportunidades, não são percebidos pelo *Eu*. Jung afirma que os complexos não são negativos ou positivos, porém, seus efeitos podem sê-los; entenderemos, para esta exemplificação, os complexos como essa variedade de atitudes e sentimentos inconscientes, por alguma experiência, que acaba influenciando na personalidade (JUNG, 1978). E entenderemos como Complexo de Subdesenvolvimento a sensação de inferioridade do oprimido que defende o opressor e que distingue os povos denominados de periféricos ou, arbitrariamente, países do Terceiro Mundo. Este termo nasceu, entre outras coisas, para caracterizar as nações que não fizeram parte de nenhum dos dois blocos da Guerra Fria: Primeiro Mundo, o bloco capitalista, e Segundo Mundo, o bloco comunista, e que depois foi alcunhado para agrupar os países que

chamaram de subdesenvolvidos. O Complexo de Subdesenvolvimento, sem intenção de aprofundar nas variáveis psicológicas e com o objetivo, unicamente, de exemplificar essa atitude que poderíamos perceber muito comum na população latino-americana e do Caribe, seria aquela sensação de inferioridade e de dependência do povo explorado, que mesmo sendo oprimido e abusado, busca e necessita da aprovação do invasor.

Já Frantz Fanon (1979) analisava as estruturas de dominação dos povos invadidos, quando escrevia em seu livro *Os Condenados da Terra*, que são os invasores os que têm feito e continuam fazendo ao invadido. Esta oposição é marcada pelo racismo contra o colonizado e pela aceitação do colonizado dessa dominação em que, por exemplo, no caso da invasão à África, os dominados acabam vivendo um complexo em que passam a se negar como negros a fim de se entender como "negro-branco". Afirma Fanon:

Todo povo colonizado, isto é, todo povo no seio do qual nasce um complexo de inferioridade, de colocar no túmulo a originalidade cultural local - se situa frente-a-frente à linguagem da nação civilizadora, isto é, da cultura metropolitana. O colonizado se fará tanto mais evadido de sua terra quanto mais ele terá feito seus os valores culturais da metrópole. Ele será tanto mais branco quanto mais tiver rejeitado sua negrura [...] (FANON, 1979, p. 33)

Fanon explica que, entre as estratégias usadas pelo conquistador, pode se pensar na alienação, que tem o objetivo de persuadir aos invadidos que devem ser salvos das trevas, sendo mantidos longe da barbárie que vivem. O autor assegura que,

[...] no plano do inconsciente, o colonialismo não pretendia ser visto pelo indígena como uma mãe doce e bondosa que protege o filho contra um ambiente hostil, mas sob a forma de uma mãe que a todo momento impede um filho fundamentalmente perverso de se suicidar, de dar livre curso a seus instintos maléficos. A mãe colonial defende o filho contra ele mesmo, contra seu ego, contra sua fisiologia, sua biologia, sua infelicidade ontológica (FANON, 1979, p. 175).

No caso da América Latina, não só a realidade mudou depois dos processos de colonização e não só os povos nativos foram devastados ou doutrinados. No momento que o inconsciente coletivo adotou e começou a defender esse processo, acabamos nos reconhecendo como menos, aceitando que somos países do Terceiro Mundo. Acabamos comprando a ideia do subdesenvolvimento; terminamos sendo povos que precisam do exemplo das nações que se autodenominaram centrais para justificar nossas decisões.

Em homenagem a cultura americana nativa, quisemos dar o nome de Complexo de Catalina a essas características que temos exemplificado, já que a vida dessa mulher indígena resume o que aconteceu com nosso continente. Essas informações foram tomadas do ensaio

publicado pela Academia de História de Cartagena de Índias “*Entre las huellas de la India Catalina*” (JOIRO, 2006):

3.2.1 A Índia Catalina.

A Índia Catalina, sobrinha de caciques importantes de Cartagena, região norte da Colômbia, é uma das mais famosas personalidades indígenas deste país. Desconhece-se seu verdadeiro nome, sendo nomeada dessa forma depois de ser sequestrada pelos espanhóis quando ainda era criança. Foi educada e doutrinada na religião católica em um convento em Santo Domingo.

Trabalhou como tradutora dos espanhóis na conquista das terras colombianas e difundiu o cristianismo entre os nativos, evangelizando à própria *Cacica de Zamba*¹⁶. Introversa e tímida, sua vida foi uma contínua viagem incerta, desde que foi arrebatada da sua terra e afundada à força numa outra cultura. Segundo o presidente da Sociedade Colombiana de Psicanálise, sua identidade esteve profundamente afetada, pois ela recebeu sua cultura, sua língua e as principais referências com as figuras indígenas antes do sequestro e, logo após, ao se modificar todas suas figuras de identificação, a personalidade da Índia Catalina carece de identidade. Segundo o presidente, é muito provável que Catalina não conseguisse, em toda sua vida, se reconhecer como indígena, nem como espanhola (JOIRO, 2006).

Não existem provas de que vestisse roupas indígenas, como mostra a estátua em sua honra na cidade de Cartagena de Índias. Ao contrário, parece claro que se vestia como uma dama espanhola da época. Catalina, nem espanhola nem indígena, acaba sendo umas das principais ferramentas para a vitória dos conquistadores na região, motivada pela redenção do seu povo, pecador na visão cristã, pareceu ter agido com certeza ideológica cristã.

3.2.2 O Complexo de Catalina.

Com a história da Índia Catalina, exemplificamos a realidade que vive a população dos territórios colonizados. Esse complexo, que segundo Fanon (1979), acaba fazendo o negro negar-se como negro para pretender ver-se como "negro-branco", e enxergar a posição subalterna que vive o povo invadido, atitude impressa no inconsciente coletivo. Acabamos

¹⁶ Catalina era da Tribo de Zamba e era filha do Cacique de Zamba, governante dessa tribo pertencente à etnia Caribe, chamada Mokana. À sua volta outra chefe indígena comandava a tribo: a Cacica de Zamba.

sendo como Catalina, um povo sem identidade, uma cultura sequestrada e doutrinada nos costumes europeus, batizados sob outra lógica, que desconheceu o nome dado pela cultura onde nasceu. A atual identidade, de nos sentirmos ‘americanos’, é um exemplo claro de que desconhecemos nosso nome, já que América foi o nome dado pelos invasores. Parece algo simples, mas ter um nome é um dos direitos fundamentais dos seres humanos (ONU, 1948), pois o nome permite a identidade. A Índia Catalina recebeu esse nome dos espanhóis, que desconheciam sua história, seu passado e o nome dado pelo seu povo, como aconteceu com este continente americano.

Essa falta de identidade do povo latino-americano, assim como aconteceu com a Índia Catalina, nos deixa presos no meio de, pelo menos, dois mundos: sem sermos europeus, procuramos um estilo de vida similar e, reconhecendo que não somos, terminamos agindo de forma indiferente ante as realidades da região. Isso acaba nos tornando indecisos, sempre necessitando argumentar as nossas decisões baseadas na realidade dos países centrais, os que acabamos considerando o exemplo óbvio para ser imitado.

Assim como Catalina, nem indígena nem europeia, a população latino-americana acaba parecendo nativo vestido de festa medieval, e nos tornamos ferramentas úteis para os objetivos das nações centrais. Trabalhando com devoção religiosa, acreditando cegamente na causa, esperando, com isso, redimir nosso povo.

Uma das principais características deste Complexo é a relação que acaba se estabelecendo entre o conquistador e o conquistado, entre o explorador e o explorado. Assim como com a Síndrome de Estocolmo, quando a vítima acaba se apaixonando pelo seu sequestrador. No caso desse continente, o povo explorado termina defendendo a ideia do seu explorador, reconhecendo sua incompetência e a sua necessidade de ajuda e aprovação, um povo que não acredita no que sabe e que termina conhecendo mais sobre seu opressor que sobre si mesmo. Um povo com Complexo de Subdesenvolvimento é, como foi nossa Índia Catalina, o instrumento perfeito para que o tirano consiga sua empreitada.

O triste não é o que o mundo todo pensa sobre nós, se eles entendem ou não a nossa realidade como desenvolvida, se nos enxergam como do primeiro, terceiro ou último mundo; o verdadeiramente triste é constatar que nós mesmos acreditamos nisso. Nossos governos, nossos meios de comunicação, nossos povos, em nossos discursos diários, acabamos nos reconhecendo como fora da linha do desenvolvimento, como atrasados e, desde o nascimento do conceito nos anos 50, somos e nos acreditamos subdesenvolvidos. Nosso inconsciente coletivo adoeceu, de modo tão profundo, que continuamos enfermos e complexados.

Esta convicção de estar por natureza errados, necessitando da orientação daqueles que sabem e conhecem, porque estão no centro do mundo, sendo países do primeiro mundo, acabou convencendo a população mundial, ou pelo menos àqueles que dispõem sobre os recursos dos povos, que esse tipo de desenvolvimento devastador é a rota. Saber para onde leva esse caminho, não acaba importando muito. Sentir as consequências e perceber os resultados não termina sendo argumento suficiente para avaliar essas decisões. Já na Conferência das Nações Unidas sobre o desenvolvimento sustentável, realizado no Rio de Janeiro em 2013, o presidente do Uruguai, Pepe Mujica (2010 a 2015), perguntava se o modelo de desenvolvimento e consumo ideal é aquele das sociedades ricas. Se fosse assim, questionava, “(...) o que aconteceria com este planeta se os indianos tivessem a mesma proporção de autos por família que têm os alemães? Quanto oxigênio sobraria para poder respirar?” (HISTÓRICO DISCURSO DE JOSÉ MUJICA EN LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ONU, 2013).

Para este político latino-americano, o desenvolvimento não pode estar contra a felicidade humana, tem que estar a favor. Para ele, tem-se criado uma civilização filha do mercado e da concorrência, que criou sociedades de mercado quando os seres humanos já não governam sociedades em que a economia e o mercado comandam. Se a economia parar, surge o fantasma da estagnação e do subdesenvolvimento e isso não pode ser permitido, ao contrário, deve ser evitado aconteça o que acontecer.

3.3 O Desenvolvimento Sustentável.

Esta visão de desenvolvimento que temos comentado está vinculada ao conceito de ‘ter’ e não de ‘ser’, quando o bem-estar se reduz à quantidade de ‘algo’ que ‘alguém’ possui – terras, dinheiro, casas, empresas, isto é, uma ideia de desenvolvimento, tradicionalmente, medida com indicadores econômicos em que se avaliam os processos de maior ou menor crescimento monetário, a distribuição da riqueza e, algumas vezes, até os níveis de industrialização, mesmo tendo, desde finais dos anos 60, uma dimensão social do desenvolvimento (BIFANI, 1997). Mas pensar um desenvolvimento que pondera a economia, não permite divisar as necessidades da população, pois, inviabiliza muitos outros fatores que têm a ver com o cotidiano, o bem-estar, desde o conceito de ‘ser’ e não de ‘ter’, a qualidade e as condições de vida dos povos. Por isso, é interessante falar de um desenvolvimento que integre dimensões ambientais, econômico-produtivas e também sociais (PIÑEIRO, 2010).

Este tipo de desenvolvimento foi nomeado Desenvolvimento Sustentável na Conferência de Estocolmo, em 1972, mas só em 1989 é oficializado por meio do documento ‘Nosso Futuro Comum’, da Comissão Mundial do Meio Ambiente e Desenvolvimento. Em 1992 é assumido por vários setores, sendo consolidado na Conferência do Rio (1992), na Cúpula da Terra, quando o desenvolvimento sustentável foi o assunto central do debate (AROCENA E PORZECANSKI, 2010).

Vale à pena ressaltar que o desenvolvimento sustentável não procura o estado inalterável da natureza e sim, incorporar um olhar de longo prazo no uso dela, fugindo da ideia de ‘exploração’ para passar ao conceito de ‘manejo’ dos recursos naturais, ressaltando a importância de pensar nas futuras gerações e defendendo a necessidade de que o investimento dos recursos, naturais e econômicos, junto com o esforço do talento humano, esteja orientado para satisfazer as demandas, atuais e futuras, da população (RAMÍREZ; SÁNCHEZ; GARCÍA, 2004). Um desenvolvimento sustentável deve nascer de uma resignificação e de uma ‘re-priorização’ dos conceitos e dos valores, que precisa eliminar todo tipo de dominação sobre a natureza ou sobre os seres humanos.

Um desenvolvimento sustentável precisa de uma relação diferente com a natureza, uma relação de reciprocidade. No começo da vida na terra,

“(…) sobreviver seguramente consistiu em impor-se às forças naturais, (...) hoje, sobreviver implica controlar variáveis muito mais sutis e complexas, próprias de uma sociedade tecnológica (...). Para isso é preciso impor uma revolução conceitual para alcançar resultados satisfatórios nestes renovados combates pela Terra, muito diferentes daquelas batalhas campais em que o ser humano do Paleolítico dirimia a sorte singular com o veado ou com a fera. Agora a sorte é plural. Afeta-nos a todas na mesma medida, ainda que, frequentemente, o responsável dessa sorte coletiva seja um só, ou, ao menos, uma só espécie: a humana” (GUIMARAES; PICKENHAYN; LIMA, 2014, p. 22).

Então, se o ser humano, como espécie, procura o desenvolvimento, não é possível falar de um desenvolvimento se algum membro da espécie estiver em situação de vulnerabilidade. Não é possível falar de desenvolvimento sustentável enquanto não forem erradicadas a fome e a desnutrição, por exemplo, como manifesta o diretor geral da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), José Graziano da Silva: “(...) o desenvolvimento não pode se tornar sustentável enquanto persista esta situação, enquanto um de cada sete homens, mulheres e crianças fiquem atrás, vítimas da desnutrição” (FAO, 2012).

3.4 Saúde e Desenvolvimento: O Debate da Soberania Alimentar.

O desenvolvimento deveria garantir o bem-estar dos povos, com alternativas para usar e manejar os recursos naturais e que não deixem em risco as atuais e as futuras gerações. Desde o tempo da invasão europeia, vêm se impondo, no continente, ideias de desenvolvimento que comprometem o meio ambiente, a biodiversidade, as espécies nativas, as fontes naturais e até mesmo a população.

A globalização e as políticas neoliberais que têm sido aplicadas de forma autoritária como um único modelo de desenvolvimento, têm provocado a deterioração dos ecossistemas, extinguindo a biodiversidade, afetando a heterogeneidade cultural e comprometendo o bem-estar da população. É um modelo que se caracteriza, principalmente, por discursar sobre os benefícios que traz enquanto gera exclusão e miséria, empobrecendo territórios ricos em culturas e biodiversidade e impondo decisões devastadoras. Porém, única coisa que consegue aumentar é a dívida ecológica que se tem há mais de 500 anos e as contas bancárias dos interessados neste tipo de medidas socioeconômicas.

A necessidade de um crescimento econômico que se vale do sistema neoliberal imposto ao longo do século XX, na maior parte do planeta, como modelo único, avantajou as fronteiras dos países ricos e tem afetado as nações do denominado 'terceiro mundo'. Para controverter este modelo e as suas doutrinas, é necessário desmentir suas falácias e saber que aquilo que divulga não é verdade, que aquele comércio livre, não é tão livre senão imposto, baseado em relações fortemente desiguais e regulado em função dos interesses do capital transnacional. Aquela famosa mão invisível que regula o mercado é, simplesmente, uma das extremidades das empresas transnacionais que controlam 75% do comércio mundial. Nessa lógica, o comércio agrícola, particularmente, está dominado pelos países autodenominados centrais, os que monopolizam 70% das exportações e importações mundiais (ESCOBAR, 2007).

Depois do Consenso de Washington, em 1989, como foi abordado no capítulo anterior, a economia dos países sul americanos mudou, graças, em grande medida, às imposições dos processos de liberalização comercial que levou, por exemplo, muitos dos produtores de alimentos à falência por não poderem competir com os produtos subsidiados das grandes corporações alimentares estadunidenses ou europeias. Tal atitude motivou a importação de alimentos, afetando a produção nacional e agredindo, diretamente, a soberania alimentar dos povos, uma vez que impôs uma igualação nos sistemas de produção e diminuição na diversidade dos produtos (GALEANO, 2004).

A alimentação é um fator muito importante para a saúde, pois pode contribuir para uma vida melhor. Muitos estudos asseguram que uma alimentação saudável pode prevenir, por exemplo, a diabetes, as doenças cardiovasculares, a osteoporose e até o câncer (MARTINEZ, J.A; ASTIASARÁN, I; MADRIGAL, H, 2002). Porém, e embora o direito à alimentação dos povos esteja incluso na declaração dos DDHH e tenha sido ratificado pelos países membros da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO), na Cúpula Mundial de Alimentação, realizada em 1996, na cidade de Roma, os governos latino-americanos, longe de colocar em prática as ideias básicas propostas para fortalecer a soberania alimentar, aceitam as diretrizes do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional, da Organização Mundial do Comércio ou das intuições financeiras internacionais para aplicar modelos que impõem mudanças estruturais e deixam em risco os camponeses e produtores agrícolas.

Na semana do dia 3 ao dia 7 de setembro de 2001, em La Havana, Cuba, realizou-se o Fórum Mundial sobre Soberania Alimentar, quando as discussões levaram à conclusão que só estaremos na rota de garanti-la de uma forma douradora e sem riscos, no momento que cada povo possa definir suas próprias políticas e modelos sustentáveis de produção. Essa independência também teria que influenciar a distribuição e consumo dos alimentos, garantindo o direito à saúde, que implica, além dos serviços de atenção, em um direito a uma alimentação saudável, em que sejam respeitadas a diversidade cultural dos camponeses, indígenas, ciganos, pescadores e pequenos produtores agropecuários e que seja promovida uma comercialização e uma gestão dos espaços rurais justa, atendendo equitativamente as necessidades de toda a população.

Segundo o professor José Giacomo Baccarin, da Unesp, no módulo I do curso em Segurança Alimentar e Nutricional, a noção de Soberania Alimentar, normalmente, é relacionada à ideia da “autossuficiência nacional, de se garantir a produção de alimentos no próprio território, com forte preocupação geopolítica”. Porém, existe outra noção que entende a Soberania Alimentar como a

“(…) promoção do direito dos povos de definir suas políticas e práticas alimentares, o que exige a manutenção do campesinato, a reforma agrária (quando necessária), o apoio aos mercados locais e o respeito das tradições alimentares. Questionamentos a esta posição está muito ligada à capacidade de manter a disponibilidade em um mundo tão urbanizado” (BACCARIN, J. G.; OLIVEIRA, M. R., 2016)¹⁷.

¹⁷ BACCARIN, J. G.; OLIVEIRA, M. R. M. *Módulo I: Soberanía, Seguridad Alimentar y Nutricional y Derecho Humano a la Alimentación Adecuada en las Políticas Públicas*. Curso en Seguridad Alimentaria y Nutricional: Brasil – Ecuador. UNESP-UTPL. Loja, Ecuador. Agosto, 2016. *Nota de aula*.

A FAO, no Fórum de 2001, chegou à conclusão de que a Soberania Alimentar dos povos também deve reconhecer uma agricultura com camponeses, indígenas, comunidades negras e grupos de pescadores, entre outros, vinculados ao território, dirigindo esforços à satisfação das necessidades dos mercados locais e nacionais. Este tipo de estratégias requer o reconhecimento da pluralidade, da tradição cultural e da multiplicidade étnica das nações, além do respeito pela identidade dos povos originários, o reconhecimento da autonomia pelo manejo dos territórios, dos recursos naturais, e a gestão do espaço rural, sementes, formas organizativas e conhecimentos ancestrais.

Além disso, e como principal questão, enfatizou-se que a Soberania Alimentar implica na garantia de todas as pessoas a uma alimentação saudável e suficiente, como condição para o exercício pleno dos direitos dos cidadãos, que contribua a garantir o principal direito: o direito à vida e, claramente, o direito à saúde, especialmente para esses setores mais vulneráveis. Desde esta visão, a Soberania Alimentar reivindica a aplicação dos princípios da agricultura sustentável e uma visão de desenvolvimento respeitosa com a biodiversidade.

3.4.1 Saúde e Alimentação

Um desenvolvimento que não olhe para a Soberania Alimentar e Nutricional e que não perceba a relação dela com a saúde, será um desenvolvimento insustentável, com políticas públicas assistencialistas incapacitadas para enxergar os processos de cada comunidade e que acaba investindo o seu orçamento em ações curativas e não preventivas. Um exemplo disto é que

“(...) cada criança que sofre um retrocesso no seu desenvolvimento físico ou cognitivo por causa da fome e da má-nutrição corre o risco de perder entre 5% e 10% da sua renda ao longo da sua vida. Em escala mundial cada ano em que a fome se mantém nos níveis atuais está causando mortes e prejuízos que significarão perdas na produtividade futura os países desenvolvidos, de um valor atual, igual ou superior, aos 500.000 milhões de dólares” (FAO, 2004, p. 5).

Segundo a FAO, os majoritariamente afetados pela fome são as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos, porém são os recém-nascidos os que sofrem danos irreversíveis, danos que acrescentam os custos no serviço e atenção dos sistemas de saúde:

“(...) os lactantes com baixo peso ao nascer correm um maior risco de morrer nos primeiros anos de vida, de padecer atraso no seu crescimento, físico e cognitivo durante a infância, de ter capacidades limitadas para trabalhar e obter renda na etapa adulta e, no caso das mulheres, de ter filhos também com insuficiência. Em

comparação com os lactantes normais, o risco de mortes é quatro vezes maior. (...) Os lactantes com baixo peso ao nascer também sofrem níveis notavelmente mais elevados de má-nutrição e atraso no crescimento na infância e na etapa adulta” (FAO, 2004, p. 8).

Nesta lógica, os problemas vinculados à fome, não só tem a ver com má-nutrição de camadas pobres da população, como envolve futuros problemas geracionais.

Segurança Alimentar não é só ter alimentos na mesa, mas alimentos de qualidade. E Soberania Alimentar implica, como foi analisado anteriormente, no direito dos povos de definir suas práticas alimentares. É imperativo ter em conta a qualidade dos produtos lembrando que a “(...) alimentação deve cobrir com plena eficiência o conjunto de necessidades nutricionais impostas por este fluxo constante do organismo humano” (OVIEDO. p, 46. 1991). Nesta ordem de ideias, é preciso refletir sobre quatro fatores indispensáveis quando se fala de qualidade dos alimentos: a) a quantidade: “a alimentação deve ser suficiente para cobrir as exigências calóricas do organismo e manter o equilíbrio”; b) a qualidade: “a alimentação deve ser completa para oferecer ao organismo, que é uma unidade indivisível, todas as substâncias que o integram, cada uma delas na quantidade em que contribui a dita integração”; c) o equilíbrio: “a quantidade de princípios nutritivos que integram os alimentos devem guardar entre si uma proporção determinada”; d) a adequação: “os alimentos devem estar subordinado ao organismo que os consome” (Ob. Cit.).

Esta realidade exige para o seu conhecimento atividades de divulgação sobre a forma de acessar uma nutrição adequada, principalmente para as populações em situação de vulnerabilidade, ainda mais se prestamos atenção aos argumentos da Lowenberg (1968), que afirma que todos nós necessitamos dos mesmos nutrientes ao longo das nossas vidas, porém, para cada indivíduo, muda de acordo com a idade, o gênero, o tamanho corporal, o peso, a atividade e o estado físico, e até as condições climáticas onde mora. Com base neste posicionamento da autora de *Food and man*, faz-se preciso analisar a alimentação em função de populações específicas e, por este motivo, procurar políticas públicas que dialoguem com as regiões, as sociedades, as culturas, as famílias e os indivíduos. Isto sugere, também, misturar políticas gerais com particulares, divulgação, prevenção e atenção nos serviços de saúde, campanhas nacionais, regionais e locais.

Um desenvolvimento que tenta ser sustentável, que olha para a população e que se importa com as pessoas, é um desenvolvimento que prioriza a saúde, e nessa ordem de ideias, um desenvolvimento que investe na alimentação da sua população, alimentação esta suficiente, de qualidade, equilibrada e adequada. Seriam quatro pontos que, segundo a FAO,

em seu encontro de 1996, deveriam ser o eixo para o planejamento de políticas públicas que, além de contribuir com uma melhor alimentação, possam ajudar na prevenção e promoção da saúde: Em primeiro lugar, a possibilidade de desfrutar comendo alimentos variados, os quais permitam combinar diversos alimentos de diferentes grupos alimentares, conseguindo alcançar as necessidades nutricionais, principalmente, reconhecendo o forte vínculo entre alimentação e saúde. Em segundo lugar, o compromisso de comer o suficiente, para cobrir as necessidades nutricionais que vão mudando ao longo da vida, necessidades energéticas, por exemplo, nos períodos de maior risco como são a gravidez, a infância, os tempos de doenças e a velhice; os excessos de consumo ou os desequilíbrios alimentares. Terceiro, a obrigação pela qualidade dos alimentos, que não é só responsabilidade dos produtores e distribuidores, senão dos consumidores que, normalmente, passam despercebido neste aspecto. Finalmente, a necessidade de manter uma vida ativa, já que muitas das doenças crônicas estão relacionadas com a alimentação e as pautas de atividade física (FAO, 1996).

Isto seria o que, segundo a FAO, deve se ter em conta no momento de pensar em políticas públicas que tenham como objetivo central a Segurança Alimentar e a Saúde, entendendo a influência da saúde e da alimentação no desenvolvimento de uma sociedade, já que a desnutrição, assim como põe em risco as vidas e o bem-estar da população e prejudica as dinâmicas sociais, também “redonda em perdas de produtividade importantes, por exemplo, por causa das taxas elevadas de mortalidade e transtornos do desenvolvimento cognitivo” (Ob. Cit.). Por isso, pensar em um desenvolvimento que não prioriza a saúde, o bem-estar, a alimentação da sua população e a sustentabilidade dos seus recursos naturais, é um desenvolvimento inviável, mesquinho e míope, pois não olha além de desejos miseráveis. Também não consegue entender que melhorar as condições de vida fortalece os vínculos entre trabalho e saúde com implicações fundamentais sobre os processos de crescimento econômico e progresso territorial.

4. OS POBRES DO ESTADO MAIS RICO: EXPERIÊNCIA DA SAÚDE NO BRASIL

*Os cientistas dizem que somos feitos de átomos,
Porém, um passarinho me contou que somos feitos de
histórias.
(Eduardo Galeano)*

As relações econômicas entre os países são intensas. Parece que se investe em qualquer lugar; trocam-se toda classe de serviços, vende-se tudo; aumentam as multinacionais e cresce o intercâmbio de tecnologias e conhecimentos. As relações comerciais entre os povos têm existido desde sempre, a diferença na atualidade é que agora esses intercâmbios aparentam ser muito mais intensos e muito mais acelerados.

América-latina não tem escapado desta realidade. Brasil, o maior país da região, claramente, também não é seu estado mais rico; São Paulo, ainda menos. Um estado que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem um Produto Interno Bruto (PIB) de 1,7 trilhões de reais, enquanto que o Rio de Janeiro, o segundo melhor colocado, está em torno de 620 bilhões de reais. Um estado que vive no seu interior a dicotomia do desenvolvimento-atraso no seu dia a dia. Um estado onde as desigualdades são um pouco mais visíveis, pelo menos, isso é o que pensa o escritor cubano Leonardo Padura, que, em 2015, no programa Roda Viva Internacional, da TV Cultura, depois de ser interpelado por uma jornalista que afirmava que em Cuba “(...) o povo continua sofrendo, miserável, com fome”, respondeu afirmando que “(...) há mais gente na rua em um quarteirão aqui de São Paulo do que em toda Cuba” (Revista Fórum, 2015). Uma realidade chocante, pois, os pobres de São Paulo parecem ainda mais pobres quando suas casas estão junto às grandes mansões dos ricos paulistanos.

Para aprender o processo desenvolvido neste estado tão díspar, tão interessante, tão atraente, começamos o trabalho de campo, chegando com o propósito de conhecer as realidades da população destas terras. Havendo feito as aproximações necessárias, foi marcado o recorte territorial no Pontal do Paranapanema, graças ao primeiro contato realizado com a Secretaria de Saúde do município de Sandovalina, onde fica o assentamento objeto deste estudo. Assim, foi marcado um encontro com a secretária de saúde do município, manifestando, desde o começo, seu interesse e disposição para participar desta pesquisa. Nesse primeiro contato, apresentou-se a proposta de trabalho de campo, que consistia em realizar visitas ao assentamento, e a sua unidade de saúde, e poder fazer entrevistas

semiestruturadas com os assentados e funcionários. A secretária se mostrou aberta para contribuir com o que fosse necessário.

Além desse contato, foi possível, através de uma militante do MST, estabelecer comunicação com uma liderança do movimento, do setor da saúde, residente no Assentamento Bom Pastor. Esse encontro ocorreu em 11 de outubro de 2015, no próprio Assentamento, na residência de uma das professoras da escola, pois iria ocorrer uma reunião do setor de educação naquela ocasião. A professora emprestou sua casa para essa reunião, embora não fosse militante do movimento.

Porém, antes de abordarmos os achados no assentamento, no trabalho de campo, nas entrevistas e nos achados, considera-se necessário fazer uma contextualização para entender a realidade que se estava abrindo.

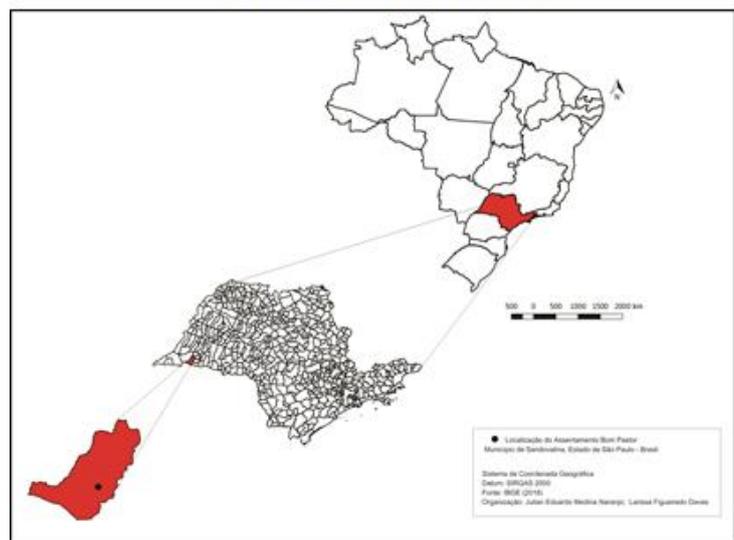
4.1 São Paulo, o estado dos números.

Como foi anunciado no começo do capítulo, São Paulo é, pelo menos economicamente, o estado mais poderoso e importante dos 26 estados brasileiros. Um estado que aporta uma grande porcentagem do PIB da nação e com a maior população do país, com 44.749.699 habitantes¹⁸, que segundo o IBGE, para 2016, era um

pouco mais de 20% do total da população do Brasil. Um estado com 645 municípios, que conta com uma boa parte da indústria tecnológica mais avançada do país e com uma quantidade significativa de mão de obra qualificada (IPEA, 2016).

São Paulo é quase outro país latino-americano, pelo menos no tocante ao número de pessoas. Tem quase o triplo da população do Equador, que é de 16.385.000 habitantes¹⁹, e tem, aproximadamente, a mesma densidade populacional da Colômbia, com 47.662.000 habitantes²⁰. A grandeza e poderio deste estado é algo que os números evidenciam facilmente.

(Mapa 2 - Mapa Brasil-São Paulo)



¹⁸ Dados de julho de 2016

¹⁹ <http://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/ecuador>

²⁰ <http://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/colombia>

O estado tem uma capital igualmente poderosa, uma metrópole com 11.638.802 habitantes, com cidades que compõem uma Região Metropolitana (RMSP) que estão entre as maiores do País e com uma importância econômica indiscutível.

Esta forte atividade econômica não fica restrita, unicamente, à capital do estado. Ela se espalha pelas diferentes regiões. A região central, por exemplo, é um epicentro importante da economia, com cidades como São Carlos, que é um destacado centro tecnológico ou Ribeirão Preto, notável setor comercial. No oeste do estado, destacam-se cidades como São José do Rio Preto e Presidente Prudente, no Pontal do Paranapanema, com economias dinâmicas e que se sobressaem pelo elevado padrão de vida da população (DINIZ, 2002).

Toda esta quantidade de números, de dados, de estatísticas pareceria deixar entrever um estado poderoso, com muita gente rica, com dinheiro, com as condições necessárias para ter um bom estilo de vida, muito bem-estar e sucesso. Além disso, segundo dados da Fundação Seade²¹, as cidades do estado de São Paulo têm apresentado um crescimento maior do que outras cidades brasileiras, o que mostra a enorme atração que este estado tem. Poder-se-ia pensar que isto acontece pela capacidade de geração de renda devido à concentração de atividades produtivas. Se por um lado há cidades que crescem exponencialmente, por outro existem municípios com taxas negativas de crescimento, com diminuição constante da população, principalmente, nas regiões oeste e sul do estado (VIEIRA, 2009). Entretanto, o estado mais rico do Brasil tem regiões muito pobres ou, para ser mais exato na semântica, muito empobrecidas.

Este crescimento das cidades, esse chamado ‘desenvolvimento urbano’ tem feito, segundo Fernandes (1994), que o campo se modifique também, que a agricultura se transforme, atravessando processos de mudança no seu modo de produção, passando a depender cada vez mais da indústria produtora de insumos e cada vez menos dos recursos naturais, com exceção dos recursos hídricos, que são cada vez mais explorados e isto tem contribuído para o crescimento das relações assalariadas de trabalho entre os camponeses. A expansão dos cultivos de cana ou de soja no estado, ainda mais nestas regiões que foram chamadas nos parágrafo anterior de empobrecidas, seria um exemplo dessa nova relação de prestação de serviços subsidiada pelo Estado e mantida graças aos preços protegidos pelo monopólio na produção.

Ante esta realidade, no estado de São Paulo, os camponeses, produtores rurais, pequenos e médios proprietários de terras, têm visto diminuída a sua autonomia, ficando

²¹ Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados: fundação vinculada à Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de São Paulo. Acesso em: <http://www.seade.gov.br>

expostos às exigências das grandes indústrias do agronegócio paulistano, porque não têm conseguido se manter na competição, na concorrência, pelo menos não nas condições que, por exemplo, as empresas canavieiras têm conseguido.

Os camponeses não têm o dinheiro, os recursos, para fazer aqueles investimentos que necessitam e que fariam com que as suas terras pudessem ser mais produtivas, pelo menos em níveis adequados para manter sua independência. As exigências para conseguir um crédito estão encaminhadas para beneficiar aos grandes setores e não se compara com os recursos aportados para o crédito rural. Por isso, a capacidade de investimento e produção dos camponeses que se mantém trabalhando na sua terra é muito pequena e muito poucos conseguem manter-se firmes frente aos fortes projetos de ‘desenvolvimento’ no campo paulistano que procuram usar as terras para grandes monocultivos (THOMAZ, 1988). Os camponeses que combatem estas investidas do agronegócio, e que não vendem suas terras, são forçados a depender das dinâmicas impostas pela empresa da região e, assim, ficam convertidos em fornecedores, em donos de terras arrendadas ou em proprietários com parcerias com as usinas (FERNANDES, 1994).

Já propriamente no oeste do estado de São Paulo, no Pontal do Paranapanema, lugar onde se encontra o assentamento onde foi realizado o trabalho de campo, as realidades de luta pela terra ficam um pouco mais complicadas. Nesta região, as terras foram ocupadas por grandes empresários do agronegócio e produtores rurais e este processo de ocupação foi feito, normalmente, através da apropriação ilegal das terras. De fato, o Pontal do Paranapanema, é conhecido por muitos no país, pelos mais variados casos de grilagem de terras, que se deram no começo do século XX (MARTINS, 1995).

Nestas terras do Pontal, a prática da grilagem foi muito usada, inclusive com a Lei de Terras²² que legislava sobre as ocupações que tinham sido realizadas antes da sua promulgação. As invasões, então, chegaram até territórios indígenas, dando início ao desmatamento da mata atlântica e o aniquilamento da população tradicional da região (SOBREIRO FILHO, 2013). Deste modo, temos aqui um momento importante para fazermos uma análise histórica e refletirmos a respeito de como duas realidades distintas, que pareciam completamente diferentes, começam a apresentar similaridades. Como em dois lugares distantes, em países com realidades diferentes, em regiões que, aparentemente, não são iguais nem tem condições de vida semelhante, o estado mais rico do Brasil e o departamento mais pobre da Colômbia, as semelhanças nos discursos e as consequências destes na população

²² Lei de Terras nº601, de 1850.

indígena e do campo, refletem uma realidade que foi debatida nos dois primeiros capítulos e que é difícil de negar: muitos dos projetos de desenvolvimento violam a dignidade dos povos e levam riqueza para pequenos grupos econômicos.

O grande desafio é construir rotas de unidade para as lutas, partindo da pluralidade dos povos, culturas, cosmovisões, sonhos e utopias. E com esse objetivo a Via Campesina organiza as comunidades do mundo. Graças a ela, foi possível conseguir entender duas realidades, aparentemente, muito diferentes e observar as respostas de cada uma como parte da realidade da população do campo, seja esta camponesa no Brasil ou indígena na Colômbia.

O estado mais poderoso do Brasil, o estado do sucesso, dos negócios, o estado das estatísticas parece precisar de números, porque, aparentemente, na lógica do desenvolvimento capitalista, os números viram dinheiro e o dinheiro significa bem-estar. No estado mais rico do Brasil, os pobres, entre eles os camponeses e indígenas, não são uteis, ou pelo menos é isso que parece, são dispensáveis. Porém, homens e mulheres do campo, trabalhadores da terra seguem resistindo aos embates desse discurso de desenvolvimento, que não beneficia a todos por igual.

4.2 A viagem ao interior do Brasil: Relato em primeira pessoa.

Antes de iniciar a apresentação dos resultados, acredito ser importante entender o tipo de aproximação que o pesquisador teve com o assentamento e com as pessoas do assentamento, valorizando a experiência pessoal e compreendendo a visão de quem escreve. Por essa razão, apresento a seguir um relato, em primeira pessoa, sobre o processo de aproximação e trabalho com a população do assentamento Bom Pastor, da cidade de Sandovalina, no estado de São Paulo.

4.2.1 O Bom Pastor: A luta pela terra.

O meu conhecimento da realidade do Brasil era nulo. Desde fora, na comodidade da minha casa, na minha cidade, na minha própria realidade, Brasil era somente o país do samba e do futebol. Longe de mim pensar na complexa realidade política e social que nestas extensas terras vive-se.

Nas aulas do mestrado, consegui ter uma aproximação melhor da realidade das populações do campo, suas lutas e o trabalho que os movimentos sociais camponeses brasileiros desenvolvem e, com a mente fixa em apreender sobre seus processos e suas

conquistas, viajei para o Pontal do Paranapanema, para começar o trabalho de campo. Esta experiência foi diferente da que tive na Colômbia (passei exata uma semana na pesquisa de campo), porque no Pontal pude me dedicar por meses, buscando compreender toda a dinâmica dos assentados. Na semana que cheguei, fui impactado pela realidade que conheci, o que me fez voltar para a minha. Este trabalho de campo no Brasil teve um processo de imersão muito maior. Foram dois anos morando na região, com várias visitas feitas ao assentamento, conhecendo o local, fazendo trabalho de campo com a universidade e participando de atividades no município.

Desde Presidente Prudente, a maior cidade da região, e onde tenho morado nos últimos dois anos, até Sandovalina, onde fica o assentamento que abriu suas portas para receber as entrevistas, são 72 quilômetros, o que dá, mais ou menos, uma hora e vinte minutos, percorrido durante esses dois anos. Sandovalina é um município que, segundo os dados informados pela prefeitura, estende-se por 455,1 km², com aproximadamente 3.700 habitantes e possui dois assentamentos: O Assentamento Guarani, que pela sua proximidade com a zona urbana, não conta com uma unidade de saúde própria, fazendo uso dos serviços ofertados na cidade, e o Assentamento Bom Pastor, que possui uma Estratégia de Saúde da Família na zona rural (ESF).

O Bom Pastor, segundo o registro que se encontra na entrada do assentamento, foi criado no dia 22 de dezembro de 1997, depois de um processo de acampamento de famílias sem-terra do MST da região. Porém, muitos dos atuais assentados não estiveram nesse acampamento, pois chegaram depois desse processo.

Não pude evitar de pensar que o fato de algumas famílias assentadas não terem sido os primeiros acampados que lutaram pelas suas terras, pode ter relação com as críticas que escutei na reunião, na casa da professora, sobre a pouca participação da população em atividades políticas e culturais realizadas pelo movimento. Segundo alguns dos líderes da reunião, uma das principais dificuldades da comunidade é a falta de participação em atividades do assentamento. Não são muitas as festas e reuniões que fazem e, normalmente, são festividades religiosas ou esportivas, mas não tem uma organicidade que lhes permita trabalhar juntos e cooperativamente. Tal atitude vai ser evidenciado depois, nas entrevistas realizadas, quando se pode perceber que no assentamento, mesmo todos tendo dificuldade para comercializar seus produtos, não tem uma organicidade, nem algum trabalho cooperativo que permita resolver estes problemas.

Fiquei atento aos comentários sobre a usina que há na região, *Umoe Bioenergy*, uma empresa de capital holandês, que produz etanol, biocombustível da cana-de-açúcar que,

segundo seu próprio site²³, é feito de maneira sustentável e com baixo custo e que possui terras e operações agroindustriais na região do Pontal do Paranapanema e, neste caso, em Sandovalina. Percebi uma relação amor-ódio entre os sandovalinenses e a usina. Ninguém parece ter uma opinião indiferente sobre sua presença na cidade. Para alguns deles, as usinas de cana-de-açúcar trouxeram muitas novidades e ‘desenvolvimento’, enquanto para outros, elas são as culpadas dos males da região, da perda dos seus cultivos e das suas terras. Isto vira um foco de atenção muito interessante para mim, por me permitir refletir sobre a dicotomia do desenvolvimento e a vulnerabilidade na região, porque alguns assentados têm visto como o trabalho oferecido pela usina, para os jovens da região, tem aumentado e este fato está fazendo com que eles já não tenham tanto interesse em trabalhar na terra. Alguns também falam sobre o perigo das pulverizações que não os deixam, por exemplo, ter certificação de produtos agroecológicos porque, embora eles não estejam usando agrotóxicos, todos seus produtos pecuários e agrários estão contaminados.

Depois de várias visitas em outros assentamentos, e me baseando em alguns comentários dos mesmos assentados, o Bom Pastor não parece uma comunidade muito organizada, nem politicamente ativa. Inclusive, há discursos de assentados contra os movimentos sociais, entre eles o MST. Um dos assentados que foi militante, segundo ele, e com quem fui conversando no trecho desde o centro da cidade até o assentamento, manifestou não gostar do MST e confessa que não tem boas lembranças do tempo de militância. Justamente, no momento de nossa conversa, falou que odiava três coisas do Brasil: “os corinthianos, o PT e o MST”. Estas diferenças políticas parecem fazer com que os processos organizativos não tenham o apoio da comunidade.

Quanto ao trabalho produtivo, consegui observar que a comunidade é um pouco individualista, cada assentado trabalha seus produtos e, embora tenham planos e projetos de ter cooperativas, e mesmo tendo tentado trabalhar cooperativamente, no momento não têm uma organização ou associação de assentados; cada um procura, quando necessário, com a ajuda de um vizinho, resolver seus problemas.

A realidade do Brasil bate tão forte que é inevitável não conversar de política com os assentados. Muitas das visitas foram em períodos politicamente conjunturais: eleições presidenciais ou processo de impeachment, e os comentários sempre surgiam sem, necessariamente, serem convocados. Um comentário que ficou na minha cabeça e que me fez refletir muito nesse tempo de trabalho de campo, foi uma fala de um dos assentados sobre a

²³ <http://umoebioenergy.com/>

limitação que ele sentia do Brasil estar sendo governado pelos amigos: “(...) quando era o inimigo quem governava era fácil para a gente se organizar e lutar, agora que são amigos os que estão no poder, estamos muito separados”.

Outro aspecto que me fez refletir foi a relação dos assentados com o sistema de saúde e como, mesmo tendo uma estratégia de saúde da família no assentamento, nem todas as pessoas são acompanhadas, ou porque não procuram ou porque não são procuradas. Percebo como algumas das críticas surgem porque o atendimento é direcionado para os que vão atrás do serviço, porém, os funcionários da ESF entrevistados, afirmaram que as visitas dos agentes de saúde são feitas conforme o cronograma.

No tocante à água que é consumida no assentamento, nas visitas percebi que o único tratamento que é feito na água que bebem se dá com o cloro que é entregue pela Secretaria da Saúde, na EFR. De acordo com os funcionários, esse cloro é entregue para aqueles que solicitam, porém, muitos não pedem, o que significa que a água que bebem não é tratada. Parece que, pelo fato da água ser de poço, os assentados não sentem a necessidade de fazer nenhum outro processo para o tratamento, realidade que me deixa reflexivo.

Sei que não é a realidade de todos os assentamentos do Brasil, nem mesmo de todos os assentamentos do estado de São Paulo, mas percebi neste assentamento muitas possibilidades, alternativas e uma boa estrutura, em contrapartida, pouca união, o que possivelmente, não lhes permita realizar trabalhos em equipe. Claramente cada realidade é diferente, cada história traz seus próprios bemóis e suas próprias ascensões, contudo, não pude deixar de pensar que a conformação da comunidade, que foi crescendo pouco a pouco com famílias que foram chegando posterior ao processo de consolidação do assentamento, tem feito com que poucos fiquem interessados nas realidades dos outros e muito focados nas próprias necessidades. No momento de visitar o local e ver os assentados conversando, refleti que outro fator que possivelmente tem contribuído para esta falta de união, pode ter sido a chegada das usinas que, com as promessas de desenvolvimento e riqueza para a região, têm feito com que estes assentados não tenham conseguido consolidar os processos organizativos que garantem uma melhor qualidade de vida.

Em relação a alguns funcionários da ESF, consegui perceber um pouco de incômodo no momento de responder perguntas sobre a usina. Alguns deles expressam os prejuízos que elas têm causado na região, enquanto outros manifestam sua gratidão porque algum familiar trabalha lá e isso tem trazido dinheiro para o núcleo familiar. Nestes encontros, ainda mais que com os assentados, percebi como essa dicotomia entre desenvolvimento e vulnerabilidade, que foi falada no terceiro capítulo, se faz presente nesta realidade, já que os

mesmos funcionários reconhecem as dificuldades de ter uma usina junto dos cultivos, mas manifestam, ao mesmo tempo, as possibilidades laborais que tem trazido para os seus familiares.

Os encontros em Sandovalina e as entrevistas com os funcionários da ESF me permitiram entender um sistema que é composto por uma equipe multiprofissional que, segundo a norma²⁴, está constituída, minimamente, por um médico generalista, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), e no caso do Bom Pastor, também por um dentista e um auxiliar odontológico. Dialogando com eles e visitando a sala dos agentes, consegui ver os mapas de distribuição das famílias do assentamento pelas quais são responsáveis. Uma das principais queixas que escutei nos encontros com os assentados, é a presença do médico só duas vezes por semana no local e a difícil relação deste com a comunidade.

Desde que cheguei pela primeira vez, vários dos funcionários da secretaria de saúde se mostraram muito dispostos a ajudar nossa pesquisa. Em algumas das entrevistas fui acompanhado pela orientadora que participou ativamente e aportou profundidade às perguntas. Esta abertura e amabilidade me permitiu entender o funcionamento desta unidade, aprender sobre a realidade do atendimento e conhecer os sentimentos e opiniões dos moradores, compreendendo como eles percebem esse atendimento.

Em meio a este contexto, desta realidade, com o consentimento das autoridades do município e a boa atitude de muitos dos assentados que nos receberam e responderam as minhas perguntas, foram feitas as entrevistas que me permitiram algumas das observações a seguir.

4.3 Práticas espaciais no Brasil: A voz dos protagonistas.

O resultado da análise das entrevistas feitas com os funcionários e assentados do Assentamento Bom Pastor, no município de Sandovalina serão apresentados a seguir. Nesta sessão, trazemos algumas das opiniões sobre assuntos relacionados à saúde e que foram levantados durante as entrevistas. Como foi anunciado na introdução, foi usado o programa TextSTAT, que ajudou no reconhecimento das Palavras Significativas e dos Campos Semânticos presentes nas falas dos entrevistados.

²⁴ <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

Algumas palavras foram adicionadas convenientemente, segundo sua definição, em um dado Campo Semântico, a exemplo da palavra ‘estudantes’, incluída no Campo Semântico ‘Educação’. Porém, em uma intervenção de um dos assentados, esta palavra não está focada no processo educativo, mas como característica de um trabalho que uma pessoa faz: “O motorista do ônibus mora com os pais... ele trabalha com o ônibus que transporta os estudantes” (A1B). Neste exemplo, o entrevistado não está proporcionando informações sobre processos educativos que evidenciem as práticas espaciais da população, mas sim, compartilhando a característica do trabalho do motorista, que não transporta qualquer pessoa senão os ‘estudantes’. Reconhecendo que as palavras, mesmo tendo uma definição, cumprem funções diferentes dependendo do contexto, foram criados os Campos Semânticos, que tem como finalidade evidenciar as palavras que acabam criando uma guia, permitindo a feitura da análise das entrevistas.

Mesmo tendo sido explicado na introdução, se faz necessário ratificar que, por motivos de segurança e sigilo, não foram incluídos os nomes ou cargos dos entrevistados nos textos que se apresentam nas análises. As entrevistas, no Brasil, foram identificadas com um ‘B’ no final, um número para manter a sequência e a identificação A: Assentado ou F: Funcionário, para cada caso, ficando a citação: A1B, que traz as intervenções do primeiro assentado entrevistado no Brasil ou F4B, que apresenta as opiniões do quarto funcionário brasileiro entrevistado.

4.3.1 Brasil: Palavras Significativas e Campos Semânticos.

Para as entrevistas no Brasil, a palavra mais significativa não foi, surpreendentemente para nós, a palavra ‘saúde’, a qual teve 387 repetições, ficando como a segunda colocada após a palavra ‘eu’, com 551 repetições. Porém, por ser a palavra ‘saúde’ o termo transversal das conversações, é esta a palavra significativa que se relaciona com os diferentes Campos Semânticos. O Campo Semântico ‘eu’, junto com os outros, foram construídos juntando as palavras significativas que, por definição, fazem parte de um mesmo grupo de significados, como foi explicado na introdução.

Para estas entrevistas, os Campos Semânticos que se abriram foram muito variados, passando por conceitos como ‘produtos agropecuários’, ‘campo/cidade’, ‘qualidade de vida’, ‘trabalho’, ‘religião’, ‘soberania alimentar’, ‘meios de comunicação’ e ‘tradição’, entre muitos outros. Porém, os Campos Semânticos mais significativos e com mais repetições foram:

a) Campo Semântico “eu”: este campo semântico foi uma surpresa na sua constituição. Por ter sido a palavra ‘eu’ a mais repetida nas entrevistas, decidiu-se abrir um campo semântico que analisasse a individualidade e sua influência nas relações na comunidade. Neste Campo Semântico, além da palavra ‘eu’, foram incluídas: ‘meu(s)’, com 72 repetições; ‘mim’, com 31 e ‘minha’, com 59 repetições. Junto com estas foram acrescentadas palavras como ‘nós’, com 58 repetições; ‘nossa(o)’, com 30; ‘a gente’, com 182; e ‘própria’, com 5 repetições.

b) Campo Semântico “promoção à saúde”: embora contenha palavras que fazem referência à atenção em saúde, entendida esta como serviço que presta um hospital ou um centro de saúde, tem como objetivo abrir a reflexão sobre o que foi expresso na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, quando a saúde passou a ser entendida como um meio para a vida, destacando os recursos sociais e pessoais e as capacidades físicas, o que está além da exclusiva responsabilidade de hospitais e postos de saúde. Neste Campo Semântico, foram adicionadas palavras como: ‘médica (o)(s)’, com 92 repetições; ‘serviço(s)’, com 70; ‘posto(s)’, com 69; ‘ambulância’, com 31; ‘unidade’, com 29; ‘tratamento’, com 20; ‘agente(s)’, com 19; ‘postinho’, com 18; ‘prevenção’, com 17; ‘atendimento’, com 16; ‘dentista’, com 15; ‘enfermagem (enfermeira)’, com 15; ‘exame(s)’, com 11; ‘psicóloga(o)’, com 7; ‘funcionários’, com 6; ‘vacinação (vacina)’, com 6; ‘prevenir’, com 6; ‘fisiatra’, com 5; ‘hospital’, com 5; ‘SUS’, com 5; ‘consultas’, com 4; ‘programas’, com 4; ‘profissionais’, com 4; ‘cadastro’, com 3; e ‘especialista’, com 3 repetições.

c) Campo Semântico “meio ambiente”: serão entendidos como aqueles elementos físicos, químicos e biológicos, com os quais interagem o homem e os outros animais. São os ecossistemas naturais e sociais em que os seres se inserem, de forma individual ou social, gerando processos de interação que contribuem com o desenvolvimento das atividades humanas. Para este Campo Semântico, foram inclusas palavras como: ‘água’, com 61 repetições; ‘poço’, com 28; ‘ambiente’ com 21; ‘clima’, com 16; ‘mundo’, com 12; ‘chover (chuva)’, com 11; ‘mata’, com 11; ‘espaço’, com 10; ‘plantas’, com 8; ‘terra’, com 8; ‘rio(s)’, com 6; ‘sol’, com 4; e ‘árvore’, com 3 repetições.

d) Campo Semântico “situações especiais de saúde”: para este caso, será entendido toda alteração, leve ou aguda, do funcionamento normal do corpo e que precisa de alguma atenção especializada, ofertada, normalmente, por hospitais e centros de saúde. Temos inclusos aqui conceitos como a ‘gravidez’ por representar um estado onde é preciso a intervenção de profissionais da saúde. Vale reforçar a ideia que este campo semântico contempla toda alteração do nosso organismo por causas externas ou internas e que requer de atenção especializada. Foram adicionadas neste Campo Semântico palavras como: ‘doente(s)’, com 39

repetições; ‘dor’, com 31; ‘doença(s)’, com 26; ‘hipertensão’, com 20; ‘diabetes (diabético)’, com 18; ‘gripe’, com 11; ‘câncer’, com 10; ‘respiratório(s)’, com 9; ‘bronquite’, com 5; ‘febre’, com 5; ‘artrose’, com 4; ‘dengue’, com 4; ‘gestante’, com 4; ‘higiene’, com 4; ‘adoecer’, com 3; e ‘gravidez’, com 3 repetições.

e) Campo Semântico “educação”: é entendido como aquele processo de formação através do qual se desenvolvem capacidades físicas, intelectuais e sociais nos seres humanos. Este Campo Semântico está constituído por palavras como: ‘escola(s)’, com 71 repetições; ‘aprender’, com 2; ‘educação’, com 16; ‘estudantes (estudar)’, com 14; ‘conhecimento (conhecendo)’, com 13; ‘alunos’, com 3; ‘aula’, com 3; ‘confiança’, com 3; ‘ensinar’, com 3; e ‘professor’, com 3 repetições.

4.3.2 Práticas espaciais no Campo: Experiência no Brasil

Uma vez que foram identificadas as palavras significativas e construídos os campos semânticos com as informações obtidas nesta comunidade, passa-se a analisar o discurso dos entrevistados do Assentamento Bom Pastor. Como foi anunciado na introdução, relacionou-se a concordância da palavra significativa “saúde” com os campos semânticos expostos anteriormente, dando como produto considerações que se entenderam como relevantes para compreender a comunidade visitada:

a) Práticas espaciais e o campo semântico “Eu”.

Foi muito significativo encontrarmos tanta referência à ‘primeira pessoa’ nas falas dos entrevistados. Foi algo que não estava sendo procurado, que não esperava ser encontrado por nós. Contudo, parece necessário explicar nossa afirmação anterior: ‘não esperava se encontrar’ porque mesmo estando abertos a receber os resultados sem prejuízos, sabíamos o tipo de entrevista feita e as respostas das pessoas. Na mente, nas lembranças tínhamos uma ideia aproximada do que poderíamos descobrir. Porém, algo verdadeiramente impactante aconteceu quando a palavra significativa “saúde” ficou em segunda colocação (387 repetições), só depois da palavra significativa “eu” (551 repetições). As razões podem ser muitas, claramente, passando por argumentações de tipo gramatical, contudo, não deixa de chamar a atenção e, foi por isso que se adicionou como Campo Semântico:

- (A1B): “(...) fui embora pra São Paulo e depois eu voltei pra cá”;
- (A3B): “Meu sonho será o dia que eu comprar um sítio pra viver”;

- (A5B): “Aí ele se propôs se eu não queria morar lá. Aí eu deixei minha casa em Primavera com tudo dentro”;
- (F5B): “Eu gosto. Porque eu fiz esse trabalho toda vida e faço bem”;
- (F6B): “Eu até parto pra defesa da cana. Não que eu sou um aficionado pela cana, eu só defendo a questão seguinte: a usina depende muito do solo e das águas, então eles preservam as nascentes...”.

Estas e muitas outras citações poderiam ser feitas sobre diversos assuntos, sendo transversais a qualquer tema, com a ‘primeira pessoa’ se apresentando como uma constante. Não há muitas respostas com uma referência à comunidade, pois, poucas vezes se responde como “nós” quando é algo que interessa diretamente ao entrevistado. Quando se faz uma leitura das entrevistas, detalhada e focada no poder da ‘primeira pessoa’, percebe-se como se impõe. E sem intenção nenhuma de fazer qualquer tipo de juízo de valor, sobre se isso está correto ou incorreto, considerou-se conveniente referenciar esta situação porque, dentro das observações preliminares, se percebeu um desconforto geral dos entrevistados pela falta de solidariedade da comunidade.

Tal atitude, ou falta dela, fez com que se pensasse em como o desenvolvimento industrial e comercial, o famoso desenvolvimento capitalista, que é vendido como o caminho para onde o mundo deve ir e que é aceitado pelo sentimento que temos chamado de Complexo de Catalina, quebrou nossa sociedade em algo profundo e conjuntural: suas relações sociais. Com a chegada do capitalismo, as relações sociais mudaram, começaram a depender de lucros, produções de excedentes, de mais-valia. As relações sociais, ainda mais no campo, que por séculos foram de cooperação simples, agora, com a chegada da lógica capitalista, precisam da exploração dos trabalhadores (FARIA, 2009), o que faz, conseqüentemente, com que a ideia de convivência seja mais individualista, pois, nesta lógica, a competição e a concorrência é o fundamento:

- (F6B): “Essa parte da pra melhorar, mas eu acho que tá legal. Tem lugares piores. O pessoal daqui reclama, e por onde eu passei, as coisas eram muito vagas e escassas. Aqui é bem organizado. Aqui tem gente que vem procurar o atendimento aqui, mesmo que seja de outro município. Tem gente que até troca o título de eleitor pra ser atendido aqui”.

É como se a população não conseguisse, ou quisesse, enxergar através do olhar do outro; como se a visão pessoal fosse a visão única; como se ‘a primeira pessoa do singular’

fosse a pessoa que pode opinar. E esta maneira isolada de relações humanas é insustentável, ainda mais no campo, onde é preciso o trabalho cooperativo para o sucesso das empreitadas. Faz-se necessário a movimentação social. Iniciativas, organizações, movimentos sociais que tenham os mesmos objetivos e que sejam inclusivos e sustentáveis.

Outro aspecto importante para ter presente neste campo semântico é a comunicação, já que é através dela que os homens e as mulheres constroem suas realidades e transmitem suas ideias para os outros:

- (F7B): “(...) as pessoas do sítio são, de modo geral, um pouco mais conformadas, mais sossegadas. Os assentados têm uma tendência um pouco mais pra ‘nervosismo’. A parte mais crítica. Eu já ouvi que eles são pessoas mais brigentas. O pessoal usa o termo de ‘ganhar no grito, (...) querem as coisas mais rápidas’”.

Um processo organizativo abriria oportunidades onde as pessoas possam expressar suas inconformidades sem necessidade de criar situações desagradáveis.

A visão individualista defende a liberdade individual como bem maior:

- (F7B): “Na reunião que teve, eu falei isso”;

- (A1B): “Aí como ficou apertado a casa do meu irmão eu falei: ah não, eu vou sair. Vou ver se consigo arrumar um lugar”;

- (A5B): “...quando eu retirei a vesícula”.

Pareceria como se a visão individualista recebesse qualquer outra opção coletiva, como uma barreira ao crescimento individual:

- (F6B): “Como eu já moro aqui, fomos praticamente fundadores”;

- (A2B): “E aqui eu faço o que eu gosto”;

- (A3B): “eu não sei por que eu nunca precisei e nunca vi comentar”.

Para uma visão individualista, é necessário impor o bem-estar pessoal para além dos os interesses coletivos:

- (A2B): “Aí nós andamos reformando, eu e minha mulher”;

- (A1B): “aí ele deu ordem pra eu vim morar aqui”;

- (A5B): “eu vou caminhar, eu quero emagrecer”.

A visão individual que se percebe faz com que a compreensão de coletivo se enfraqueça e, deste modo, as práticas espaciais não constituam uma tradição comunitária senão como noção particular.

Como foi comentado, está longe do objetivo desta análise fazer um julgamento sobre as falas dos participantes, dando valores de errado ou correto para cada uma delas. O propósito é dissertar sobre um assunto que apareceu como resultado da interpretação dos dados e que se considerou relevante para o debate. E havendo sido feita a apresentação da análise, é preciso seguir com outros campos semânticos.

b) Práticas espaciais e Promoção à Saúde.

Para esta parte da análise, optamos por escolher o conceito ‘Promoção à Saúde’, porque mesmo contendo palavras como ‘consultas’, ‘hospital’, ‘tratamento’ e ‘SUS’, entre outras, as falas, algumas das perguntas e os comentários dos entrevistados, vão além do mero atendimento, dos cuidados e dos serviços de saúde. Neste Campo Semântico, entendemos, então, que a responsabilidade para manter a vida, o bem-estar da população e a saúde, contemplando fatores biopsicossociais, não é responsabilidade exclusiva dos hospitais, nem dos médicos.

Várias pessoas entrevistadas manifestaram a necessidade que sentem em ter uma atenção médica no momento de doenças:

- (A1B): “Ah, quando tá com uma dor, né... a gente vai e procura um médico. Mesmo uma dor de cabeça”;
- (F6B): “Tem aquela coisa de cultura mesmo, que qualquer dor já procura um médico”.

Contrastados com esta realidade, estão essas pessoas que não comparecem à ESF e nem fazem uso dos serviços prestados pelos profissionais da saúde no assentamento:

- (A3B): “Uso o serviço de saúde pra levar as crianças no médico, né... quando precisa. E agora eu tô precisando por causa da minha menina que é gestante, né. Mas é difícil... eu mesma, pessoalmente, consultar, é difícil”.

A noção de Promoção à Saúde aparece como um conceito claro entre os funcionários, que manifestam que:

- (F2B): “Boa saúde seria um misto entre qualidade de vida, alimentação saudável, suporte da saúde, em termos de médicos e medicamentos. E aquele acompanhamento que a gente faz com o trabalho de intermediar um pouco a alegação a saúde mental das pessoas, pra saber o que elas pensam, o que elas pensam da vida e trabalho. Seria um juntado disso tudo, seria uma qualidade de vida, médico, remédio. Saúde seria quando tudo funciona bem, daí você teria qualidade de vida e uma boa saúde”.

E se faz evidente que a tarefa de prevenção nas casas tem sido feita alertando a automedicação, já que os assentados respondem enfaticamente sobre os riscos desta prática:

- (A2B): “toda doença vamos pro postinho, porque a gente não deve se automedicar, né? E talvez seja dado o remédio, vai no médico e muita gente acontece isso, de achar que tomou o remédio e hoje já tá curado. Tomou hoje e amanhã já tem que voltar no médico porque não curou. E tem aquele determinado tempo pra aquele remédio começar fazer efeito”.

Inclusive há momentos em que os mesmos médicos são os que fazem a orientação e proíbem a automedicação, ante a negligência de alguns dos assentados que tem a costume de pedir medicamentos que deram resultado com algum vizinho:

- (A2B): “(...) tem dias que o médico daqui tá meio nervoso. E por que nervoso? Porque acontece desses casos que você falou aí. A pessoa chega e fala: ‘eu queria que o senhor me passasse aquele remédio que meu vizinho falou...’ entendeu? Então não precisava do médico. Tomava esse remédio na casa dele”.

A parte negativa desta dependência aos medicamentos é que contribui para que as práticas de saúde tradicionais acabem se perdendo e fiquem arquivadas como superstições. Algumas vezes, os mesmos medicamentos são vistos como produtos milagrosos que podem ou não resolver o problema:

- (A1B): “uma dor de estômago, tem pessoas que vai naquele boldo, né? Tem caso que resolve, tem casos que não. É tipo um médico... (risos)”.

O verdadeiro risco é que, ante a atenção precária nas zonas rurais, a desproteção de um médico permanente no assentamento e a dependência dos assentados ao atendimento às práticas de saúde ficam reduzidas a procurar médico:

- (A1B): “Então aqui a gente consulta com esse médico, né? É o único que tem. Ai quando ele não atende aqui, a gente tem que ir pra Sandovalina”.

Há casos que, incluso, é preciso ir atrás de algum médico particular, porque a confiança ou credibilidade do atendimento no serviço público é questionada:

- (A3B): “No começo da gravidez que ela tava em Prudente e deu problema, daí ela foi no médico lá e o SUS falou que era normal. Daí eu falei: ‘Filha, não é normal, então, procura outro médico’. Aí ela foi no particular. Aí então ela vai nos dois”.

Sobre a presença da usina na região e as pulverizações, como foi comentado anteriormente, existe uma dicotomia entre desenvolvimento e vulnerabilidade. Alguns dos funcionários evitam opinar sobre os agrotóxicos, porém os mesmos assentados comentam que tem recebido orientações dos médicos sobre os perigos para a saúde respiratória das crianças:

- (A2B): “Mas até o médico fala, que as vezes as crianças que tem problema respiratório e essas coisas, é pelo veneno. Eu acho que aqui pro sítio a usina não traz benefício nenhum”.

Em geral, a visão da população do assentamento parece ser positiva frente ao serviço que recebem na ESF, tirando algumas críticas às atitudes dos médicos, consegue-se perceber que é avaliado como bom o trabalho no posto e valorizada a função dos agentes comunitários, que segundo eles mesmos, fazem de ponte entre os médicos e a população:

- (F2B): “(...) você é como um tradutor, pois o médico fala uma linguagem mais específica. A comunidade tem uma dificuldade em entender, ou até mesmo uma simplicidade, às vezes analfabetas, então conhecendo você de longa data, elas conseguem se expor com mais facilidade. Você indo até a casa, consegue informações além, que são primordiais a questão da saúde”.

Alguns dos assentados ressaltam, até, a ajuda que têm com as ambulâncias:

- (A3B): “Pra mim é bom. Porque “oh”, a ambulância... ficar doente é só chamar que eles vêm pegar você aqui na porta e leva onde tem que levar. E busca você e traz na porta. Na época do

meu vô, eles vinham, pegavam meu vô, levava meu vô, trazia meu vô... minha mãe sempre precisa estar indo no médico também. Eles vêm, pegam ela, levam ela... pra mim, a saúde é ótima”.

Quanto à prevenção, é manifestado que, mesmo tendo um recurso considerável para investimentos em saúde, as atividades não são muito frequentes:

- (F1B): “O município tem um porte financeiro considerável, então facilita que a gente consiga idealizar bastantes ações, só que juntamente com isso a pessoa fica muito presa na ideia de “consulta, exame e medicamento”, o que acaba atrapalhando um pouco a parte da prevenção”.

Imperativa é a necessidade de a mídia apoiar com campanhas de prevenção:

- (F4B): “Eu acho que a mídia devia fazer mais prevenção de saúde na televisão, contra cigarro e bebida. Influenciam mais negativamente. É apelativo, pois tem que falar que cigarro e bebida mata, mas não falam”.

c) Práticas espaciais e meio ambiente.

O Meio Ambiente e a Saúde são temas indissociáveis para a população do assentamento. É clara para as pessoas entrevistadas, assentados e funcionários, que os homens e as mulheres são parte integrante da natureza e, por esta razão, precisam de um meio ambiente saudável para ter bem-estar. Nas falas se percebe que é evidente para eles que qualquer dano causado ao meio ambiente provoca prejuízos a sua saúde e, acima de tudo, o trinômio Meio Ambiente, Saúde e Vida no Campo, representa o bem-estar para muitos dos entrevistados:

- (F2B): “Quando você mora no campo, sua qualidade de vida melhora em diversos aspectos. Uma na qualidade do meio ambiente, natureza, um ar mais adequado, uma alimentação mais natural, mais próxima do orgânico. Então isso tem uma relação muito forte com a alimentação saudável que reflete na boa saúde”.

Chegando a preferir morar no campo que na cidade:

- (A2B): “eu acho que aqui no sítio a qualidade de vida, vamos colocar em porcentagem, eu acredito que aqui é 100% melhor do que na cidade”.

Sem muitas explicações, muitos dos assentados asseveram que o campo traz qualidade de vida:

- (A3B): “Pra mim qualidade de vida é sossego, saúde. Principalmente saúde, porque quem mora no sítio a saúde é melhor do que morar na cidade”.

O reconhecimento da necessidade de proteger o meio ambiente se faz presente cada vez que uma pergunta permite falar disso. Parece empírica a segurança com que os entrevistados se expressam sobre a necessidade de cuidar os rios, o ar:

- (F5B): “o meio ambiente de forma generalizada. Porque o mesmo ar que eu respiro, lá no seu país você também respira. E se não cuidar desse ambiente, eu não sobrevivo”.

Alguns deles dão à terra, ao campo, propriedades curativas:

- (A2B): “(...) quando eu morava na cidade, o Pedro, meu filho, também chegou a morar lá e ele ficava muito doente. Virose, gripe, febre. Toda semana era. E aqui, olha, outro dia tava comentando com o meu marido, tem 5 anos que ele não tem uma febre. Porque brinca na terra. Tem dia que ele acorda e quando eu vejo já tá tomando banho de mangueira, pé descalço...”.

Junto com esses reconhecimentos, também aparecem comentários que anunciam os perigos:

- (F5B): “O clima tá muito sobrecarregado. Antigamente não era assim. Essas indústrias que vieram pra cá e fizeram esse monte de caldeiras nessas usinas, fumaça passiva, dia e noite, comprometeu demais. O veneno demais. Acerola dava o ano inteiro. A manga, abacate... laranja quando tá no tempo de produzir, as florzinhas caem. Estamos tendo muita ação negativa, poluição nos rios, agrotóxicos. Tudo agora é veneno. Agricultor não pega mais enxada pra carpir sua roça, ele pega uma bomba”.

Morar no campo também traz responsabilidades com o meio ambiente e isso é claro para algumas das pessoas entrevistadas. Vários têm seus próprios cultivos, seus próprios cuidados, mesmo os assentados que trabalham na ESF:

- (F5B): “O lote não é só morar, é plantar, é produzir. O homem que vive na terra absorve de um verme a tranquilidade e realmente é verdade. Quando em casa tinha terra tombada e eu ia plantar, esses dias eu não gritava, ficava em uma paz tão grande, dormia tranquila. Tem uma diferença muito grande de quem vive no urbano e no rural. Eu vim de São Paulo porque não aguentava mais”.

Além desses perigos, produto do ‘trem do desenvolvimento’ que chega, há perigos nas mudanças do clima que afetam a saúde e modificam as práticas de saúde:

- (A3B): “O clima tá bem mudado, né, se a gente prestar atenção. O vento... isso não é vento. O frio, já tá começando a querer esfriar, né. Chuva... têm vezes que chove bastante e tem vezes que dá aquela seca. Ficou um bom tempo sem chover. Isso aí é tudo mudança no clima”.

- (F2B): “Em relação à chuva, percebemos que tem ficado bastante seco e isso traz um agravante que é um problema respiratório, principalmente em crianças que não tinham muito e agora tem bastante”.

As mudanças no clima e as alterações nas suas produções criam um paradoxo entre essas realidades e o discurso de desenvolvimento que se vendem na região. Parece que a realidade não fica contemplada no discurso desenvolvimentista que é vendido, como se, mesmo no meio do complexo de subdesenvolvimento, os riscos pudessem ser enxergados:

- (A3B): “(...) a usina traz desenvolvimento, mas também prejudica o produtor. Por causa do avião soltando veneno. Desfolha tudinho as plantas da gente. O veneno que o avião passa prejudica o pasto, os animais, as plantações. Um monte de gente aí já perdeu produção por causa desse avião. E eu já ouvi um monte de reclamação desse avião que passa. Ajuda bastante a usina, dá bastante emprego e ajuda ao desenvolvimento da cidade, só que também prejudica o produtor. Se tivesse uma forma deles passarem as químicas deles sem estar voando”.

Esta preocupação, este tipo de pedido se faz recorrente, ainda mais entre pessoas que reconhecem que:

- (F5B): “a terra, o ar, a árvore em si te proporciona paz, te refresca, proporciona saúde”.

Surge, então, uma reflexão sobre a realidade que vive esta comunidade. No momento que se fala de questões ambientais, não basta só se lamentar pelas irremediáveis sequelas causadas pela deterioração da natureza. É necessário agir:

- (F5B): “as pessoas precisam voltar pro campo”.

4.3.3 O dito nas entrevistas no Assentamento Bom Pastor.

A análise do discurso, através das Palavras Significativas e dos Campos Semânticos, permitiu enxergar aquilo que não foi dito literalmente, mas que saiu das falas, da interação, das conversas. Aquilo que não estava respondendo, necessariamente, alguma pergunta formulada, aquilo que não estava dito, mas estava nas estrelinhas. Contudo, nas entrevistas foram feitas perguntas que permitem identificar algumas das práticas espaciais que as pessoas do assentamento têm e que devem ser evidenciadas também. Por essa razão, agora para finalizar, serão apresentadas a seguir algumas das mais significativas respostas às perguntas realizadas nas entrevistas:

a) Para você, o que é "qualidade de vida"?

Começamos com esta pergunta porque ela permite entender o que a população compreende como ideal e, segundo isso, as suas práticas espaciais se orientam. Se a qualidade de vida é conseguida por ter perto o mercado, o hospital e a escola, e se, no assentamento, não se conta com isso, então as práticas espaciais, seguramente, devem-se orientar para conseguir ou, simplesmente, fica manifesto que não se tem qualidade de vida. Ora, se a qualidade de vida é comer ou caminhar, então isso será manifestado.

Neste caso, então, para um dos assentados, qualidade de vida é o sossego, mas com a necessidade da presença do médico com mais frequência:

- (A1B): “Ah, sei lá. Aqui é sossegado, né? (...) o que tem que melhorar mais um pouquinho é o médico. Porque o médico eu acho que teria de ter todo dia no postinho, né? E não tem. Só terça e quinta”.

Para outro assentado, segundo ele, qualidade de vida é morar no campo, até porque nasceu e sempre morou lá. O ar, o silêncio, a tranquilidade que proporciona sua vida no sítio, faz com que compreenda essa vida como 100% ótima:

- (A2B): “Ah, eu acho que aqui no sítio a qualidade de vida, vamos colocar em porcentagem, eu acredito que aqui é 100% melhor do que na cidade. Eu sei, não pode generalizar, mas porque eu sempre morei em sítio como tava falando pra você, né. O ar, o som, não tem barulho. Hoje você apaga a luz de noite aí, é só o grilo, o cachorro. E na cidade não, né? (...) Uma moto, um carro, e buzina, e freada e aquilo lá me deixa...”.

Já para outro assentado entrevistado, qualidade de vida além, do sossego, se observa a saúde e entende que morar no campo traz saúde para ele e sua família:

- (A3B): “Pra mim qualidade de vida é sossego, saúde. Principalmente saúde, porque quem mora no sítio a saúde é melhor do que morar na cidade”.

Para vários assentados, entre eles o seguinte, falar de qualidade remete a comparação entre campo e cidade, e a refletir como para as pessoas da cidade não significa qualidade de vida, necessariamente, viver no campo. Porém para as pessoas que moram no assentamento fora do campo, não parece haver tranquilidade, e a tranquilidade é indispensável na procura da qualidade de vida:

- (A5B): "ah, o ar é bom, a gente dorme bem... tranquilo. Quem mora em São Paulo e vem pra cá fica doido com dois dias. Tenho um irmão que ele vem e fala ‘ai meu Deus, já tô querendo ir embora’ e eu falo ‘nós vamos lá e já estamos querendo vir embora no outro dia’. Só de chegar, o ar, já dá aquela dor de cabeça”.

Para um funcionário, as relações interpessoais, dentro dos requerimentos para alcançar a qualidade de vida:

- (F4B): “Tem a ver com saúde. Convivência com a comunidade, como você vive e o local em que você vive. Se tem lazer ou não. Você precisa de lazer, de carinho. Tudo isso faz parte da qualidade de vida”.

Finalmente, para outro funcionário, a qualidade de vida involucra, além da tranquilidade e das relações interpessoais, uma boa alimentação e um ambiente favorável, porque as doenças, segundo ele, são causadas pelos problemas emocionais:

- (F5B): “Eu acho que um ambiente saudável, boa alimentação, exercício, ter horários, diálogo, entretenimento com as outras pessoas, um bom relacionamento. (...) São problemas emocionais que causam doença. (...) Então se resume em alimentação, boa noite de sono, exercícios, um bom filme, namorar... pra mim, isso tudo se resume a uma vida saudável”.

b) O que necessita uma pessoa para ter saúde?

Entendendo, então, o que é qualidade de vida para os entrevistados, que seria em outras palavras aquilo que precisa ser feito para ter bem-estar, foi pedido aos entrevistados aconselhar as pessoas para terem uma boa saúde, com o intuito de começar a enxergar mais claramente as práticas espaciais que cada um dos entrevistados considera indispensável.

Para um dos assentados, a resposta é simples, o que é preciso para uma pessoa ter boa saúde é se cuidar, comer bem e caminhar:

- (A4B): "Se cuidar, né. (...) Tem que comer... O que fazer, né, a rotina. Fazer umas caminhadas, se alimentar mais ou menos bem. (...) evitar certos tipos de coisas, né”.

Já para outro assentado, a resposta é ainda mais simples, pois é dormindo, caminhando e se alimentando bem que é possível conseguir uma boa saúde:

- (A1B): “Come bem, né... dorme bem, né... (risos), faz caminhada”.

Exercitar a mente é uma ideia que traz outro dos assentados que, para além daquilo que foi falado pelos anteriores, adiciona a saúde mental como parte fundamental da saúde física:

- (A5B): “oh, hábitos saudáveis, que a gente é um pouco relaxado. Alimentação, né. Fazer exercício físico. E exercitar a mente. (...) Junto com o coração que é a máquina do corpo. Porque se vc não exercitar a mente, não tem como né”

Para este outro assentado, o problema vai além das paredes da casa e chega nas órbitas políticas, atravessando o campo da educação, o qual considera indispensável:

- (A2B): “Eu acho que ter educação primeiro, né? Porque uma pessoa que não tem educação, ela não consegue ter saúde. É conjunto, saúde e educação. Eu acho que é prioridade, assim. Igual os nossos governantes por exemplo. Não têm educação, não foram educados. Eles só roubam, né? E devido ao roubo não tem saúde. Porque não gera a verba que era pra ser repassada, não repassa. E o que acontece: não é que não tem saúde, é que ele vai procurar saúde e não é atendido. Aí fica não tendo saúde, né?”.

Já a opinião dos trabalhadores da saúde é diferente, embora eles acreditem que ter sossego, tranquilidade e uma atitude positiva seja importante, este funcionário expressa que, para o pessoal do assentamento, ter saúde é ter acesso aos medicamentos, o que evidencia uma prática espacial dessa comunidade, pois a facilidade de acesso faz com que as pessoas procurem o médico quando assuntos de saúde são requeridos e não façam uso de estratégias alternativas:

- (F1B): “Pras pessoas é se consultar no posto médico e sair de lá com a sacola cheia de remédio, mas segundo o meu ponto de vista, não é isso. Uma boa saúde é buscar uma alternativa de resolver o problema de saúde quando surgir o primeiro sintoma, com um chá, um analgésico... não já querer vários medicamentos. Não ter saúde envolve a parte espiritual, o negativismo, a pessoa viver de mal com a vida. E nós temos muito isso. Tem gente que encontra no posto, a medicação pra tratar da saúde dela e tem gente que precisa ser atendido todo dia. Não ser saudável, é estar faltando algo dentro dela mesmo. Temos pessoas que fazem exame já esperando que o resultado dê alguma coisa. Quando ela vê que está tudo bem, elas ficam decepcionadas. Elas somam os problemas”.

Já este funcionário dá uma lista concreta das coisas que precisam ser feitas e as coisas que precisam ser evitadas para ter saúde, qualidade de vida e bem-estar:

- (F5B): “Não fumar, não beber, não usar drogas, evitar uso compulsivo de remédios. Às vezes vem gente aqui, toda terça atrás do remédio e quer sempre um mais forte. Se torna dependente daquele medicamento e o medicamento faz a pessoa se tornar dependente químico. Procurar saber no seu íntimo o que tá te machucando pra você saber o porquê daquela doença. Normalmente, as pessoas quando tem algum problema procuram um medicamento, um calmante pra dormir e daí ele começa a ficar dependente desse calmante, e vai aumentando a dose. E dentro dele, algo grita socorro, mas ele não quer entender. Depressão é isso, a pessoa quer adormecer aquele eu dentro dela e vai aumentando a medicação”.

c) Que relação tem para você a vida no campo e a saúde?

Voltando ao campo, foi indagado sobre a relação que os entrevistados encontravam entre vida do campo e saúde, com o intuito de identificar quais práticas espaciais são fortalecidas pelo fato de viver na zona rural.

Este assentado comenta obre a realidade da comida com agrotóxicos como um fator determinante ao afirmar que no campo se tem melhor saúde. A alimentação, para ele, marca o principal motivo pelo qual se poderia afirmar que no campo se tem melhor saúde, sem contar que no sítio é mais tranquilo:

- (A3B): “Porque na cidade se você for comprar uma verdura, tem bastante química. E você plantando não tem química. Daí você não vai comprar uma coisa cheia de veneno, né? Ainda mais o tomate. Tomate tem veneno. Mas as outras coisas que a gente consegue plantar não tem veneno. Até os bichos a gente cria pra comer, igual o frango. E aqueles frango que a gente compra tem bastantes coisas neles, né? Então a comida que você produz pra você comer no sítio tem mais saúde do que aquelas que você compra na cidade. E a tranquilidade, né? Apesar de que tem bastante coisa que acontece no sítio, coisa de droga... mas você morar no sítio é mais sossego que na cidade. E outra, não tem barulheira de rádio, de carro”.

Este outro assentado, tem uma resposta mais concreta, se remetendo às desvantagens que a população tem quando mora na cidade:

- (A4B): “A cidade é um risco. Na cidade você tá preso. O ladrão tá solto. Então pra mim é assim, funciona assim”.

Vários dos assentados já moraram na cidade, o que lhes permite ter uma visão comparada ao momento de conferir entre um local e outro. É o caso deste assentado que, com uma detalhada argumentação, discorre as razões pelas quais acha que morar no campo traz melhores condições de saúde:

- (A5B): “porque eu já morei em vários lugares, né. Eu corri bastante trecho aqui. Os vizinhos são gente boa. A gente conhece todo mundo. A gente, onde chegar, é bem recebido. E pra mim, o sossego é tudo. É muito tranquilo. Na cidade, hoje, foi até proibido o som dos carros, mas os vizinhos são muito barulhentos. E aqui não. Aqui você não consegue incomodar ninguém, mesmo que você queira. Tá longe... Não que você queira viver isolado. Não! O lugar é tranquilo. Então eu gosto de morar aqui pela tranquilidade”.

Para este funcionário, a relação é clara e direta entre saúde e morar no campo. Até apresenta uma relação entre consumo e saúde, o que faz com que esteja firme na sua decisão de morar e trabalhar, segundo ele, no paraíso:

- (F5B): “Tem! Porque a terra, o ar, a árvore em si te proporciona paz, te refresca, proporciona saúde. E no urbano você toma um sorvete, uma cerveja, e isso te torna mais nervoso. Poluição sonora, de carro, tudo, e aqui não, o cantar dos passarinhos... e você até estranha. Porque antes eu acordava com buzina e aquele límpido... e até hoje eu vejo aqui o pôr do sol e percebo que isso é o paraíso”.

Segundo a opinião deste funcionário o vínculo de saúde no campo é muito forte, muito melhor e influi diretamente no bem-estar da população. Ele consegue afirmar que é preciso voltar para o campo, porém, é preciso também de organicidade para conseguir se manter morando lá:

- (F1B): “Na cidade, cada um termina seu serviço da saúde e vai embora. O vínculo da saúde com o campo é muito maior e isso influi muito na qualidade de vida porque as pessoas hoje sofrem muito de depressão e no campo nós percebemos que é bem menor essa porcentagem. Na cidade, a depressão atinge bastante as pessoas e na zona rural, é menor. As pessoas precisam voltar pro campo”.

d) Segundo sua experiência, que fazem as pessoas desta comunidade quando estão doentes?

Esta foi uma das perguntas pilares para observar as práticas espaciais nestas regiões, porque escutando as respostas sobre o que os entrevistados fazem no momento que ficam doentes, pode-se analisar as atitudes que têm frente à saúde. Curiosamente, vários dos assentados não fazem uso dos métodos alternativos de saúde e sim, de medicação e automedicação.

Para este funcionário, é surpreendente a quantidade de pessoas que usam medicamentos. Esta pessoa faz uma análise sobre a necessidade de, além de ter terra, ter condições de trabalho e sustento para as pessoas do campo:

- (F5B): “(...) e eu fiquei besta pela quantidade de pessoas que estão fazendo uso de medicamento controlado. Porque as pessoas vivem sob pressão e a pressão altera a sensibilidade do nosso coração, e você não dorme você gasta uma energia que você não tem e aquilo começa a te fadigar. Daí as pessoas começam a recorrer os antidepressivos. Via pessoas que sofrem nessa condição por não ter um cronograma da sua vida habitual. E tem pessoas que pararam de pensar. Eles ficaram dentro de seus lotes sozinhos, sem condições”.

Para este assentado, por exemplo, a resposta é ir ao médico unicamente, uma prática espacial recorrente na comunidade, possivelmente, pela facilidade de acesso:

- (A1B): “Só no médico. Se não tem médico, aí vai pra Sandovalina. (...) É, chama a ambulância e vai pra Sandovalina. A Ambulância leva e traz de volta. Agora se é um caso mais grave, aí tem de ir pra Prudente”

Igual acontece com este outro assentado, no momento em que fica doente, sua prática espacial é ir no postinho, isto, argumenta ele, por indicação das autoridades de saúde:

- (A2B): “A gente recorre ao atendimento aqui mesmo, né. Saúde, quando é coisa mais grave, graças a Deus nunca aconteceu, nós vamos pra Prudente. Mesmo algo pequeno: Postinho, porque a gente não deve se automedicar, né? E talvez seja dado o remédio, vai no médico e muita gente acontece isso, de achar que tomou o remédio e hoje já tá curado. Tomou hoje e amanhã já tem que voltar no médico porque não curou. E tem aquele determinado tempo pra aquele remédio começar fazer efeito”.

Já este outro assentado faz usos de métodos tradicionais quando as doenças não são graves. Foi o único que manifestou usar plantas medicinais:

- (A3B): “Assim, quando fica gripado, eu costumo fazer chá caseiro. Remédio caseiro, eu faço, por exemplo: xarope de agrião com hortelã, gengibre, cebola e alho”.

Enquanto este outro só confia no que possa ser feito no Posto de Saúde:

- (A4B): “Procura o postinho. Sempre. No caso, hoje a ambulância taí, né. No nosso caso aqui, é privilégio”.

E para este outro funcionário, a resposta é rápida e simples:

- (F4B): “Procuram o centro de saúde. Se não resolver aqui, eles são encaminhados pra especialidades...”.

e) Segundo a sua opinião, a religião contribui ou atrapalha para a saúde?

Perguntar sobre os costumes religiosos permitiu observar a forma como as práticas espaciais dos assentados são influenciadas pelas tradições e crenças. O que para alguns é algo totalmente independente, para outros é fundamental.

Para este assentado, por exemplo, são duas coisas totalmente diferentes que não interferem uma na outra:

- (A3B): “uma coisa é saúde e outra coisa é religião”.

Igual a este funcionário:

- (F4B): “Acho que não atrapalha não. Não influi em nada”.

Já para este outro entrevistado a religião ajuda, porque Deus cuida das pessoas que pedem para ele:

- (A2B): “Assim, a crença não. Mas você vai pedir pra Deus pra ter saúde, pros filhos estarem bem, o marido”.

Ora, para este assentado a relação é clara e a religião influi diretamente na saúde:

- (A3B): “Olha, na saúde... a religião também influi. Você tem que estar em paz, né, com Deus pra ter uma saúde boa também. Aliás, na saúde e na criação também do jovem, né. Porque você criando um filho na igreja é diferente”.

Este outro assentado traz exemplos que permitem ver como a religião modifica algumas práticas de saúde:

- (A4B): “Vou citar um filho meu que eu tenho. Ele nasceu na religião da gente e agora ele virou crente. (...) E pra saúde dele eu creio que ficou melhor. Porque antes ele fumava, ele bebia e depois que ele passou a religião, não fuma, não bebe. Então quer dizer, influi na saúde a religião? Influi bastante. Eu creio que eu tomo uma cervejinha, nós fumamos um cigarrinho e se nós quiséssemos tentar mudar, talvez nós parássemos”.

f) Você tem percebido alguma mudança no meio ambiente ultimamente? Se assim for, essas mudanças têm influenciado na saúde da comunidade?

As mudanças ambientais e do clima são fatores que alteram as práticas espaciais, as rotinas são modificadas quando o verão é mais prolongado ou quando o inverno é mais intenso. Por essa razão, perguntar sobre as mudanças climáticas, permitiu enxergar como os entrevistados têm percebido o ambiente e se isto tem influenciado nas suas práticas.

Para este assentado as mudanças tem sido perceptíveis, porém não tem afetado a saúde da população:

- (A1B): "Ah, bastante. Agora os dias são bem mais quentes, né... não faz tão frio. Bem mais calor. Mas isso não tem afetado a saúde de alguém que eu saiba”.

Para este outro assentado as mudanças do clima são evidentes e isso traz consequências diretas na saúde do povo:

- (A3B): “Tenho. O clima tá bem mudado, né, se a gente prestar atenção. O vento... Isso não é vento de vento. Frio, já tá começando a querer esfriar, né. Chuva... tem vezes que chove bastante e tem vezes que dá aquela seca. Ficou um bom tempo sem chover. Isso aí é tudo mudança no clima e a gente fica doente”.

As mudanças para este outro entrevistado são evidentes e faz com que os produtos também sejam afetados, o que, no final, afeta também a saúde da população:

- (A4B): “Tem. Vish! Mudou bastante. Que nem hoje, nós estamos no Outono né. Mas hoje, no ano passado, nessa época, não tava assim. Tava quente, quente, quente. Não tinha esse vento, não tinha nada. Ano passado quase não fez frio. Fez frio sim, mas muito pouco. Um, dois, três dias e parava e esquentava um pouco. Isso afeta muito a produção”.

Para este funcionário, as mudanças no ambiente são responsabilidade da contaminação e das pulverizações de agrotóxicos, o que afeta diretamente a saúde da população e prejudica o bem-estar dos assentados:

- (F1B): “A pulverização aérea da cana prejudicou bastante. Afeta diretamente a saúde na parte respiratória. No assentamento tem sido feita uma avaliação que faz relação com a pulverização aérea e o índice elevado de câncer. Quando há queimadas, mesmo que proibidas, aumentam as procuras por soluções de problemas respiratórios”.

Finalmente, este funcionário percebe como as mudanças no ambiente e no clima são devastadoras, atingindo a produção, a qualidade da água e os problemas de saúde da população aumentam, afetando a qualidade de vida dos assentados:

- (F5B): “Tenho. Terremoto, furacão, raio... aqui tem muito raio. O clima tá muito sobrecarregado. Antigamente não era assim. Essas indústrias que vieram pra cá e fizeram esse monte de caldeiras nessas usinas, fumaça passiva dia e noite comprometeu demais. O veneno demais. Acerola dava o ano inteiro. A manga, abacate... laranja quando tá no tempo de produzir, as florzinhas caem. Estamos tendo muita ação negativa, poluição nos rios, agrotóxicos. Tudo agora é veneno. Agricultor não pega mais enxada pra carpir sua roça, ele pega uma bomba. E essas mudanças têm influenciado na saúde da comunidade. Mal, muito mal. Doenças, muitas doenças que influenciam na parte do câncer, respiratórias, manchas na pele. Vira e mexe tem algum intoxicado vindo pra cá, com manchas, coceira. Tudo isso em decorrência do desenvolvimento do homem”.

g) Você identifica a escola como um espaço importante para aprender sobre saúde? Aprendeu algo sobre saúde na escola?

O que as pessoas lembram ter aprendido na escola sobre saúde, para nossa pesquisa mostra, a influência que tem suas práticas espaciais. A escola parece que é o espaço ideal para fortalecer ou modificar as práticas espaciais de uma comunidade. Por isso o desejo de perguntar sobre a opinião dos entrevistados sobre a escola e a saúde.

Este assentado lembra, vagamente, o que na escola foi ensinado sobre saúde, resgatando, basicamente, a necessidade de uma boa alimentação e o cuidado da saúde:

- (A1B): “Ah, sei lá. Que a gente tem que se alimentar bem, né.. cuidar bem da saúde ”.

Este outro tem lembranças ainda menos claras:

- (A2B): “Ah, em Ciências, aquelas coisas. Saúde, saúde, né?”.

E este entrevistado lembra que na escola são ensinadas algumas coisas importantes e indispensáveis para a saúde:

- (A3B): “Ah, lembro. Algumas coisas eles ensinam, né? Parte de ciências principalmente. Tem coisas que você já aprende em casa, né? Tipo, lavar as mãos pra comer. De alimentação você tem que lavar bem lavado. De escovação também, aprendi”.

Este outro assentado também rememora que na escola o que é ensinado é, basicamente, aquilo que tem a ver com a higiene pessoal, porém, não é muito significativo o que foi repassado nessa etapa:

- (A4B): "Eles falam sobre escovar os dentes, lavar as mãos pra comer. Hoje ensina mais do que aquele tempo nosso. Naquele tempo nosso era meio largado, né. (...) Eu não lembro de ninguém falar nada de saúde pra mim na escola”.

Já este funcionário, traz uma proposta sobre a necessidade de ter na escola um espaço formal para falar de saúde:

- (F1B): “Fundamental. Estão sendo feitas ações pra informar os estudantes, muito na parte de verminose, oftalmologia, prevenção contra dengue. A dentista faz o trabalho de prevenção nas escolas. Mas deveria ter no calendário escolar, uma matéria obrigatória voltada pra saúde”.

Diz outro funcionário:

- (F4B): “Escola é tudo. Escola tem que falar sobre sexualidade, religião, saúde”.

Finalmente, este outro funcionário amplia a visão para além dos temas de higiene, e fala da atividade física e da saúde emocional através das artes:

- (F5B): “Com certeza. Porque a Educação Física já foi feita pra isso, né. A artística também. São fundamentais dentro de uma escola. Sem elas, eu não ia conhecer os procedimentos do corpo. Tem crianças hipertensas dentro da escola que já estão sendo tratadas”.

h) Segundo a sua opinião como a mídia influencia na saúde da população?

Uma forte aliada, ou inimiga, da saúde pode ser a mídia, e isso foi visível nas entrevistas quando se evidenciou a influência que a televisão, o rádio e os jornais têm na propagação de campanhas ou na publicidade de bebidas ou cigarros. Por essa razão foi pedida a opinião sobre o alcance dos meios de comunicação nas práticas espaciais no campo.

Para um dos assentados, é indiferente à mídia, pois ela serve no momento que é preciso procurar alguma informação e acabou:

- (A2B): “Televisão, às vezes internet, tem alguma coisa e você vai e procura... e pronto”.

Para este outro entrevistado a mídia já traz informações de interesse e conselhos úteis:

- (A1B): “Ah, tem programa que fala pra gente fazer caminhada, ir mais nas plantas... porque, né... essas coisas assim”.

Um pouco mais animado, este entrevistado manifesta que a televisão ajuda, mas que o pouco tempo que tem para assistir faz com que não seja muito significativo o conteúdo:

- (A3B): "Aprendo... assim, você vê na televisão coisas novas, você aprende, né. Ou algo que você não sabe e alguém vai e te fala. A televisão ajuda. Algumas partes da televisão, né? Porque tem uns programas... Tem programas que falam de saúde na televisão. E quando eu tenho tempo, eu assisto".

Este outro assentado reconhece que, mesmo assistindo, não leva tão a sério:

- (A4B): "É que a gente não leva muito a sério, né. Tem aquele "Bem Estar" da televisão, né. Aquele lá se a gente levar é importante, né. Só que a gente não...".

Para este funcionário, a influência da mídia é negativa, porque tem muito poder sobre as pessoas e enviam mensagens perigosas para a população:

- (F5B): "Negativa. A bebida, né. O cigarro, né. As danças também, o funk. As crianças também, elas se inspiram nesses cantores. Os meninos da escola querem ser 'mc's'. E as mídias, quando começaram a fazer pressão sob essas crianças, começaram a trazer prejuízo pro público. Essas novelas eu não acho um incentivo. Coloca cárcere privado, coloca a moças sobre uma opressão, bullying".

Já este outro funcionário traz uma proposta sobre o que a mídia deveria fazer:

- (F4B): "Eu acho que a mídia devia fazer mais prevenção de saúde na televisão, contra cigarro e bebida. Influenciam mais negativamente. É apelativo, pois tem que falar que cigarro e bebida mata, mas não falam".

Finalmente, este funcionário comenta sobre a importância que tem a mídia fazendo um trabalho informativo e de prevenção, aproveitando o alcance que tem, porém, adverte sobre o risco das campanhas serem feitas nas capitais, com publicidade televisiva sobre o que só acontece nas capitais e não chega nas cidades do interior:

- (F1B): "Sim. Aquilo que é positivo, pra prevenção, às vezes é lançado pelo governo mas demora muito pra chegar até nós. E os usuários chegam aqui na porta já cobrando por uma medicação que ainda nem passou pelo processo burocrático pra ser enviada pra nós (e por vezes, nem chega). Isso então é um ponto de vista negativo. Doenças como Aids, hanseníase, tuberculose, dengue etc, a mídia faz um trabalho interessante em cima desses assuntos, e é um ponto positivo. Mas existem pessoas que não se importam muito".

5. OS MARGINALIZADOS DOS MARGINALIZADOS: EXPERIÊNCIA NA COLÔMBIA

*Nós os 'cholos'²⁵ não pedimos nada,
pois faltando tudo, tudo nos alcança (...)
Você diz que eu sou triste, o que quer que eu faça? Vocês
não dizem que o 'cholo' é sem alma?
E que é como pedra, sem voz sem palavra?
(Luis Abanto Morales - Cholo soy)*

A realidade de muitos povos indígenas latino-americanos, na maioria dos casos, está longe do ideal que se tem escrito em várias constituições, acordos e tratados ao longo dos séculos. A sua qualidade de vida e o exercício dos seus direitos ainda não são prioridade de muitos dos governos e se têm problemas graves nos seus territórios, com a sua tranquilidade e a sua sobrevivência diariamente em risco. São mais de 28 milhões na América Latina. Segundo os censos oficiais feitos entre 2000 e 2008 (CEPAL, 2014), são os primeiros povoadores da nossa terra, primeiros moradores do campo, donos de tradições centenárias e, contudo, uns dos mais excluídos.

Embora sua visibilidade e participação tenham melhorado em alguns dos países da região, e tenham se conseguido importantes avanços no acesso à educação, por exemplo, e uma redução da pobreza em países como Peru e Bolívia (CEPAL, 2000), as evidências demonstram que esses progressos têm sido poucos. Hoje, os indígenas são os mais pobres entre os pobres do continente. Habitam em condições precárias e recebem rendas miseráveis, vivendo encurralados por projetos de desenvolvimento econômicos e políticos nos seus territórios que não coincidem, necessariamente, com a ideia de desenvolvimento na sua própria visão de mundo (BANCO MUNDIAL, 2003).

Na Colômbia a situação não é muito diferente. Segundo o último censo, a população indígena é de 3,4% e está localizada em 710 'resguardos' que, dos 228 municípios, ocupam apenas 27, nos 32 departamentos em que a Colômbia está dividida politicamente (DANE, 2005). Seus processos de luta, que vêm desde a invasão europeia, têm-se tornado ainda mais fortes nos últimos 25 anos, desde que a Constituição de 1991 protege a diversidade étnica e cultural (CPC, art. 7) e reconhece para as comunidades indígenas direitos territoriais, étnicos, culturais e de participação, entre outros.

²⁵ **Cholo** é um termo usado em países da América Latina para identificar a população indígena ou com traços indígenas, deixando de fora os brancos, negros e descendentes asiáticos, por exemplo. Segundo a RAE (Real Academia da Língua Espanhola), é usado para falar de um índio.

Porém, esta maravilha legislativa está longe de ser uma total realidade para várias destas comunidades, pois, persistem problemas tão graves como, por exemplo, a usurpação dos seus territórios por parte de multinacionais ou grupos armados (INDEPAZ, 2009). Um caso desta realidade tem acontecido com as comunidades indígenas da costa pacífica colombiana que, mesmo habitando uma região de imensurável riqueza natural, sofrem em condições precárias por terem sido afetados pela presença de grupos armados que mantêm confrontos pelo controle do território para, entre outras coisas, poder usá-lo com cultivos ilícitos ou assentamento de tropas, o que tem obrigado a população indígena a ser desterritorializada e deslocada para as cidades.

Este deslocamento da população indígena da costa pacífica colombiana responde não só às dinâmicas da violência, como também, segundo a Agência da ONU para os refugiados (ACNUR, 2004), está associado a interesses econômicos e à execução de projetos que usualmente, tem a ver com a exploração dos recursos naturais; de fato, segundo a ACNUR, a maior parte da população desterritorializada é das regiões onde há iniciativas agroindustriais, obras de infraestrutura ou megaprojetos.

Toda esta difícil realidade que afrontam os indígenas, camponeses e comunidades afrodescendentes, moradores em geral do campo da Colômbia, faz com que não seja simples realizar trabalhos com estas comunidades. Por esta razão, não foi fácil encontrar um assentamento para trabalhar e estudar a experiência na Colômbia. As razões podem ter sido variadas: o contexto socioeconômico que está vivendo o país; os acordos de paz com a guerrilha, a histórica luta das comunidades camponesas contra os grupos armados sejam guerrilhas, paramilitares ou o mesmo exército, a batalha política que por mais de sessenta anos tem acontecido no campo colombiano. Essas e outras razões podem ter feito com que as comunidades não tenham sido tão abertas para compartilhar suas experiências neste estudo.

A primeira aproximação com a Colômbia se deu através de uma ONG que trabalha nos Montes de María, uma região muito atingida pela guerra interna, localizada no departamento de Bolívar, costa caribe colombiana. Depois de quase sete meses de comunicações não foi possível concretizar o trabalho, por razões que não nos cabe aprofundar. No entanto, mais para frente, conseguiu-se entender a vantagem de ter tido a oportunidade de trabalhar com uma organização social. Após algumas outras tentativas para conseguir uma comunidade, chegou o momento da viagem para Colômbia, mas ainda sem definição do local do trabalho de campo.

Por ter conhecido, através do mestrado, militantes de movimentos sociais do Brasil

como MST, MAB ou MPA²⁶, e ter aprendendo sobre seu trabalho e sua luta, decidiu-se tentar estabelecer uma comunicação com alguma organização social, movimento camponês ou coletivo rural colombiano através da Via Campesina. Assim, conseguiu-se o contato do CNA (*Coordinador Nacional Agrario*), um movimento social de trabalhadores rurais, que se auto definem como camponeses e camponesas pobres, pequenos e medianos produtores agropecuários, indígenas e afro-colombianos, sem-terra que trabalham no campo, na pesca, com trabalho associativo e cooperativo. Este movimento social, que desde 1997 tem motivado processos de coordenação coletiva, pesquisa, discussão e planejamento de iniciativas agrárias pertinentes ao campo colombiano e coerentes com as necessidades e interesses da população (CNA, 2012), fez o convite para a *V Assembleia Nacional CNA*, depois de uma reunião com uma das lideranças do movimento, onde se poderia conhecer a organização e conseguir marcar uma visita em um dos territórios.

A participação na *V Assembleia Nacional CNA*, no Resguardo Indígena San Lorenzo do Município Río Sucio, Caldas, durante a primeira semana de fevereiro de 2016, foi uma das melhores e mais enriquecedoras experiências neste processo. Nesse dia e nessa reunião foi possível entender que, para o desenvolvimento dos povos, é muito importante o fortalecimento dos movimentos sociais, que são a expressão da população e que, com as suas ações, procuram-se e conseguem-se a mudança histórica e social. Depois desta vivência, ficou claro que o verdadeiro sujeito da história é a sociedade (GARCÍA-PELAYO, 2016) e ficou claro, também, que são os movimentos sociais os que movimentam a história ao agir, os que consolidam e garantem a democracia. A Via Campesina mobiliza e contribui com esse processo e, como foi comentado anteriormente, faz a ponte para poder conseguir entrar nestas duas realidades - o Brasil e a Colômbia - e observar, entendendo como dois povos moradores do campo e vítimas das mesmas consequências e pelos mesmos atores.

Nestes dias foi possível conhecer a delegação de Chocó, um dos 32 departamentos da Colômbia, localizado no noroeste do país, circunscrito à Região Pacífica, que tem uma extensão de 46.530 km² e que, por orientação das lideranças do CNA, seria a comunidade que poderia acolher esta pesquisa. Assim começou o trabalho de campo, porém, antes de entrar no relato das experiências na Colômbia é preciso fazer alguns esclarecimentos para ajudar na compreensão.

²⁶ MST: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. MAB: Movimento dos Atingidos por Barragens. MPA: Movimento de Pequenos Agricultores.

5.1 Colômbia pacífica.

A Colômbia é o único país sul americano banhando por dois oceanos. É um Estado Social de Direito que, segundo a Constituição de 1991, está organizado em forma de República Unitária e descentralizado, com autonomia nas suas entidades territoriais. É democrático, participativo e pluralista. Para sua administração, o território colombiano está dividido em

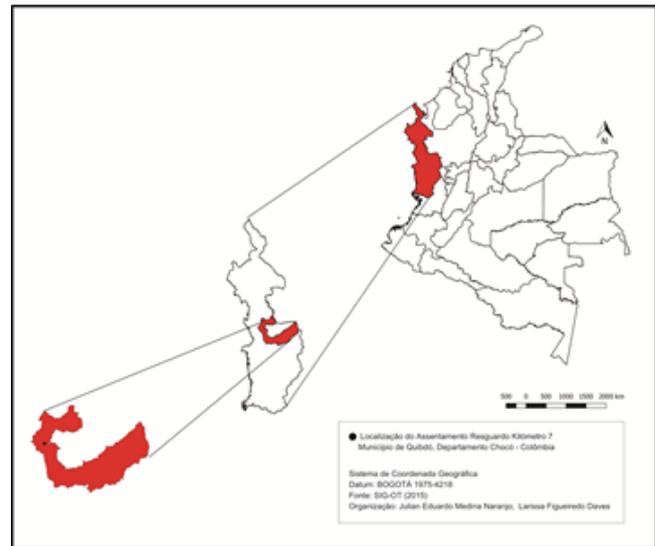
departamentos que, por sua vez, estão divididos em municípios. As unidades básicas da administração política são os municípios que estão regidos por um prefeito (*alcalde*) e um conselho municipal, eleitos por voto popular. Cada um dos 32 departamentos é administrado por um governador e por uma assembleia de deputados, também eleitos popularmente a cada quatro anos.

A Constituição de 1991 reconheceu, pela primeira vez na história da Colômbia, a natureza pluricultural, diversa e multiétnica do país, reconhecendo as comunidades indígenas, negras e ciganas. Essa aceitação trouxe a validação como *'resguardo indígena'* para quase um quarto do território nacional e instituiu novas figuras de direito territorial que tinham, como propósito, beneficiar quase 12% da população de comunidades rurais (CORTEZ, 1999).

Porém, em Chocó, um dos quatro departamentos da região pacífica colombiana, estes reconhecimentos, longe de resolver alguma coisa, trouxeram alguns problemas. Segundo Andion (2000), a chegada dos primeiros negros que foram trazidos para a extração de ouro, numa região habitada, principalmente, por indígenas Embera, provocou uma série de ocupações e enfrentamentos. A comunidade negra, por exemplo, localizou-se dispersa pelos afluentes, o que lhe deu domínio cultural e econômico sobre os rios. Em contraponto, os indígenas, por terem habitado primeiro essa terra, reivindicavam o direito mítico e, essa anterioridade, acrescentava o desejo de salvaguardar sua tradição cultural.

Segundo esta lógica, se a terra baixa ficou nas mãos dos negros, a terra alta era propriedade dos indígenas, não só as que ocupavam de fato, como também as terras vagas. Desta forma, para os Embera, os negros acabam usando as terras por uma espécie de concessão, que obriga uma compensação permanente, dando origem à postura peculiar dos

(Mapa 3 - Mapa Colômbia-Chocó)



indígenas frente aos negros. Contudo, para a comunidade negra, o direito à terra não é pela origem, senão pelo trabalho e, assim, nasce uma confusão que define a composição das trocas interétnicas (LOZONCZY, 1997).

Como se não bastassem esses desencontros entre estas etnias, a região sofre, também, por causa da ausência do Estado e a presença de grupos ilegais. Segundo o antropólogo Efraín Jaramillo (2008), guerrilheiros e paramilitares têm o controle territorial da região, suplantando ao Estado numa espécie de ditadura territorial. Este autor adverte a preocupante situação da economia regional que tem se conformado ao redor dos cultivos de coca, um dos negócios mais empobrecedores e depredadores para a região (JARAMILLO, 2008).

Neste contexto político e socioeconômico, deu-se início ao trabalho de campo.

5.2 A viagem ao interior da Colômbia: Relato em primeira pessoa.

Por considerar melhor para o entendimento e a redação, esta parte do texto é apresentada com redação em primeira pessoa, para melhor manifestar observações particulares, comentários subjetivos e opiniões pessoais do autor, como parte do encontro do pesquisador com a realidade analisada, reconhecendo que dentro da semântica do texto deseja-se resgatar a sensação de quem observa.

5.2.1 Chocó: no canto do esquecimento

Minha expectativa de chegar ao Chocó tinha crescido com o tempo. Fazia muitos anos que a vida estava me puxando para lá. Foi o único departamento da região pacífica colombiana que não consegui conhecer quando trabalhei em projetos com o Ministério da Educação Nacional, e a minha grande dívida com esse povo, que tinha conhecido em outras regiões, cresceu com o tempo. Enfim, estava na rota, ia conhecer esse cantinho da Colômbia tão esquecido pelo Estado e que tantas vezes tinha escutado.

Saindo da cidade Pereira, acho importante ressaltar que as únicas rodovias que permitem chegar a Quibdó, capital do departamento, são Quibdó-Medellín, uma via sem pavimentação, e Quibdó-Pereira, que está em processo de pavimentação. Saindo de Pereira, começou uma viagem, desde a noite anterior, que acabou às 08h00min, com a minha chegada na Rodoviária da cidade onde principiou o choque com a realidade deste povo. Embora já sentisse que estava pronto para enfrentar a Quibdó, a verdade foi que fiquei muito

consternado com o que achei. Eu já sabia que Chocó é o departamento mais pobre da Colômbia, com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (0,684) e um índice de analfabetismo de 24.2%, segundo o último censo (DANE, 2005). Mas a realidade foi bem mais chocante. Em entrevista com os delegados da Secretaria de Saúde, fiquei sabendo que quase 65% das casas não têm acesso a serviços públicos e a cidade não conta com Aqueduto nem rede de esgotos. A alimentação é bem mais cara porque as vias de acesso são precárias, o que aumenta os seus custos. As necessidades básicas não são atendidas para 79,7% da população e a expectativa de vida é de 58,3 anos, sendo de 70,3 anos no resto do país.

Depois de caminhar pelas ruas conhecendo o centro da cidade, antes de me encontrar com os líderes da comunidade onde trabalhei, consegui perceber que as condições de salubridade são bem deficientes. Em conversas informais com algumas pessoas, fiquei sabendo que a região tem presença de todos os grupos armados existentes na Colômbia, além da Polícia e do Exército. Em Chocó, podem-se encontrar grupos da insurgência como FARC e ELN, assim como grupos paramilitares conhecidos como BACRIM (Bandas Criminais) autodenominados *Águilas Negras*, *Urabeños* e *Gaitanistas*.

Em contraste, a riqueza em biodiversidade é surpreendente. Chocó é o único departamento com dois oceanos e uma magnífica capacidade hídrica, é a segunda zona de mais alta pluviosidade no mundo, com mais de 9.000 ml de precipitação anual e uma temperatura média de 28°. Sem mencionar o tesouro cultural que nas suas terras habita, com umas das maiores comunidade afrodescendente e indígena do país, 59 títulos coletivos de comunidades negras e 120 resguardos indígenas dos 710 resguardos localizados em 27 departamentos, alguns deles ainda sem legalização de títulos. Isso significa que, dos seus 450.000 habitantes, 81% são afro-colombianos, 10% são indígenas (Embera Dovida, Embera Chamí, Embera Katios, Tules e Waunaán,) e só 9% são brancos (DANE, 2015).

Esta realidade traz de novo a dicotomia Desenvolvimento-Vulnerabilidade, que tínhamos falado no capítulo 2. A voracidade do extrativismo e as políticas de exclusão e despojo que tem chegado fantasiadas com o discurso de ‘Desenvolvimento para a região’, tem deixado as comunidades indígenas e afrodescendentes com os seus territórios cedidos. Um exemplo são os 181.636 hectares cedidos à empresa mineradora *Anglo Gold Ashanti*, para extrativismo e exploração. Além do trabalho de outras empresas como *Exploraciones Choco SA*, *Cordillera Exploraciones Mineras SA*, *Angloamerican Colombia Exploración SA*, *Cocohondo SA*, *Muriel Mining Corporation*, *Consorcio Metrocorredores* e *Condoto Platinum SA*. E a existência dos programas de venda de serviços ambientais de conservação e reflorestamento da selva para captação de CO₂, a plantação de monocultivos de Palma Dendê,

árvores madeiráveis e a construção de vias e portos que permitem a expropriação dos recursos naturais (CNA, 2012).

Já na cidade, a realidade é dolorosamente preocupante, e ainda não tinha chegado ao meu destino final. A comunidade está ciente porque se consegue escutar a população falando nas padarias, nas ruas, nos restaurantes ou nos parques, sempre com medo, da realidade da região que está militarizada e paramilitarizada, com o intuito de controlar o território. A fome impera devido aos preços da comida que chegam, a assistência do governo central em projetos de produção de alimentos é nula e as pulverizações de agrotóxicos para os monocultivos, principalmente, contra as plantações ilegais, acabam com as poucas alternativas de conseguir alimentos, condenando a população à desnutrição e a viver sem força.

A força física é enfraquecida pela fome e a vontade para lutar também é apagada pelo assistencialismo que tem reduzido essa capacidade de luta. Acostumados a receber ajudinhas por períodos, agora brigam para receber mais caridade e não para reivindicar os seus direitos. Parece que a única ideia no roteiro planejado para essa população é a desterritorialização: as difíceis condições de vida, os precários serviços de saúde e educação, as mínimas oportunidades de trabalho e a guerra têm obrigado às comunidades a saírem dos seus territórios e entregá-los às empresas multinacionais.

Neste primeiro dia, consigo perceber que a realidade que bate na cara da população, diariamente, não tem conseguido tirar a sua alegria e seu entusiasmo. Uma cidade predominantemente negra que vive de festa, eu escuto as músicas nos carros, saindo das casas, as pessoas falando alto, cumprimentando-se de longe e lembrando familiares que não veem faz tempo sem se importar que alguém mais possa escutar, parece como se todos fossem da mesma família. Porém, no meio de tanta gente, da música alta e do barulho, como fantasmas, deambulam pelas ruas da cidade pessoas pequenas, de cabelos pretos e lisos, com roupas gastas, sobretudo as mulheres e as crianças, sem sapatos, parecem que ninguém os percebem. Parece como se as pessoas estivessem acostumadas com a sua presença espectral, nem falam a mesma língua. Assim fiquei sabendo depois que, com essa turma, aparentemente invisível, é com quem vou trabalhar por uma semana: os Embera do Chocó.

No dia seguinte, fui à casa de uma das lideranças que tinha conhecido na Assembleia do CNA. Ela me falou da possibilidade de trabalhar com uma das comunidades que ela conhecia. Falou-me que só tinha ido uma vez e que não conhecia pessoalmente o Governador Indígena do resguardo, que tinha falado por telefone com ele e que eu poderia ficar lá, com eles, por uma semana. Decidi ligar para o governador e marcar para nos encontrar no centro da cidade. Com as malas nas costas fui ao seu encontro no endereço que ele me passou.

Cheguei numa igreja cristã e ali dentro estava o governador com algumas pessoas da sua família. Não foi para mim uma surpresa encontrar eles nesse lugar, porém, foi sim saber a razão pela qual estavam comparecendo nesse dia: era encontro de cura e libertação e eles, mesmo não sendo cristãos, chegaram procurando a solução para suas doenças que, depois, eu descobriria que são muitas. Este tipo de evento religioso tem se convertido na única forma como conseguem lidar com as enfermidades na comunidade.

De caminho para o assentamento, não foi possível falar com ninguém além do governador, e também não falamos muito, já que ele cumprimentava alguém em cada esquina e dava dois ou três passos atrás. As mulheres e as crianças, que nem olharam para mim, freavam quando ele freava. Depois de deixá-los em um ônibus que os levaria para a comunidade, eu e o governador começamos a falar sobre o projeto. Ofereceu-me sua casa para ficar no resguardo durante essa semana e me comentou que só precisaríamos comprar algumas coisas para comer, eu concordei e fomos ao mercado.

Devo confessar que me senti desconfortável ao chegar ao caixa do mercado e me vi contemplando incrédulo, para o governador e para o carrinho do mercado, com olhos de quem não havia sido informado de quantas coisas haveria de pagar. Reconhecendo que ele estava oferecendo sua casa para mim que, pelas roupas e aparência da sua família, parecia evidente que a situação não era fácil e que, talvez, minha visita poderia significar uma oportunidade para abastecer as prateleiras. Decidi pagar, não sem antes tentar uma piada para descontrair esse momento. Já estava a caminho, já havia conseguido uma comunidade e, com as malas nas costas e muitas sacolas de mercado nas duas mãos, começou uma das semanas mais intensas dos últimos anos.

5.2.2 Uma semana com os Embera.

A semana começou depois de pegar o ônibus até a rodoviária da cidade e, dali, um moto-táxi até o resguardo, à beira da rodovia, em uma comunidade de casas de madeira. Esta comunidade já não parecia ser território afro, aqui eram mais os indígenas. Não parecia ser muita a segurança que tinha no resguardo, mas todos pareciam respeitar o espaço dos Embera. Ninguém entra, segundo me fala o governador, sem ser convidado por eles e, por isso, me orienta que não posso caminhar livremente sem a sua companhia, porque poderia ser perigoso. Está tarde, já está quase escuro, decido arrumar minhas coisas, armar a barraca e dormir.

Durante as caminhadas pelo resguardo, posso sentir muitos olhos sobre mim, posso

sentir os olhares, mas não consigo ver as pessoas. Parece desabitado, muitas casinhas de madeira elevadas pouco mais de um metro sobre o solo, o barulho do rio como trilha sonora e algumas crianças que ainda não sabem que devem ter medo de quem não é da sua comunidade, ainda mais um branco de barba. Algumas dessas crianças me olham e sorriem.

Vários deles sabem espanhol, os tenho escutado falar, embora quando fico perto falem Embera. Eu sinto como que estivessem falando de mim. Pode parecer paranoia. Decido me focar nas minhas observações. Durante esses dias, acompanho o governador nas suas atividades no resguardo e na cidade. Algumas vezes fico só e, quando não estou com ele no resguardo, permaneço na casa, foram suas orientações. E, por decisão minha, quando estou na casa, sem ele, me mantenho na porta escrevendo e olhando. A esposa do seu filho permanece na casa, é melhor evitar qualquer mal-entendido.

Faço quatro entrevistas com a comunidade, uma delas coletiva porque a dificuldade com o idioma me faz depender muito do tempo do governador, meu tradutor. Outras três com funcionários do hospital local, e outra com uma funcionária que trabalha na Secretaria de Saúde do Departamento. Chama-me a atenção a convicção deles de nunca terem necessitado do médico ocidental. Um deles comenta que “Embera nunca adoeceu. Embera adoece desde que o branco trouxe seu desenvolvimento. Poluíram a nossa água e o nosso ar. E agora quando estamos doentes temos que esperar sua caridade”. Escutando-os não posso deixar de sentir culpa por ser parte dos brancos desenvolvimentistas. Parece como se as reclamações estivessem sendo feitas para mim como representante dos brancos da capital. Não consigo deixar de pensar que não devem ser muitas as vezes que têm oportunidade de se expressar abertamente frente de um interlocutor com as minhas características.

Na comunidade tem um cemitério e não têm sido muitos os falecidos desde que chegaram neste território, não tem muito nestas terras, vem de outros locais. Não é muito clara a razão pela qual esta comunidade foi constituída e o governador não responde às perguntas diretas que faço sobre esse assunto e, sempre que entramos nesse tema, acabamos saindo de um jeito ou de outro. Escuto algumas pessoas falando que eles tiveram que se deslocar pela violência. Outras pessoas na cidade me dizem que eles foram expulsos das suas comunidades originais por terem cometido alguma falta ou violação às normas. Outros pedem para eu me cuidar porque acham que essa é uma ‘favela de criminosos’. Nas tardes, quando está quase escuro, antes da noite, vejo muitos jovens, homens da comunidade, em motos, vestindo calça jeans, camisas e tênis, bebendo e escutando músicas. Atividade diária e que não fica limitada aos finais de semana. Cedo, de manhã, quando a escuridão está indo embora, ainda ficam alguns deles bebendo e rindo. O governador comenta que, sem trabalho nem

educação, esses jovens não têm muitas outras opções.

Porém, uma das coisas mais difíceis de observar nesta semana é a relação dos homens com as mulheres da comunidade. Especificamente, na casa na onde fui hospedado, em que a menina, muito nova, mulher do filho do governador, é cobrada com força e às vezes até de formas grossas pelo seu trabalho: cozinhar e manter a casa, muitas vezes até vestir ao seu marido, bêbado, enquanto ele mostra para os seus amigos o forte que é gritando, e às vezes, batendo na mão ou no braço, pela lerdade da sua mulher. Essa relação submissa da mulher, seus olhos sempre enxergando o chão e suas mãos apertadas me deixam nervoso. Não posso evitar sentir desagrado. Não é prudente opinar, preciso me assegurar e só seguir observando.

Visito a escola da comunidade, um espaço físico que, segundo o governador, custou muito dinheiro. Dinheiro que parece como se tivesse ficado nos bolsos de alguém mais, porque nunca chegou para esta comunidade. São duas salas sem vidro nas janelas, umidade e sem pintura nas paredes, chão de cimento e cadeiras velhas. Comentam-me que é muito difícil para as crianças que acabam o fundamental 1 nesta escola, achar vagas nas escolas públicas para seguir com seus estudos: as escolas são longe, não tem transporte e as aulas são em espanhol. Muitas crianças começam com notas ruins porque até eles aprenderem o idioma num nível conveniente, já estão atrasados com relação aos seus companheiros. Falam-me da importância do trabalho bilíngue nas escolas e da necessidade de manter os seus costumes e tradições.

No centro da comunidade encontra-se um espaço tradicional e importante, segundo me comenta o governador. Um centro de reuniões que, por décadas, tem sido usado para tomada de decisões e encontros cerimoniais. Porém, ultimamente, nesta comunidade, tem se convertido no recinto das festas e atividades sociais, como assistir aos jogos de futebol ou beber nos finais de semana. Este centro, dizem, junto com a escola foi financiado por algum político, porém, todo projeto que é feito em nome deles, nunca chega completo para comunidade. São repetitivas as denúncias que me fazem na comunidade sobre os roubos dos políticos em seu nome, sobre a necessidade de receber ajudas e o desconforto por não receber doações. Não posso evitar pensar que tenho escutado muitos comentários sobre o direito de receber ajudas e muito poucos sobre a necessidade da restituição dos seus direitos fundamentais: saúde, educação, qualidade de vida.

Acaba uma semana num mundo que desconhecia. Uma semana de muitos aprendizados. Vou com as minhas malas nas costas até o terminal de transportes, novamente de moto-táxi, acompanhado pelo governador. Agradeço. Subo para o ônibus e volto na minha

realidade, olhando pela janela umas crianças Embera, com uniforme da escola e com os sapatos nas mãos, que estão voltando para as suas realidades.

5.3 Práticas espaciais na Colômbia: A voz dos protagonistas.

As entrevistas semiestruturadas feitas com a população do resguardo e com os funcionários serão apresentadas a seguir, compartilhando as opiniões, os comentários e a análise do discurso destes depoimentos. As entrevistas foram transcritas e utilizado o programa TextSTAT, com o qual conseguiu-se reconhecer as Palavras Significativas, aquelas que mais frequentemente foram repetidas durante as falas dos entrevistados.

Uma vez que se obteve este grupo de Palavras Significativas, estas foram integradas, fazendo conjuntos pelos seus significados, constituindo, assim, grupos que foram chamados de Campos Semânticos. Estes Campos Semânticos foram conformados, arbitrariamente, segundo seu significado, como foi dito, cientes de que algumas vezes puderam ter sido usadas com diferentes intenções, por essa razão, quando uma palavra teve outra intencionalidade no discurso, seu Campo Semântico foi mudado. Por exemplo, a palavra ‘você’ foi interpretada para a construção de Campos Semânticos Alteridade, que significa ‘o outro’, aquele que ‘não é como eu’, porém, algumas vezes, é usada para manifestar Identidade. Neste exemplo o entrevistado fala de como foram criados os Embera e como a sua tradição ensina que Deus “compartilhou com a gente e disse para nós: **você** deve ter uma companheira, uma mulher só, e para a mulher um homem só” (A1C); neste exemplo, a palavra ‘você’ não expressa o que outra pessoa devia fazer, senão o que o próprio entrevistado faz. Por essa razão no momento de construir o Campo Semântico Identidade, essa fala do entrevistado foi incluída.

5.3.1 Colômbia: Palavras Significativas e Campos Semânticos.

Para estas entrevistas a palavra mais significativa é Saúde, com 128 repetições, palavra transversal e pilar das conversas realizadas. Alguns Campos Semânticos foram constituídos embora a palavra em si nunca tenha sido dita: é o caso dos Campos Semânticos Identidade e Alteridade, entre outros, que foram criados juntando as palavras significativas que pelo seu significado ou intencionalidade precisavam um grupo específico.

As falas foram muitas e muito variadas. Foram comentados assuntos que estavam fora das perguntas. Justamente, o roteiro foi construído para não ser respondido com ‘sim ou não’ ou com números, pedindo, segundo o caso, opinião ou explicação da resposta e desta

forma abrindo a discussão para que muitos comentários fossem feitos. Os Campos Semânticos criados foram:

a) Campo Semântico “Identidade”: é entendido como o conjunto de características próprias de uma pessoa, ou de um grupo, que permite identificá-los, diferenciá-los e reconhecê-los dos outros. E também a concepção do coletivo sobre si mesmo, em relação com os outros. Neste Campo Semântico, foram integradas palavras como ‘comunidade’ com 110 repetições; ‘indígena’, com 94; ‘nós’, com 69; ‘Embera’, com 35; ‘etnia’, com 9; ‘cultura’, com 7; ‘companheiros’, com 6; e ‘tradição’, com 3 repetições.

b) Campo Semântico “Alteridade”: entendido como o conceito que reconhece “um outro” diferente da pessoa que está sendo entrevistada, um indivíduo diferente que não forma parte da própria comunidade. Este conceito pressupõe o reconhecimento do ‘Outro’, assumindo sua própria identidade. A existência de ‘um Outro’ implica que há algo que não é próprio e, por essa razão, não forma parte da existência individual da pessoa. Neste Campo Semântico foram incluídas palavras como: ‘vocês’, com 90 repetições; ‘a pessoa’, com 28; ‘gente’ (que em espanhol faz referência às outras pessoas), com 27; ‘pessoas’, com 18; e ‘afros’, com 9 repetições.

c) Campo Semântico “Espaço-Local”: entendido como propõe Yi-Fu Tuan (1977,) como aquela experiência cotidiana, em constante relação dialética e que é uma construção puramente humana. Nesta perspectiva, entendemos a natureza do lugar e do espaço como algo relativo, que varia de acordo com a experiência ambiental em suas múltiplas matizes: cultural, social e histórico. Neste campo semântico, incluem-se palavras como: rural (22), desterritorializados (21), zona (20), campo (13), resguardo (12), espaço (9), terreno (8), região (6), deslocamento (6), terra (5), pacífico (4), bairro (3), mundo (4), natureza (5), rio (8) e clima (5).

d) Campo Semântico “Atenção à Saúde”: entendido como o conjunto de serviços proporcionados aos indivíduos, com o objetivo de promover, proteger e restabelecer sua saúde. |Dentro desde campo semântico estarão os serviços das organizações médicas, sanitária, pública ou privada, que prestem atendimentos às pessoas que precisam do serviço, doentes ou não. Neste campo semântico, temos incluído palavras como ‘serviço’ com 36 repetições; ‘médico’, com 33; ‘hospital’, com 26; ‘atenção’, com 24; ‘IPS’, com 16; ‘instituição’, com 14; ‘EPS’, com 9; ‘medicamento’, com 9; ‘enfermagem’ com 3 e ‘odontologia’, com 3 repetições. Neste Campo Semântico também foram incluídas as palavras que faziam referência às doenças, entendidas como aquele padecimento, ou alteração que

afetam aos seres vivos, e que prejudica o seu funcionamento, total ou parcialmente, e que apresenta alguns sintomas ou sinais. As palavras foram: doença (25), doentes (11), paciente (11), urgências (6), dor (4) e curar (3).

e) Campo Semântico “Institucionalidade”: será entendido como o atributo básico de um estado social de direito. A institucionalidade é entendida aqui como a organização político-administrativa de um país. Entende-se que, um estado que exerce sua soberania constrói uma distribuição político-administrativa onde se dividem os poderes, usando todos os organismos necessários para dirigir seu território. Neste campo semântico, foram incluídas palavras como: ‘Chocó’, com 29 repetições; ‘departamento’, com 17; ‘secretaria’, com 16; ‘povoado’, com 13; ‘cidade’, com 12; ‘Quibdó’, com 12; ‘estado’, com 11; ‘município’, com 11; ‘país’, com 11; ‘Bogotá’, com 6; ‘Colômbia’, com 6; ‘nacional’, com 5; ‘lei’, com 5; ‘prefeito’, com 4; ‘institucional’, com 4; ‘ministério’, com 4; e ‘governador’, com 3 repetições.

f) Campo Semântico “Movimentos Sociais”: será entendido como aqueles coletivos de pessoas que compartilham uma ideia sobre temas concretos ou gerais da realidade social, que tem um grão de organicidade, mesmo não sendo um grupo fortemente estabelecido, formalizado ou institucionalizado; que usam ações coletivas na procura de mudanças sociais nos seus contextos. Neste campo semântico, foram incluídas palavras como: ‘organização’, com 31 repetições; ‘associação’, 19; ‘participação’, 6; ‘CNA’, com 5; e ‘líderes’ com, 4 repetições.

Junto com estes seis campos semânticos que foram os grandes protagonistas das entrevistas, constituíram-se outros, com menor ocorrência, contudo, também muito significativos:

g) Campo semântico “Educação”: entendido como aquele processo de formação que desenvolve capacidades físicas, intelectuais e sociais dos seres humanos, onde foram incluídas palavras como: escola (14), educação (11), universidade (6), ensinar (5), conhecimento (4), educativa (3), capacitações (3), estudar (3) e orientação (3).

h) Campo semântico “Trabalho”: entendido como aquele conjunto de atividades que podem ser produtivas ou criativas, e que as pessoas exercem para alcançar algum objetivo. Foram incluídas palavras como: trabalhar (17), trabalhando (9) e emprego (3).

i) Campo semântico “Soberania Alimentar”: entendido como o direito fundamental das populações de se alimentarem com qualidade e em quantidade suficiente, com alimentos nutritivos e que sejam culturalmente adequados, com facilidade para o acesso e produzidos de forma sustentável e ecológica. Neste campo semântico é abordado o que a população manifesta sobre o direito de decidir sobre seu próprio sistema alimentar e produtivo e neste

incluem-se palavras como: água (25), comida (7), alimentação (5), diarreia (5), comer (3), e desnutrição (3).

Finalmente, são apresentados outros campos semânticos menos ocorrentes, porém que se achou de muita importância para o debate, este são:

j) Campo semântico “Família”: entendido como o grupo de pessoas com algum grau de parentesco ou vinculação afetiva entre si e que vivem na mesma casa, conformando, desta maneira, um lar. Este grupo compreende palavras como: mulher (21), crianças (17), casa (10), mãe (8), pais (7), homem (6), família (6), filhos (5), adultos (4) e jovem (4).

l) Campo semântico “Fé”: entendido como o conjunto de crenças, doutrinas ou ritos que, por tradição, ou imposição, a comunidade realiza e vincula com entidades superiores. Foram incluídas palavras como: anciãos (16), Deus (15), espírito (6), religião (6), parteiras (5), velhos (5), crenças (4) e xamã (4).

5.3.2 Práticas espaciais no Campo: Experiência na Colômbia.

Com as Palavras Significativas e os Campos Semânticos identificados, passou-se a analisar o discurso dos entrevistados para, assim, conhecer as suas opiniões sobre as realidades que vivem, os seus posicionamentos. Deste modo, foi relacionada à concordância da palavra significativa “saúde” com todos os campos semânticos anteriormente enunciados, dando, como resultado, reflexões que consideramos relevantes para entender as práticas espaciais desta comunidade. Apresentamos, aqui, as análises e reflexões que foram realizadas a partir da construção dos campos semânticos e sua posterior concordância com a palavra significativa ‘saúde’:

a) Práticas espaciais e Identidade:

Quando a palavra significativa ‘saúde’ é contrastada com várias das palavras significativas que compõem o ‘Campo Semântico Identidade’, acham-se afirmações que permitem entender as práticas espaciais da comunidade visitada. Respostas dadas, e transcritas abaixo, sobre a qualidade de vida, permitiram evidenciar uma relação das suas práticas espaciais muito vinculadas ao espaço/lugar que habitam, como era de imaginar, como a qualidade de vida é imediatamente relacionada com o tempo quando não viviam em lugares contaminados e tinham acesso a fontes de água que eles denominam de ‘cristalinas’:

- (A1C): “significa ter de tudo”; “nós tínhamos tudo, água cristalina, a água sem

contaminação”.

Como cultura tradicional, a relação que eles têm com a saúde também é outro aspecto relevante, percebendo como a voz dos mais velhos da comunidade tem que ser escutada e precisa ser respeitada:

- (A1C): “nós como indígenas se é uma doença tradicional sempre procuramos aos velhos, aos anciãos, a os médicos tradicionais, e se a doença não é resolvida aí sim, a gente vai ao centro de saúde, ao hospital”.

Esta afirmação foi confirmada pelos funcionários da secretaria de saúde que asseguraram que esta prática espacial:

- (F1C): “tem sido muito difícil acostumar aos indígenas da região a usar os serviços dos postos de saúde, pois eles vão diretamente ao hospital. Quando eles estão doentes, primeiramente nas comunidades fazem os rituais, da sua cultura, com o Xamã, (...) esgotam todas as práticas que eles fazem e quando já olham que a pessoa, talvez o de lá não lhes funciona, veem para aqui, como as últimas consequências”.

Pode-se perceber uma dificuldade de comunicação entre os funcionários da saúde e a população da comunidade Embera que vai além das limitações dos idiomas. Os funcionários se queixam da teimosia dos indígenas e escutar falar dos Embera, na cidade, é uma lembrança repetitiva do profundo complexo de Catalina que vive a região, onde os povos indígenas não são desenvolvidos, seus costumes e tradições devem ser objeto de questionamento e sempre precisam ser analisadas com os óculos do conquistador. Os funcionários denunciam que os indígenas procuram diretamente o hospital, antes de passar pelas unidades e postos de saúde, e expressam as complicações no atendimento porque os indígenas

- (F1C): “fazem os rituais da sua cultura”.

Da parte dos indígenas, eles consideram que o tratamento que recebem no hospital é desrespeitoso, afirmando que:

- (A1C): “aqui nesta cidade o tratamento é ruim, o hospital trata a gente pessimamente, nos

discriminam, se o indígena não chega gritando, como fazem os afros, ficamos na sala de espera, aqui não tem carinho pelo paciente, os médicos talvez sim, mas enfermeiros e enfermeiras, esses brigam muito com a gente”.

A relação desta comunidade com as instituições de saúde é distante. Eles não usam os serviços porque resolvem, comumente, na própria comunidade, e quando precisam com muita urgência, vão para o Hospital. As lógicas de atendimento no hospital, claramente, são outras e, então, duas culturas se encontram e se chocam:

- (A1C): “nós os índios, somos assim, nós não somos como vocês. Quando você vê um indígena gritando já é para morrer. Pelo contrário, os afros, por exemplo, por qualquer dorzinha, começam a gritaria para serem atendidos”.

Vários dos entrevistados manifestaram que essa relação com o hospital acontece porque o indígena acredita que as doenças acontecem por meio de espíritos maus, o que mobiliza suas práticas espaciais:

- (A1C): “nós aqui falamos normalmente que caiu num jai, e esse espírito mau só pode ser tirado por uns dos anciões”.

- (A2C): “nossa memória indígena não é como a de vocês, eu sou matemático, eu sou psicólogo, eu sou advogado, todas são áreas diferentes. O pensamento nosso é um todo. O indígena sabe construir, o indígena deve saber pescar, o indígena conhece do terreno, sabe caçar, conhece o terreno para semear, as pisadas. Mas curar só os anciões”.

Além da relação com os anciões da comunidade, existe uma relação com as mulheres parteiras. Um dos entrevistados afirma:

- (A1C): “eu de parteiro não sei, sei de plantinhas para curar, mas parteiro não. Há pessoas que nascem para isso. Todos os anciões são sábios porque não há nem um ancião que não saiba”.

Uma prática espacial característica nesta comunidade são, normalmente, as mulheres que exercem essa função:

- (A3C) “há mulheres que são ‘haivana’ (xamã) também, há mulheres que são parteiras, nas virtudes sai diferente”.

A análise deste Campo Semântico transita por comentários sobre alimentação e sua relação com a natureza, bem como a relação entre vida e morte. Além disso é abordado também a relação que os indígenas têm com o dinheiro, um instrumento de troca que não era usado por eles e que chega como algo alheio, favorecendo a dependência de fundações, de entidades e da caridade; esses aspectos serão trabalhados nas próximas análises.

b) Práticas espaciais e Alteridade:

Neste Campo Semântico temos inclusos todos esses depoimentos que manifestam as práticas de saúde que a comunidade entende como ‘não próprias’. As atividades que fazem para conseguir ajudas, a burocracia que percebem ter de cumprir para arranjar ajudas, as imposições que recebem dos “outros”, esses outros que eles não entendem como pares, senão como agentes externos a sua realidade que ingressam no seu mundo e afetam as suas dinâmicas.

Neste campo semântico, incluem-se afirmações que tem a ver com o atendimento que foram indicados na análise anterior, como também a relação com a política:

- (A2C): “Porque aqui tudo é político”.

É afirmado enquanto se fazem perguntas sobre suas organizações sociais:

- (A2C): “não são as comunidades filiadas a certa organização senão que são as lideranças os que determinam quem vai estar nos cargos, então não há uma democracia onde se diga que este indígena ou esta senhora deveria estar ali pela sua habilidade de liderança, pelo seu conhecimento, pela sua capacidade, senão que acaba ficando a pessoa X, como acontece na política do país, como estão os ministros”.

Eles parecem entender as relações corruptas que se dão nos sistemas de atendimento como algo alheio da sua cultura, próprio desses ‘outros’ que os têm empobrecido e explorado suas terras, usando-os para ganhar na democracia que eles mesmos têm imposto:

- (A1C): “eu tive que trabalhar com um governador, ou com o prefeito de algum município.

Eu fiz campanha para ele e consegui ‘não sei’ quantos votos, então foi ai que me dei conta e me deu um trabalhinho varrendo no centro de saúde, para servir-lhes o café em uma instituição ou bom, pra ir pegar o lixo”.

Nas suas próprias organizações, há corrupção, porém, essa prática é analisada como algo que não é próprio da sua cultura:

- (A2C): “(...) temos apreendido bastante, e é triste que aquilo que apreendemos foi isso. Aquilo que menos gostamos os indígenas, ser chamados de corruptos, o que? Somos corruptos? Não, não gostamos, e aí é quando dizemos aí estão nos violando nossos direitos, nossa integridade”.

Esta lógica de corrupção é percebida nas suas associações que são orientadas pela lógica do governo central:

- (A2C): “a organização indígena deste departamento se cria como organização de nível departamental no ano de 2002, com aquilo que temos apreendido da gente branca, pois o poder e os recursos deles são. Mas então o dinheiro fez com que fossem criadas muitas outras em várias partes e, pois neste momento, há diferentes organizações, associações e federações. Fundações de todos os tipos, porém até agora nenhuma cumpre com o seu dever associação indígena, quer dizer, as comunidades indígenas das zonas rurais estão abandonadas, a gente vai e vê a situação. Nas zonas rurais é difícil”.

Esta realidade faz com que muitos recursos que deveriam estar chegando aos indígenas, que são repassados pela nação para eles, cheguem aos donos das associações, o que impulsiona o desejo de vários indígenas de terem suas próprias organizações indígenas para captar dinheiros do estado, da comunidade internacional e de organizações humanitárias.

Outro aspecto muito importante a ser analisado neste campo semântico é a percepção que eles têm da opinião daqueles que não são indígenas. Afirma um indígena que trabalha como funcionário de saúde que:

- (F2C): “o pessoal critica, critica e critica e que isso tem custado morte”.

Essa relação que vive o departamento de comunidades majoritariamente

afrodescendentes, indígenas, que acreditam ser donos do território pela sua presença histórica na região, e de brancos, com o poder e o dinheiro para decidirem, faz com que a resistência para adotar alguns costumes ou para manter vivos alguns outros, dê como resultado brigas, desencontros e, no final, mortes.

Finalmente, algumas das opiniões sobre o meio ambiente culpam as indústrias, principalmente dominadas por homens brancos, das suas novas realidades:

- (F2C): “eu acho que também a própria contaminação é a culpada dos nossos problemas de saúde, o corte de árvores, muito desmatamento, águas contaminadas, tudo para buscar dinheiro”.

Este campo semântico também abrange suas opiniões sobre a soberania alimentar, sobre as concepções de desenvolvimento e qualidade e sobre o que os “outros” deveriam fazer para ter uma melhor qualidade de vida e ajudar para a qualidade de vida deles próprios.

5.3.3 O dito nas entrevistas no Resguardo Indígena.

Como no capítulo anterior, através da análise das Palavras Significativas e dos Campos Semânticos das entrevistas com a população da Colômbia, foi possível observar as respostas que não foram ditas literalmente. Essa linguagem explicita importantes temas ocultos na hora de analisar o discurso. Nas entrevistas, foram feitos questionamentos que possibilitam refletir sobre as práticas espaciais que os indígenas do resguardo têm. Traremos, a seguir, algumas das respostas mais significativas:

a) Para você, o que é "qualidade de vida"?

Qualidade de vida representa o ideal nestas respostas, aquilo que é indispensável para viver bem. As práticas espaciais, então, vão encaminhadas na procura deste ideal. Por essa razão, apresentamos as mais significativas respostas a este questionamento.

Para estes indígenas da primeira entrevista, que foi grupal, qualidade de vida é estar na sua terra, nas condições que conhecem e na tranquilidade do campo. Chama-nos a atenção que, mesmo reconhecendo a sua identidade, manifestam que viver muitas pessoas em espaços pequenos, como é a sua realidade atual, traz doenças e que o ideal seria viver em lugares amplos. A educação é outro aspecto indispensável para a qualidade de vida, segundo os entrevistados:

- (A1C): “Bom. Qualidade de vida é ter tudo, lá no resguardo falamos. No resguardo nós temos sobre tudo o asseio, a água cristalina, a água sem contaminação e viver espalhados, assim sozinhos ou na comunidade também. Em grupos quando a gente se une ou nos agrupamos dá muita doença e se vivermos assim dispersos quase não dá doença. Qualidade de vida também é ter tudo aí pra caçar, pra pescar, disfrutar... se você tem sua comida, seu prato bom no momento que você quer. Aqui não. Ter educação também é qualidade de vida. Aqui na escola não tem dotação (...) não há textos para ensinar”.

Para este outro entrevistado, qualidade de vida traz imediatamente a ideia de trabalho, de ter condições para subsistir. A pergunta vira um motivo para expressar as preocupações que os homens e as mulheres da comunidade estão vivendo para conseguir dinheiro:

- (A3C): “Qualidade de vida é ter pra comer. Nós praticamente... os homens temos que ir trabalhar na roça dos vizinhos, pedir emprego para poder sustentar, toca trabalhar a terra, carregar madeira... bom, tudo. Trabalho no mato. As mulheres, pois, estão na casa e alguns temos que nos assumir como desterritorializados, fazer as diligências aqui na secretaria da prefeitura, para que passem comida pra gente...”.

Já este funcionário compreende a qualidade de vida como algo multidimensional, que involucra muitos aspectos que estão relacionados aos serviços que pode receber a pessoa e às facilidades para aceder a eles, o que marcaria práticas espaciais específicas:

- (F1C) “Bom, qualidade de vida está relacionado com muitos aspectos, tanto no que tem a ver com o nível pessoal quanto no nível geral. O seja, a gente ter todas as condições de serviços públicos básicos. Se você tem, pode dizer que tem qualidade de vida boa. Se pode aceder à educação, se tem facilidade para aceder aos serviços públicos, entre eles a saúde, acho que pode chegar a ter boas condições de vida. Se a pessoa tem trabalho, por exemplo, isso facilita que a gente tenha qualidade de vida melhor, diferente da pessoa que não tem possibilidade de ter um emprego”.

Para este outro funcionário, a resposta é direta: qualidade de vida só no campo, porém o acesso à saúde e educação pode prejudicar essa qualidade, assim como o acesso ao

trabalho, porque se vive no campo, mas não tem forma de se sustentar, não poderá haver uma qualidade de vida:

- (F2C): “Qualidade de vida? Há mais qualidade de vida no campo. No que tem a ver com o acesso, por exemplo, à saúde, educação e tudo isso... isso sim que é difícil porque temos vantagens e desvantagens. Sim. E no que tem a ver com a sobrevivência ou o bem-estar das nossas famílias no futuro, há mais dificuldades, porque se você não tem como garantir a sustentabilidade da sua família, você não tem qualidade de vida”.

Finalmente, este outro funcionário faz um resumo geral das ideias que tinham sido expostas nas outras entrevistas. A possibilidade de ter dinheiro, de ter trabalho para conseguir esse dinheiro, ter para comer, estudar, ter onde dormir; em resumo, se sentir bem:

- (F3C): “Qualidade de vida... complicado. Não saberia dizer. Eu posso definir para todo mundo, mas cada um define sua qualidade de vida. Para você a qualidade de vida pode ser ter dinheiro, viver bem, com comodidades, ter um trabalho que você goste. Para outra pessoa qualidade de vida é ter suficiente para comer, para que seus filhos estudem. Sim e ter onde dormir, simplesmente, qualidade de vida eu acho que é o estado no qual a pessoa se sente bem e a vontade”.

b) Que necessita uma pessoa pra ter saúde?

Quando se perguntou sobre o que uma pessoa devia fazer para ter saúde, fez-se com o intuito de receber informações sobre as práticas espaciais que a população entende como ideais. O conselho que se dá, no final, para outra pessoa devia ser aquilo que cada pessoa entende e considera como a ação correta.

Para este funcionário, a boa saúde consegue-se física e emocionalmente:

- (F1C): “Olha, pois para ter boa saúde ante tudo é a pessoa se sentir ótima física e mentalmente, ter disposição e ânimo para empreender qualquer atividade e não ter boa saúde seria estar afetado de alguma forma, na parte física e na parte mental”.

Já para este indígena entrevistado, é falar de alimentação e de higiene:

- (A1C): “Pois quando falamos de ter saúde e quando a gente está bem, quanto tem boa alimentação, sua casa limpinha, quando pode se dar um banho três vezes por dia com um sabonete de banho e ter um lar lindo”.

Para este outro entrevistado, quando se pergunta sobre ter saúde, a ideia primeira que vem são as orientações e as instituições que falam sobre isso para eles e ensinam o que deveria ser feito, porém ele traz uma proposta concreta de fortalecer os conhecimentos tradicionais e, assim, beneficiar à sua comunidade:

- (A3C): “Vêm algumas vezes, uma que outra vez. Porém os que mais vêm são do Estado, da brigada de saúde, da secretaria de saúde. Combatem a malária. Um dia eles estavam entregando umas barracas, porém eles não assumem, só aparecem. Isso faz com que o Xamã tenha mais trabalho. Para ter boa saúde eles deveriam apoiar o Xamã, para ele melhorar seu trabalho. As parteiras também. Isso substituiria um médico geral, não um especialista, geral por que... do que estão feitos os medicamentos? De prantas. E lá estão usando plantas vivas, puras, estão usando faz tempo. Isso seria um benefício. (...) Eu sempre digo para a comunidade, o problema é se queixar e se queixar, o que é pra fazer é construir proposta”.

Já para este funcionário, ter saúde é ter a capacidade física e emocional de fazer as atividades diárias, além de ter as condições para se sustentar com qualidade: alimentação, educação; em resumo ter todas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais cobertas:

- (F3C): “Quando uma pessoa fala de ter saúde, eu penso que podemos analisar desde uma visão muito pessoal, que pode se levantar e realizar atividades diárias. Sim. Também que tem os médios para conseguir seu sustento. Porém, já desde a parte médica teria que ser a definição da Organização Mundial da Saúde que fala sobre o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos, nessa ordem de ideias, um estado real de saúde é bastante idealista mas para mim, saúde é que a pessoa possa se levantar e possa fazer o que deseja fazer diariamente, sem problema nenhum. Que não tenha dificuldade de realizar suas atividades”.

c) Que relação tem para você a vida no campo e a saúde?

Nas entrevistas, foi ressaltada a relação da vida no campo e de um estado de saúde adequado. Isto para evidenciar se a experiência de vida na zona rural potencializa e fortalece as suas práticas espaciais, o que acaba beneficiando a qualidade de vida da população ou não.

Pelo contrário, esta realidade é motivo de enfraquecimento e desconforto dentro da população do resguardo e para os funcionários da saúde.

Para este grupo de indígenas a vida no campo é melhor. Contudo, quando falam de vida no campo, falam da vida na terra deles, não neste local onde estão morando na atualidade. Referem-se às suas terras originárias, no alto da montanha, de onde foram deslocados pela violência, segundo parecem afirmar. Quando se fala de saúde e campo, necessariamente expressam os incômodos que, no local que atuam, estão passando e isso não traz bem-estar nem saúde:

- (A1C): “Lá no resguardo era melhor. Eu acho que aqui é mais difícil para viver. Aqui se sente que é difícil, porque não temos água e sobre tudo, não temos terra. Muitas dificuldades. Dificuldades do espaço para a gente se recrear, pra gente tomar um banho, pra caçar animais ou pescar. Aqui não temos. No resguardo a gente tinha de tudo: cana, banana, mandioca... aqui não há. E também não há espaço pra plantar. E a terra também não é boa. Aqui a terra dá abacaxi e mandioca. Cana talvez, talvez pudesse dar cana. (...) Nós chegamos aqui deslocados do alto, lá pelo ano de 2009”.

Para este funcionário, a vida no campo não dá as condições para manter a saúde, porque não se tem acesso aos serviços médicos e de atendimento:

- (F1C): “Claro, tem que ter relação entre campo e saúde. Pois, quando está na cidade pode ter acesso aos serviços de forma mais rápida, pode aceder à educação. No campo não tem isso”.

Já para este outro funcionário, que também é indígena, o campo dá benefícios que a cidade não oferece, entre eles, benefícios econômicos. Para ele, reconhecendo as dificuldades, a vida no campo é melhor e ajuda a ter melhor saúde:

- (F2C): “Qual a diferença? No campo você não paga luz, você não paga água, você não paga pela moradia. Vir pra cidade significa ter que começar pagar por tudo. Se você não trabalha você não come. Lá não tem que pagar mensalmente nada, você come com os teus próprios produtos, os produtos que você trabalha a diário, com isso dá pra viver. Se você quer vender seus produtos, vende; se não quer, não vende. O seja, há uma qualidade de vida no campo. No que tem a ver com acesso a saúde, educação e outras coisas... isso se que é difícil, porque se a

gente não tem isso... Por isso falo que tem vantagens e desvantagens. Ora, já no que tem a ver com a superação, temos dificuldades. A capacitação das nossas famílias para o seu futuro”.

Finalmente, para este outro funcionário, a vida no campo sempre será melhor que a vida da cidade, pela quantidade de benefícios que traz. Embora, para algumas pessoas possa ser a vida da cidade melhor. Para ele, o que oferece o campo acaba beneficiando a saúde, muito mais que a cidade:

- (F3C): “O que acontece é que isso já depende da percepção. Por exemplo, para mim, qualidade de vida seria viver no campo, porque não estamos expostos, primeiro a muitos contaminantes da cidade, a muitos fatores de estresse da cidade que enfermam às pessoas. Se for por qualidade de vida, eu acho que a vida do campo oferece muitas melhores oportunidades. Outra pessoa poderia opinar que a saúde é melhor em Bogotá, porque lá pode viver em um apartamento bonito, ter um carro decente, ter o trabalho sonhado. Então, cada pessoa pode pensar o que quiser. Porém, para mim, a saúde sempre será melhor no campo”.

d) Segundo sua experiência, que fazem as pessoas desta comunidade quando estão doentes?

Para esta pergunta foi solicitado manifestar as ações que as pessoas da comunidade realizam quando algum dos seus membros está doente. Com este questionamento pretendeu-se fazer evidentes as práticas espaciais da comunidade quando são precisos atendimentos adicionais pelo estado de saúde de algum deles.

Um dos funcionários compartilhou a sua experiência através de exemplos, evidenciando que cada pessoa, dependendo do papel que desempenha, age de uma forma diferente:

- (F3C): “Eu acho que com cada grupo é diferente, por exemplo, uma mãe que tem um filho doente, assume um papel diferente que talvez o papel que poderia eu assumir se estivesse nessa comunidade. Um jovem da minha idade, seguramente, vai evitar o atendimento procurando medicamentos, ou alternativas antes da consulta. É diferente quem está num papel de protetor, essa pessoa vai estar como vítima com relação à doença. E acontece muito com os idosos. Os idosos fragilizam-se muito”.

Porém, os indígenas entrevistados têm outra opinião. Uma opinião que involucra sua relação ancestral com a natureza, com a doença e com a morte e a importância dos conhecimentos tradicionais:

- (A1C): “O que acontece é que para nós como Embera, a relação com a natureza é diferente. Então, o Xamã, nosso médico tradicional, quando chega o dia, quando está assim tudo escuro, quando está chuvoso, vai para o monte, sozinho. Se uma doença chega a nós é porque um espírito da natureza que pegou a gente. Também pode ser que a gente estava em casa e ficou doente, então um ancião pergunta para nós o que estava fazendo. Eu fui pescar ou estava caçando, no tempo que não era pra fazer; então um espírito da natureza pega a gente. Temos umas crenças. São os anciões os que sabem nossa ciência, nossa memória indígena... não como vocês que tem matemáticos, psicólogos, advogados... em áreas diferentes. Não, conosco é diferente. Nosso pensamento é tudo”.

Na opinião deste funcionário, os indígenas, quando estão doentes, esgotam as alternativas tradicionais antes de aceder ao serviço de atendimento. Isto gera um desconforto nas pessoas que realizam este atendimento porque, mesmo no meio das consultas, os indígenas procuram fazer suas práticas alternativas. Para este funcionário o correto seria seguir as orientações dos profissionais da saúde do hospital:

- (F1C): “Bom, eles nunca seguem as orientações. Sobre tudo a gente orienta para eles seguirem as recomendações dos médicos. Estar alerta aos sinais de alarme. Que compareçam nas EPS. Que tenham os documentos de identificação para que possam aceder de forma mais rápida aos serviços de saúde. Porque na Colômbia é muito grave a saúde, tristemente. Aqui enfatizamos nisso e ainda mais com os indígenas. Porque quando eles estão doentes, eles primeiro na sua comunidade fazem seus rituais, os ritos da sua cultura. Com o Xamã, não sei. Primeiro esgotam todas as práticas que eles fazem e quando já percebem que a pessoa... talvez isso de lá não serviu então vêm aqui. Já como as últimas consequências. E bom, isso sempre tem sido uma discussão com eles. Tanto que muitas vezes estando aqui, recebendo o atendimento, querem sair a fazer suas práticas de lá”.

Para este outro entrevistado, a situação é bem mais difícil, porque além de reconhecer que, tradicionalmente, na comunidade sabem como solucionar várias doenças básicas, manifesta que o atendimento nos centros de saúde é deficiente e que, aquele da

comunidade que faz o esforço de se locomover para ser atendido, acaba perdendo o tempo e voltando igualmente doente e cansado:

- (A2C): “Além de ser medicina tradicional que os indígenas conhecem, a medicina tradicional generaliza toda a parte ancestral, como te disse há capacidades. Vocês têm médico que sabe dos olhos, do coração, das artérias. Entre nós também há médicos, há indígenas que mexem com as plantas, estão também às parteiras. Para levar uma mulher indígena ao hospital deve ser porque está grave. Porque se for por decisão dela, não vai. Primeiro porque não confia e segundo porque o atendimento nas EPS não é bom. Te passam uma folha com uma lista de medicamentos, você leva na farmácia e consegue pegar um dos medicamentos e ficam faltando outros cinco... e que tem que voltar no outro mês ou em vinte dias. Você volta e dizem que não chegou. No final a gente decide não ir. Todo esse processo por uma febre? Por uma dor de dentes? Ou por um parto normal que pode se solucionar aqui?”.

Finalmente, este outro funcionário indígena, comenta as razões pelas quais os indígenas não vão até os postos de saúde, manifestando inconformidade no atendimento e organização dos serviços:

- (F2C): “Olha, antes a gente não ficava doente. Agora, por qualquer coisa adoecemos. Não sei se seja pela contaminação do meio ambiente. Como qualquer outra cultura nós temos nossos conhecimentos. Então, você pensa várias vezes antes de ir ao hospital. Porque temos que chegar à periferia da cidade, que é o mais próximo que temos e aí não tem médico. Não há quem atenda a gente. E se vamos ao centro da cidade, onde há médico, também não serve, porque falam para a gente pegar ficha porque não é uma urgência. E o índio vá para ver a cara do médico. A gente não vai para ver a cara do médico, se a gente vai é porque realmente está se sentindo mal”.

e) Segundo a sua opinião a religião contribui ou atrapalha para a saúde?

As práticas religiosas influem, diretamente, nas práticas de saúde, pelo que tem sido possível observar. Porém, ao ser abordada a pergunta desta forma com os indígenas da comunidade, eles fizeram uma divisão entre aquilo que os brancos pregam e orientam para fazer e suas tradições, que não são vistas por eles como religião. Esta diferenciação permite analisar como as práticas espaciais são claramente influenciadas pela sua cultura, porém que a religião pregada vai abrindo campo.

Nesta entrevista, por exemplo, os indígenas manifestaram que as práticas religiosas ensinadas por pregadores ajudam mais nas partes legais e burocráticas. Já na hora da vida diária, são as tradições que orientam a vida da comunidade:

- (A1C): "A saúde e a religião, acredito que não. Isso de ajudar talvez. Eles dão orientações, sim: falam pra gente 'podem ir a este local', 'reclamar seus direitos'. Eles dão como palestras quando a gente não faz as coisas que eram para fazer e que ficam faltando. (...) 'Chefe', o que acontece é que nós fazemos uma pesquisa exaustiva, bem no fundo, nós os indígenas temos uma memória cultural, a mitologia, as lendas. Nosso Deus era Embera como nós, assim, sem sapatos, sem cabelo cumprido e nada de barba. E ele compartilhou conosco assim que nem você. Ele que nomeou as árvores, todos os animais. Ele partilhou conosco e disse 'vocês têm que ter uma companheira, uma mulher só e um homem só, para as mulheres. E que devíamos proteger nossas famílias. Ele disse que a comida que a gente mate na floresta ou que consiga, deve ser compartilhada. (...) então, não pode comer só por aí. Tem que compartilhar essa carne com todos. E ser uma boa pessoa, respeitoso. Também disse que não pode beber licor, licor doce pode, mas licor do outro não. Isso é de outro mundo".

Para este funcionário, as práticas religiosas interrompem e atrapalham as boas condições de saúde, uma vez que, em muitas oportunidades, antes do atendimento, devido aos costumes, só chegam ao hospital quando estão graves e, em algumas vezes por não perceberem melhorias, vão à procura de igrejas:

- (F2C): "Interrompe. Nossa Senhora, coisa tremenda, se interrompem. Aqui vivemos uma situação difícil com eles. Atrapalha muito. Não permite que seja boa a saúde. Muitas vezes, isso é quase diariamente, precisa-se de fazer alguma operação, e que não. Não, porque nossas crenças... algumas vezes é preciso fazer algum exame e interrompem, porque acreditam, não sei. O seja, eles não percebem que chegam muito mal e acreditam que vão chegar aqui e aí mesmo vão se melhorar. Quando percebem que passam dois, três dias, vão à igreja".

Para este outro funcionário, as práticas religiosas intervêm, algumas vezes, de forma positiva e a maioria das vezes de forma negativa, ainda mais nos casos de medicação:

- (F3C): "Ajudar? Eu não poderia dizer se ajudam ou não. Mas te posso dizer que intervêm, com certeza. E pelo geral de forma negativa. Não posso dizer que sempre, porque eles têm

costumes que são protetores para muitas doenças. Então, aí poderíamos pensar que a religião entraria a ajudar. (...) Ora, quando precisamos aplicar medicamentos intravenosos ou intermusculares, aí eles dizem que não, que não, que não... Que não podemos fazer. Aí, claro que atrapalha, intervém de forma negativa nessa comunidade. O impacto é impressionante. Maior que qualquer outro”.

Para este indígena, que também é funcionário, é preciso esclarecer que as pessoas da sua comunidade não acreditam na religião, mesmo comparecendo nas assembleias. Comenta que a influência e necessidade faz com que participem mais como forma de procurar reposta para suas doenças, que como prática religiosa:

- (F2C): “O indígena não acredita na religião, acredita muito nos mitos. Eles podem ir à igreja um dia de cura e libertação, mas iriam como quando vão ao hospital ou ao posto de saúde. Por causa do deslocamento, pela violência, eles têm precisado conviver com outras culturas e formas de fazer as coisas e isso tem mudado a própria cultura. Eu acho isso muito interessante”.

f) Você tem percebido alguma mudança no meio ambiente ultimamente? Se assim for, essas mudanças têm influenciado na saúde da comunidade?

Esta é uma região muito afetada pela intervenção da indústria e a mão desenvolvimentista da cultura capitalista ocidental. Por essa razão, se decidiu fazer esta pergunta com a intenção de enxergar a percepção da população sobre as causas das mudanças ambientais e climáticas que, segundo comentários anteriores, tem afetado a saúde da população.

Para este funcionário, as mudanças são evidentes, porém, os fatores são efeitos desconhecidos que fogem do controle da população. Estas mudanças afetam, segundo ele, gravemente, a saúde da população, especialmente, das crianças:

- (F2C): “Na seca bastante. Muita seca. Na chuva, muita chuva, a chuva aqui é normal. Calor. A seca há afetado muito. E bom, dizem que é pelo aquecimento global, o fenômeno de ‘*el niño*’, isso é o que dizem pra gente ou escutam na televisão. E essas mudanças têm afetado a saúde de toda a população, mas principalmente dos indígenas. Porque tem se incrementado muito os casos de crianças com problemas respiratórios e diarreicos. Como eles bebem qualquer água, de qualquer poço, então... doenças diarreicas agudas”.

Já para este outro funcionário, além dos efeitos que estão fora do controle da população, estão àqueles fatores que as pessoas contribuem para que essas mudanças piorem. Contaminação, lixo, pouca consciência são fatores que sinaliza como causantes das dramáticas mudanças no clima:

- (F3C); “Sim, talvez desde o contexto que eu posso analisar agora, Quibdó, fevereiro de 2016, o fenómeno de ‘*el niño*’ e todo isso tem gerado umas mudanças no meio ambiente, de forma drástica. Drástico, drástico. E estas comunidades são as primeiras que sentem essas mudanças, porque talvez eles não têm condições para dormir, por exemplo, as infecções respiratórias aumentam nas crianças, os velinhos têm recaídas nas suas ‘n’ doenças. Porém, a mudança maior que eu tenho visto agora é que as pessoas desta cidade não têm apreço pelo ambiente. Não tem nada, nada de apreço. Vamos dizer, depositam seu lixo na borda do rio. E não são conscientes que isso contamina, isso não lhes interessa. O importante é ter o lixo fora da casa”.

Para este indígena, que é funcionário, o clima tem mudado por causa da exploração da terra, o desmatamento desmedido. No final, quando o homem afeta a *Madre Tierra*, a saúde dos homens fica afetada:

- (F2C): "O clima tem ido mudando. Eu acho que é pela mesma contaminação. O pessoal já vem com isso do desmatamento, tirando muitas árvores. As minas, todo isso tem feito que os rios já estejam contaminados. Traspasse dos rios porque tem desmatado muito. Então, já não é igual. Tudo tem ido mudando. Isso faz com que também tenhamos verões mais indefinidos e por isso os rios tem se ido secando. E isso também tem uma responsabilidade direta na saúde dos indígenas. Porque como disse, antes ninguém ficava doente. Obvio. Enfraquecem a natureza e mexem na *Madre Tierra*".

Finalmente, este grupo de indígenas manifestaram que a contaminação e a falta de cuidado, junto com as consequências do deslocamento que os obrigam a habitar locais que não tem as condições necessárias para manter o bem-estar, são responsáveis pela afetação e as más condições de vida na comunidade:

- (A1C): “Pode-se dizer que no resguardo, lá, havia muitas árvores. Aqui não. Aqui é muito contaminado. Aqui do lado tem um sitio para cria de porcos, o excremento do porco... quando esse excremento sai aí. Cheira horrível. Muito forte. Agora porque está chovendo, não dá pra sentir, mas em cinco ou seis dias que não chove já começa a se sentir esse negócio. No resguardo a gente quase que não encontrava tantas epidemias. Bom, pela natureza também dão doenças, porém aqui está mais contaminado pelas motos, pela gasolina e tudo isso. Claro, além dos pernilongos, neste território. Há muito pernilongo. E muita barata. E ratos, por aí. Sapos, também. Eu acho que por isso é que esse riacho aí cheira tão ruim”.

g) Você identifica a escola como um espaço importante para aprender sobre saúde? Aprendeu algo sobre saúde na escola?

A escola, através desde percorrido, tem se identificado como o local para fortalecer ou mudar as práticas espaciais das comunidades. Dentro da entrevista, se abordou a pergunta com a intenção de identificar os aprendizados significativos sobre saúde e as ideias e propostas que os entrevistados tinham sobre o que é e o que deveria ser ensinado na escola sobre saúde.

Para este grupo de indígenas entrevistados, os temas sobre saúde que se abordam nas escolas, mas não são muito significativos porque acabam sendo cursos e palestras isolados:

- (A1C): “Na escola me ensinaram sobre como deve ser cuidada a saúde. Aí eles falam sobre ter os espaços limpos. E lá da escola, enviaram um rapaz como um curso sobre higiene”.

Por sua vez, para este funcionário, esta é uma tarefa que as escolas devem fazer e uma tarefa que as comunidades necessitam e pedem. Para ele, algumas práticas da comunidade não deveriam estar sendo feitas em pleno século XXI:

- (F2C): “Deveria ser. E algo que sempre temos pensado. Na reunião que a gente teve com as lideranças, se falou disso. Disseram que têm tentado só que têm experimentado muito problemas no nível educativo. A semana passada teve uma greve, porque olha quanto vai do ano e as coisas não melhoram. Os professores dizem que eles já começaram a trabalhar essa parte de saúde. A gente fez muita ênfase de aproveitar a educação para ir mudando todos esses costumes que tiveram durante toda sua vida. Porque, meu Deus, eu não acredito que já no século XXI e ainda fazendo essas coisas que nada a ver”.

Para este outro funcionário, os professores deveriam se capacitar para trabalhar esses assuntos na escola e essa deveria ser uma função do Ministério da Educação:

- (F2C): “A escolinha sim, é importante. Deveria ser um espaço para falar de saúde. Ótimo seria que se capacitassem os professores e conseguir ensinar os hábitos higiênicos. Eu acredito que assim as famílias também mudariam esses hábitos. Acho que a secretaria de educação deveria fazer algo”.

Por fim, este último funcionário manifestou a necessidade de ensinar nas escolas hábitos de vida saudáveis, porque esse é um espaço vital para aprender sobre saúde:

- (F3C): “Definitivamente, vamos dizer que existem dois hábitos de saúde. Tomar banho, se lavar as mãos, escovar-se os dentes, esses hábitos são da vida; esses devem ser aprendidos na casa e na escola. Na escola porque as crianças passam quase oito horas aí, então deveriam se escovar os dentes, por exemplo. Os outros hábitos são de medicamentos e atendimentos nos postos de saúde. Aprender sobre saúde na escola é vital”.

h) Segundo a sua opinião como a mídia influencia na saúde da população?

A mídia influencia nas práticas espaciais, como foi possível evidenciar na experiência no Brasil. Porém, para esta comunidade, o acesso à televisão ou rádio não é muito frequente e isto faz com que a influência que eles recebem não seja direta. Algo muito interessante para ser analisado e que foi evidenciado pelos entrevistados.

Este funcionário manifesta a dificuldade de acesso desta comunidade à televisão ou rádio:

- (F2C): “Será que nessa comunidade tem televisão? Não conheço se tem esse serviço”.

Já para este outro funcionário, a influência que os indígenas recebem da televisão é indireta, porque como chegam deslocados pela violência e a televisão e a rádio são parte fundamental da vida na nova cultura que chegam, esta influência impacta na comunidade, porém não de forma direta:

- (F2C): “Uma coisa muito difícil para eles, difícil eles terem televisão. Talvez uma pessoa tenha. O assunto é difícil pelo descolamento, aí influencia, sim. Muito. Porque de todas as

formas estão vivendo num espaço que não é deles. E dependendo de onde a gente estiver à gente se contagia desses costumes”.

Para finalizar, este último funcionário traz um debate diferente, sobre como a mídia poderia ajudar a esta população e como a corrupção, e o pouco interesse para com esta realidade, faz com que não seja visível pelas outras pessoas do país:

- (F3C): “Claro, por exemplo, vou falar neste contexto aqui de Quibdó. Vamos dizer aqui os comunicadores sociais, jornalistas, a mídia toda, se no resto do país tem uma inclinação, se são vendidos, com todos esses problemas de corrupção você acha que existe algum jornalista, em algum momento que tenha chamado a atenção sobre a realidade desta população? O jornalista tem uma ferramenta poderosa. E nesta comunidade seria maravilhoso que alguém se interessasse, sobre tudo nesta comunidade. Que exponha, falar em programas locais. Gerar conhecimento no resto do país da situação que se vive por aqui. Porque eu que morei em outras regiões do país: você espera uma situação difícil, mas não tão difícil. Eu escutava: ‘a situação é difícil’, só que não é difícil, é difficilíssima. Então eu fiquei surpreso. E isso é culpa da mídia e das entidades públicas. Isso é um binômio, precisam se ir ajudando uma com a outra”

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS - “SÓ AQUI HÁ UMA TERRA PRA PLANTAR”

“O clima tem ido mudando. Eu acho que é pela mesma contaminação. (...) Obvio. Enfraquecem a natureza e mexem na Madre Tierra” (F2C).

Ter uma terra onde plantar, o cuidado pela terra, pela natureza e a luta por ter um espaço-lugar onde construir e reconstruir as práticas de saúde tradicionais foi uma noção recorrente nas entrevistas. Uma noção de saúde vinculada à noção de terra, dos conceitos que já no começo marcam práticas espaciais particulares. Nas entrevistas de duas comunidades, de dois países. Populações diametralmente diferentes: de um lado, uma comunidade indígena do estado mais pobre e abandonado da Colômbia, do outro, um assentamento de camponeses no estado mais rico e poderoso do Brasil. Duas comunidades aparentemente opostas pelas suas realidades, manifestando a mesma necessidade. Duas populações distantes unidas pela luta e pelo vínculo com a Via Campesina.

A noção de plantar a terra, de morar no campo, está intrinsecamente relacionada com a noção de saúde e de qualidade de vida, porém muitos dos entrevistados reconhecem que é uma opinião e não um fato, que não pode ser generalizada e que para outras pessoas pode ser diferente, o que acaba argumentando os motivos para suas práticas espaciais. Além disso, os entrevistados entendem que saúde está além de somente estar e morar no campo. Precisa-se de condições mínimas para garantir a qualidade de vida, se necessita cuidar da natureza, da água e da alimentação.

Junto com essas reflexões sobre qualidade de vida e sua inseparável vinculação com a terra, dessa saúde que precisa de espaços vividos e onde se devem gerar vinculações, o que acaba inspirando as práticas espaciais e que nas duas comunidades foi escutado e manifestado. Foram notáveis algumas similaridades e algumas diferenças. Noções sobre individualidade e identidade; sobre o desenvolvimento e seu processo nas regiões, o que deixa manifesto muitas vezes o complexo de Catalina; sobre a educação em e para a saúde e sobre os serviços de atendimento. Também foram significativos assuntos que fortalecem ou põem em risco as práticas de saúde como a família, a fé e as tradições religiosas e os meios de comunicação. Finalmente, foram refletidas as diferenças entre campo e cidade e necessidade de pensar na soberania alimentar como condição fundamental para cuidar da saúde.

6.1 “A ciência de nós não é como a de vocês”.

Uma das principais diferenças que foram encontradas nas entrevistas, foi no uso da linguagem, pois, enquanto os entrevistados na Colômbia fizeram questão de manifestar que não eram decisões individuais, senão situações da comunidade e tradições do coletivo; os entrevistados no Brasil expressaram constantemente suas opiniões usando a primeira pessoa, o que na análise permitiu evidenciar que o processo de coesão entre os assentados não está fortalecido e que as lutas nesta comunidade estão sendo individuais.

Falar do Assentamento “(...) *é uma história comprida*” (A5B), afirma um dos assentados. Este assentamento Bom Pastor foi conquistado através da luta pela terra, mas por diferentes motivos é residido por assentados que chegaram depois, alguns deles procurando a tranquilidade do campo. Outros chegaram buscando a estabilidade de ter uma terra própria. Muitos deles têm chegado da cidade, com a mentalidade do urbano. Com uma ideia mais de bairro que de assentamento. Com vizinhança mais que como companheiros. A vida e a dinâmica da vida rural têm mudado pelas constantes idas e vindas da cidade.

Já com os indígenas da Colômbia, o problema é outro. A forte identidade deles faz com que seja muito difícil dialogar com as entidades de saúde, que veem neles números e cifras populacionais e não comunidades ancestrais com costumes e práticas de saúde diferentes, costumeiramente chamadas de alternativa, embora para eles essas alternativas sejam as práticas médicas. São vistos como teimosos, como ignorantes, que deveriam fazer do jeito certo e não acreditando nessas superstições que fazem com que eles fiquem ainda mais doentes.

Quanto a essas práticas alternativas, no assentamento brasileiro, se percebe que a ideia de urbano faz com que sejam vistos como paliativos que ajudam, mas não resolvem. Enquanto na comunidade indígena da Colômbia são as únicas e verdadeiras alternativas, nas quais acreditam, tendo constantemente visitas da secretaria de saúde, organizações internacionais e ONGs que orientam e ensinam o jeito como deve ser feito, do modo como deve ser cuidada a saúde, desconsiderando anos e anos de tradição.

A ideia de individualismo cria uma força que faz com que cada um dos assentados tenha conseguido seus objetivos: ir para a cidade, voltar para o campo, viajar, trabalhar, etc. Porém, a falta de trabalho cooperativo e a pouca iniciativa de atividades comunitárias faz com que seja necessária muita mais energia de cada um por estarem separados para conseguir seus objetivos, o que faz sentir a falta da vida na cidade, para alguns. Os assentados precisam de atividades culturais, esportivas, e até religiosas que impulsionem a coletividade e fortaleçam

as relações interpessoais entre eles.

Por outro lado, os indígenas têm construída sua identidade coletiva, seus anciões, sua ciência. Contudo, estão precisando de fortalecimento na sua organicidade. Aliás, é preciso criar pontes para abrir os canais de comunicação entre eles e os setores públicos encarregados da saúde e a educação.

6.2 “Traz desenvolvimento, mas também prejudica o produtor”.

Uma ideia muito interessante encontrada nas entrevistas, tanto no Brasil como na Colômbia, é a influência dos processos desenvolvimentistas nas regiões. No Brasil, com uma apropriação muito mais forte por parte da população, as usinas na região trazem uma dicotomia permanente na mente dos assentados: a necessidade de dinheiro para subsistir, as possibilidades laborais que trazem essas empresas para os jovens e as poucas oportunidades para trabalhar a terra frente aos impactos produzidos pelos agrotóxicos utilizados na cana-de-açúcar, se enfrentam a essa tradição de morar no campo, de produzir e viver do que a terra dá.

São duas realidades que se encontram e tem práticas espaciais diferentes, porém permanece a visão da força do capitalismo que dificulta a possibilidade de viver, trabalhar e se alimentar da Terra.

As pessoas no campo ficaram dependentes das mercadorias capitalistas e o avanço deste processo atingiu o campo fortemente, de modo que comunidades que se mantinham pela autogestão, deparam-se com a realidade da necessidade de terem um capital, uma renda que permita consumir. Essa necessidade vai minando a mente dos jovens, os quais não estão majoritariamente trabalhando na Terra, se não buscando trabalhos nas usinas ou nas cidades próximas aos assentamentos.

Por outro lado, os projetos desenvolvimentistas da Colômbia têm afetado diretamente a população indígena. Porque, primeiramente, a luta pelo domínio dos mesmos territórios pela prática do tráfico de drogas, e a violência, tem obrigado os indígenas a se adaptarem nas grandes cidades. E, paralelo a essa realidade, os indígenas acabam optando por servir a grandes empresas e estatais que têm uma grande parcela, se não toda, de culpa pela contaminação da terra, água e ar; terra na qual os mesmos e seus ancestrais lutaram tanto pra defender. Sendo assim, sua subsistência acaba diretamente afetada, pois, não podem voltar para suas terras e as terras que optam por morar, não encontram meio de se desenvolver.

Um fato interessante no Brasil foi que muitos entrevistados, quando perguntados pelo desenvolvimento, ficaram se referindo às crianças e como elas precisavam de transporte

pra estudar e de alimentação pra estarem na escola, e não ficaram se referindo necessariamente às indústrias. Esse fato no faz pensar que essa ideia de desenvolvimento está vinculada à ideia de educação e como fortalecendo a educação e o bem estar das crianças e comunidades, pode-se conseguir o desenvolvimento delas. Por outro lado, na Colômbia, chama a atenção como que muitos dos funcionários entrevistados seguem com a mentalidade do indígena como sendo pouco desenvolvido, desprovido de conhecimento ou que seus conhecimentos são ultrapassados e que precisam, constantemente, da orientação e da ajuda, ‘sem necessidade de reconhecer o contexto ou as próprias vivencias da cultura, porque no final, parece que a ideia é que eles não sabem nada e precisam ser ensinados.

Nos dois casos, parece evidente como se a ajuda precisasse chegar de fora. A prefeitura tem que ajudar, o governador precisa criar, da capital precisa enviar; todas essas ações externas voltadas para beneficiar as comunidades que precisam. Em poucas entrevistas, observaram-se propostas reais que nascem da comunidade, em busca de fortalecer a cooperatividade e que permitam um desenvolvimento real da comunidade. Outro fator que prejudica muito nos processos de organização das comunidades são os “muros burocráticos” e as relações políticas de conveniência que se criam para fortalecer os interesses pessoais. Assim, os políticos acabam sendo escolhidos porque trazem um benefício individual e não por contribuir para comunidades.

A luta contra a droga, no caso da Colômbia, e os procedimentos com os agrotóxicos no caso do Brasil, fazem com que as comunidades do campo sejam vítimas diretas do envenenamento produzido pelas pulverizações. Todas as políticas dentro do discurso de desenvolvimento, deixam a saúde à beira da vulnerabilidade.

6.3 “Deveria ter no calendário escolar, uma matéria obrigatória voltada para saúde”.

Como dito anteriormente, a escola constitui-se como uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento das comunidades, porém, elas não parecem estar sendo promotoras de saúde. O que os entrevistados lembram ter aprendido na escola, não parece ter mudado significativamente suas práticas espaciais. Porém esse local é reconhecido como fundamental para aprender sobre saúde. Os conhecimentos que na escola se adquirem sobre saúde, limitam-se a campanhas sobre higiene, algumas palestras sobre reciclagem ou orientações sobre sexualidade e saúde oral, o que limita profundamente a capacidade da escola para agir nas comunidades, aprendendo com eles e ensinando, fazendo um intercâmbio de saberes que possa fortalecer as práticas espaciais.

Precisam ser abertos espaços nas escolas onde se possa falar dos deveres dos cidadãos com a nossa própria saúde e dos direitos que temos frente às políticas públicas de saúde. O desconhecimento sobre o que fazer, onde ir, com quem falar, faz com que a dependência que se cria com os funcionários e a informação limitada dos mesmos nutre, nos pacientes, uma falta de sabedoria dos seus próprios direitos e obrigações.

6.4 “Se uma doença chega a nós é por um espírito da natureza”.

Os serviços de atendimento no Brasil garantem um serviço universal, pois como se comentou desde o começo, a constituição brasileira entende saúde como um direito fundamental. Isso faz com que o serviço da unidade de saúde do Bom Pastor esteja organizado. A estratégia da saúde familiar faz um trabalho que a mesma população reconhece como bom, mas a falta de formação e informação para a população faz com que o conceito de saúde fique limitado ao atendimento médico. No caso da Colômbia, muito pelo contrário, o serviço de saúde é bastante caótico.

Existe uma necessidade de vinculação, cadastramento e uma leitura limitada da realidade da comunidade, fazendo com que a comunicação entre os profissionais da saúde e os indígenas do resguardo esteja limitada, criando vazios que fazem que os direitos à saúde e ao bem-estar não sejam garantidos. Estes problemas se vêm aprofundados pelo complexo de subdesenvolvimento que faz entender aquilo diferente do imposto como errado, atrasado e necessitado de correção, levando muitos dos funcionários a não estarem interessados em escutar ou entender as razões pelas quais os indígenas agem e têm essas práticas espaciais.

Os dois países têm serviços de saúde organizados que, na teoria, funciona corretamente, mas que na prática precisam do *feedback* da população pra fortalecer a atuação dos profissionais da saúde e, nesse aspecto, ambos padecem. Finalmente, precisam ser fortalecidos os conhecimentos tradicionais, na Colômbia, e as práticas alternativas de saúde em alguns casos específicos, no Brasil, para motivar as populações a se informar sobre assuntos de saúde e, deste modo, fortalecer a atuação das pessoas, suas práticas espaciais e aliviar a dependência com o médico.

6.5 “E disse que devíamos proteger nossas famílias”.

Um fator muito persistente nas entrevistas foi o vínculo familiar, a necessidade de bem-estar do entrevistado e seus mais próximos, no caso as famílias. Em relação à

comunidade indígena, o conceito de família, o “nós”, vai além do sobrenome e da vinculação biológica, envolve a comunidade inteira e faz com que a procura pelo bem comum não fique limitado ao núcleo familiar, ampliando sua cobertura para todos os grupos.

Os anciões, nos dois casos, são objeto de respeito quanto às práticas espaciais que faz referência. Na experiência colombiana ainda mais que na brasileira, mesmo que não sendo evidente. Nas duas comunidades, quando se lembra de alguma prática alternativa ou alguma estratégia na procura do bem-estar e saúde, os protagonistas são as mulheres e os anciões que conhecem e sabem como resolver algumas afetações da saúde. Porém, esses mesmos conhecedores são invisíveis para a ciência médica e ocidental. No Brasil, vários dos entrevistados ficam receosos quando falam destas práticas, esperando serem punidos ou orientados a deixarem de fazer. Na Colômbia, os funcionários reconhecem abertamente que essas práticas são consideradas bruxarias, superstições e costumes de séculos passados que precisam ser combatidas e corrigidas.

Novamente, fortalecer estes saberes, os espaços de convivência, como escola, igreja e mesmo o posto de saúde para compartilhar estes conhecimentos, fortaleceria as práticas espaciais das comunidades e evitaria a dependência com serviços médicos de atenção básica.

6.6 “Aí poderíamos pensar que a religião entraria a ajudar”.

Para alguns entrevistados, a religião e a saúde não têm uma relação direta, contudo reconhecem que várias vezes as práticas espaciais dos indivíduos mudam dependendo da religião que professam. Isto faz pensar que outro espaço importante para promoção de saúde seja a igreja, pois nela, por diferentes argumentações, as condutas são modificadas e os costumes dos participantes.

Deixar de fumar, caminhar, não beber ou ingerir mais água, passar óleo, comer cedo, ou não comer tão tarde, são práticas espaciais que são potencializadas nas igrejas. Através do respeito às práticas indígenas, e às práticas religiosas, o trabalho em conjunto, visando à melhoria da saúde, pode fortalecer algumas práticas espaciais ou contribuir para combater alguns costumes prejudiciais das comunidades.

No caso da comunidade da Colômbia, religião se distingue bastante de tradição. Quando, nas entrevistas, foi falado para os indígenas sobre religião, eles lembraram imediatamente dos padres, pastores ou pregadores não indígenas que chegam a falar com eles sobre as mensagens, majoritariamente, bíblicas. Por outro lado, tradição e tudo aquilo que eles fazem, no que acreditam verdadeiramente, é inquestionável e não tem espaço para o debate.

Aquilo que o Xamã faz é o que deve ser feito. O médico ou a enfermeira podem nutri-los de opiniões arbitrárias; o pastor ou padre podem aconselhar outra coisa, porém todos eles poderão ser questionados, mas o Xamã não. Têm coisas que saem das mãos do Xamã, porque não sabem da natureza, são coisas que chegaram de fora, que o homem branco trouxe. Nessas coisas o médico pode opinar, mas sua palavra sempre vai ser questionável.

Entender a relação que cada uma das comunidades têm com suas crenças, pode potencializar a promoção da saúde, fugir da ideia complexada de que aquilo que não é ensinado nos livros que vem da cidade está errado, faz com que os olhos e os ouvidos se abram a novas realidades. Trabalhar junto às lideranças religiosas das comunidades e poder entender esses espaços como promotores de saúde, poderá criar uma relação diferente entre os profissionais da saúde e paciente.

6.7 “A mídia é uma ferramenta poderosa”.

Os meios de comunicação têm um papel fundamental no fortalecimento das práticas espaciais das comunidades visitadas, de um jeito ou de outro. No caso brasileiro, cada casa tem pelo menos um televisor, permitindo que os entrevistados, assentados ou funcionários, assistam um ou outro programa que fala sobre saúde. No caso colombiano, os indígenas não têm acesso à televisão, mas pelas consequências do deslocamento frutos da guerra, têm acabado convivendo com pessoas que sim, as pessoas da cidade. Esta influência passiva tem feito com que as dinâmicas no assentamento mudem. As coisas estão sendo feitas de forma diferente, porque informações chegam aos vizinhos e, deles, aos indígenas. A televisão tem se constituído em um aliado, ou algumas vezes, no motor de práticas que afetam a saúde, como as bebidas alcoólicas e o cigarro.

Um fator importante que foi ressaltado por um dos entrevistados, foi o poder da mídia para conseguir uma mentalidade mais solidária com aquelas comunidades que precisam. Trabalho que não está sendo feito. Por essa razão, parece imperativo fortalecer as iniciativas comunitárias de informação que façam que as vozes das populações possam chegar e ser lidas ou escutada por outras comunidades.

6.8 “A cidade é um risco. Na cidade você tá preso”.

A relação entre campo e cidade tem impactado as práticas espaciais. Por um lado, os assentados do Brasil que pelas suas experiências morando nas zonas urbanas têm uma

mentalidade mais cidadina, fazendo com que tenham uma relação de bairro no assentamento. Esta mentalidade faz com que os vizinhos sejam vistos como famílias que moram próximas, mas isso não implica que tenham uma relação mais próxima da sua própria família. Isto enfraquece muito as atividades cooperativas e as práticas espaciais que contribuem à promoção à saúde.

Na Colômbia, o choque com as realidades urbanas tem sido ainda mais forte. Os indígenas têm precisado viver numa realidade que desconheciam nas suas comunidades ancestrais e têm precisado conviver com pessoas que não os escutam, nem os entendem, nem estão interessados em entendê-los. Esta constante dicotomia entre campo e cidade faz com que tenham precisado modificar suas práticas espaciais forçosamente. Têm sido obrigados, pela própria realidade, a transformar suas práticas, embora ainda sejam resistentes com algumas, como aquelas que têm a ver com suas crenças.

6.9 “Alimentação, boa noite de sono, exercícios...”.

Finalmente, e não menos importante, a alimentação aparece aqui como uma das mais importantes práticas espaciais das comunidades entrevistadas. Uma das grandes preocupações é a qualidade dos alimentos e os produtos com os quais são fumigados. Não são ‘Agroquímicos’, nem ‘produtos contra os cultivos’. É veneno. Uma e outra vez as pessoas falam de veneno. As comunidades, no Brasil e na Colômbia, reconhecem-no como veneno e entendem os efeitos secundários desses agrotóxicos nas suas próprias plantações e na sua saúde. Estão sendo envenenados e não estão conseguindo fazer muito para se defender. Os produtos que compram estão envenenados; os produtos que cultivam acabam sendo envenenados, os produtos que recebem estão envenenados. Parece um labirinto, um labirinto que leva as populações a decidirem por práticas espaciais arbitrárias, complexas ou, simplesmente, a aceitar a realidade e cair na anuência sem muita argumentação, recebendo o que seja porque não tem muito mais de onde escolher.

Os indígenas repetem constantemente que eles não ficavam doentes quando moravam nas suas terras. Eles sabem que a alimentação, como a sua principal prática espacial de saúde, era defendida e venerada; a terra dava aquilo que era necessário e quem se alimentava da terra não ficava doente, só que a natureza decidiu, ela mesma, o contrário, por algum espírito. Mas agora, nem os espíritos têm trabalho. Os moradores do campo estão ficando doentes sem eles. O desenvolvimento tem trazido morte e doença. A saúde tem se enfraquecido porque a ‘*Madre Tierra*’ não está sendo respeitada.

REFERÊNCIAS

- ACNUR. *Informe resumen de país - Colombia*. ENERO DE 2014. Disponível em: <http://www.acnur.org/index.php?id=837&tx_news_pi1%5Bnews%5D=7746&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=901345ea8769c947a53fc604a2f9553b>. Acesso: 14/02/2017.
- ADOUÉ, Sylvia Beatriz. *A independência Pendente – no bicentenário das independências de Hispano América*. Revista Espaço Acadêmico, UEM, v. 10, n. 109, p. 67 – 70, Junho, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10316/5695>>. Acesso: 12/03/2016
- Agência Brasil. *ONU: “Brasil é país da América Latina com maior número jovens afro-descendentes”*, 2011. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2011-11-18/onu-brasil-e-pais-da-america-latina-com-maior-numero-jovens-afrodescendentes>>. Acesso: 23/11/2011
- ALBORNOZ, V. et al. *Pobreza, Desigualdad de Oportunidades y Políticas Públicas en América Latina*. Disponível em: <http://www.kas.de/wf/doc/kas_32590-1522-1-30.pdf?121121125019>. Acesso em: 18/10/ 2016.
- ARRUTI, J. M. A. *Direitos étnicos no Brasil e na Colômbia: notas comparativas sobre hibridização, segmentação e mobilização política de índios e negros*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 6, n.14, p. 93-123, nov. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v6n14/v6n14a05>>. Acesso: 18/04/2016.
- AROCENA, F.; PORZECANSKI, R. *El Desarrollo Sustentable: Reflexiones sobre su alcance conceptual y medición*. Revista de Ciencias Sociales (on line), UDELAR, v.23, n. 26, p. 16-29. Abril, 2010. Disponível em: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/6709/1/RCS_Arocena_2010n26.pdf>. Acesso: 22/06/2016.
- BÁEZ M.L. *de indígenas a camponeses: Miradas antropológicas de un quiebre paradigmático*. Ruris: Revista do Centro de Estudos Rurais / Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. v. 3, n. 2. (2009-2010). Campinas: Unicamp/IFCH, 2009-2010.
- BALTRA, A. *Os novos camponeses*. São Paulo: Cultura Acadêmica; Cátedra Unesco de Educação do Campo e Desenvolvimento Rural, 2011.
- BARBOSA, J. S. *Geografía médica y de la salud: conceptos, paradigmas y visiones en el contexto del cambio climático*. Revista Geográfica Digital. IGUNNE. Facultad de Humanidades. UNNE, v. 9. n. 17, p. 1-29, Enero / Junio 2012. Disponível em: <<http://hum.unne.edu.ar/revistas/geoweb/default.htm>>. Acesso: 22/05/2015
- BASCOPE CAERO, V. *El sentido de la muerte en la cosmovisión andina: el caso de los valles andinos de cochabamba*. Chungará (Arica) v.33 n.2 Arica jul. 2001. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562001000200012>> Acceso em: 27 de agosto de 2015
- BATISTA, P.N. *O Consenso De Washington: A Visão Neoliberal Dos Problemas Latino-Americanos*. São Paulo, Setembro de 1994. Disponível em:

<<http://www.consultapopular.org.br/sites/default/files/consenso%20de%20washington.pdf>>
Acesso em: 13/04/2017

BBC Mundo. *Esterilizadas a la fuerza en Perú, 25 de diciembre de 2011*. Disponível em:
<http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/12/111206_peru_salud_esterilizaciones_rg.shtm>
Acesso: 15/08/2016

BETHELL, L. *Historia de América Latina. 1. América latina colonial: la américa precolombina la conquista*. Barcelona: Editorial crítica, 1990.

BIFANI, Paolo. *Medio Ambiente y Desarrollo sostenible*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1997.

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*. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRAVO, E; MONTEVERDE, M. *Hijos del Maíz*. Maíz Patrimonio de la Humanidad. Disponível: <<http://www.rallt.org/PUBLICACIONES/libro%20del%20maiz%20completo.pdf>>. Acesso: 15/03/2016

CAERO, V. B. *El sentido de la muerte en la cosmovisión andina: el caso de los valles andinos de cochabamba*. Chungará (Arica), v. 33, n. 2 Arica, jul. 2001. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562001000200012>> Acesso em: 27/08/2015.

CARRASCO, F. M.; VÁZQUEZ, A. A. *La modernidade de los hospitales del siglo XVI y XVII en América*. Elementos Ciencia y Cultura, Puebla, México, v. 8, n. 42, p. 41, Junio/Agosto, 2001.

CEPAL. *Los Pueblos Indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Santiago: Editorial Cepal, 2014. Disponível em:
<<http://www.cepal.org/es/publicaciones/37050-pueblos-indigenas-america-latina-avances-ultimo-decenio-retos-pendientes-la>>. Acesso: 22/02/2015

_____. *Situación de indígenas y afroamericanos en América Latina y el Caribe*. CEPAL, 2000. Disponível em: <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/7/77/P77.xml>> . Acesso: 15/09/2015

_____. *Panorama Social de América Latina*. CEPAL, 2010. Disponível em:<<http://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/1235-panorama-social-america-latina-2010-documento-informativo>>. Acesso: 11/05/2015

CNA. *Declaración del Encuentro Interétnico Popular*. 2012. Disponível: <<http://www.oidhaco.org/uploaded/content/article/1382207255.pdf>>. Acesso: 10/06/2015

CNA. *¿Quiénes somos?* Disponível em: <<http://cna-colombia.blogspot.com.br/2011/06/quien-es-somos.html>>. Acesso: 20/08/2015

COIMBRA, José de Ávila Aguiar. *O outro lado do meio ambiente*. São Paulo: Cetesb, 1990.

COLCIENCIAS. *Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de salud*. Lineamientos de política nacional para la gestión del conocimiento en salud pública: Informe técnico elaborado para Colciencias. Bogotá; 2005.

COLÔMBIA. Constituição (1991). *Constitucion Politica de Colombia: promulgación 6 de julio de 1991*. Organizado por la Corte Constitucional. Bogotá: Imprenta Nacional, 2015. Disponível em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>> . Acesso: 30/04/2016

COORDINADORA LATINOAMERICANA DE ORGANIZACIONES DEL CAMPO. *Resolución Sobre Educación y Salud em el Campo*. 27 de Julio de 2010. Disponível em: <<http://www.cloc-viacampesina.net/congresos/educacion-y-salud-en-el-campo>>. Acesso: 14/07/2016

CORREA, R. L *Diferenciação sócio-espacial, escala e práticas espaciais*. Revista cidades, UNESP, v. 4, n. 6, p, 67-72, 2007. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/revistacidades/article/view/570/601>> . Acesso:14/03/2017

_____. *Sobre a Geografia Cultural*. Instituto histórico e geográfico do Rio Grande do Sul. Publicado no site em 16/11/2009 Disponível em: <<http://ihgrgs.org.br/artigos/contibuicoes/Roberto%20Lobato%20Corr%C3%AAa%20-%20Sobre%20a%20Geografia%20Cultural.pdf>>. Acesso: 20/04/2017

CORTÉS, H. Titulación colectiva en comunidades negras del Pacífico narinense. In: CAMACHO, J.; RESTREPO, E. (Ed.). *De montes, ríos y ciudades: territorios e identidades de la gente negra en Colombia*. Santa Fé de Bogotá: F. Natura/Ecofondo/Instituto Colombiano de Antropología, 1999. p. 131-142.

DECLARACIÓN DE CANCÚN DE PAISES MEGADIVERSOS AFINES. 18 de febrero de 2002. Disponível em: <<http://www.inecc.gob.mx/descargas/ai/con199328.pdf>> Acesso em: 24 de outubro de 2016.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2000). *Los grupos étnicos de Colombia en el censo de 1993*. Análisis de Resultados, Bogotá, Colombia, 2000.

_____. *Resultados del censo general de Colombia*. Bogotá: DANE, 2005. Disponível em: <<http://www.ddhh-colombia.org/html/CENSOGENERALDEL2005.pdf>> Acesso em: 30 de julho de 2015.

DINIZ, C.C. *A nova configuração urbano-industrial no Brasil*. In: KON, A. (Org.) *Unidade e Fragmentação: a questão regional no Brasil*. São Paulo: Perspectiva. 2002

DOCUMANIA. *La Batalla por la Economía Mundial*. 1 de julho de 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=cD2u437fGJM>>. Acesso em: 10/08/2001.

DUBOIS, A. *Un Concepto De Desarrollo Para El Siglo XXI*. Disponível em: <<https://www.institutodeestudiosglobales.org/resources/Un%20concepto%20de%20desarrollo%20para%20el%20siglo%2021..pdf>>. Acesso: 12/08/2015

DUPAS, G. *A lógica da economia global e a exclusão social*. Ver. Estudos Avançados, v. 12, n. 34, São Paulo, Set/Dez, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141998000300019>. Acesso em: 23/08/2016.

ESCOBAR, A. El “postdesarrollo” como concepto y práctica social. In: MATO, D.; BABB, S. L. *Políticas de economía, ambiente y sociedad en tiempos de globalización*. Caracas: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela, 2005, p. 17-32.

_____. *La invención del Tercer Mundo: Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Caracas: Fundacion Editorial El perro y La rana, 2007.

ESTRADA-ÁLVAREZ, J. *Notas sobre el neoinstitucionalismo*. Disponível em: <http://www.espaciocritico.com/sites/all/files/artcls/a0023_je-a11.pdf>. Acesso: 22/04/2015.

FANON, F. *Os Condenados da Terra*. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

FAO. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2004: Seguimiento de los avances en la consecución de los objetivos de la Cumbre Mundial sobre Alimentación y de los Objetivos de desarrollo del Milenio*. Roma: ONU/FAO, 2004. Disponível em: <<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5650s/y5650s00.pdf>>. Acesso: 06/03/2017.

FAO. *Hacia El Futuro Que Queremos: Erradicación del hambre y transición a sistemas agrícolas y alimentarios sostenibles*. Roma: ONU/FAO, 2012. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/015/an894s/an894s00.pdf>>. Acesso: 26/12/2016

FAO. *La alimentación y el comercio internacional*. Documentos Técnicos de Referencia. Cumbre Mundial Sobre la Alimentación: Documento 12, v. 3. Roma: ONU/FAO, 1996. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/003/w2612s/w2612s12.htm>>. Acesso: 08/03/2017.

FERNANDES, B. M. *Espacialização e territorialização da luta pela terra: a formação do MST - movimento dos trabalhadores rurais sem terra no estado de São Paulo*. 1994. 208 f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Departamento de Geografia, Faculdade de filosofia, letras e ciências humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.

FERRANTI, D. et al. *Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia?* ESTUDIOS DEL BANCO MUNDIAL SOBRE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Washington: World Bank, 2003.

FARIA, J. H.; SCHMITT, E. C. *Indivíduo, Vínculo e Subjetividade*. In: _____ (Org). *Análise Crítica das Teorias e Práticas Organizacionais*. São Paulo: Atlas, 2007.

FURTADO, C. *Formação econômica do Brasil*. 32. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GUIMARAES, R. B.; PICKENHAYN, J. A.; LIMA, S. C. *Geografia e saúde sem fronteiras*. Uberlândia: Assis Editora, 2014.

GARCÍA-PELAYO, M. *La Teoría De La Sociedad En Lorenz Von Stein*. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDeLaSociedadEnLorenzVonStein-127673.pdf.> . Acesso: 13/08/2016

GALEANO, E. *Las Venas Abiertas De América Latina*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2004.

GESELDA, B. AGUIAR, F. *A “psicologia do ego” e a Psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais*. Rev. Filos., v. 19, n. 25, p. 307-331, jul./dez, 2007.

GÓMEZ-ARIAS, RD. *La mortalidad evitable como indicador de impacto de la reforma sanitaria: Colombia 1985-2002*. Revista Colombia Médica, v. 40, n. 4, Octubre/Diciembre, p. 373-385, 2009.

GÓMEZ, R. *Atención primaria de salud y políticas públicas*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, v. 28., n. 3., Sept./Dec, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000300009.> Acesso em: 21 de junho de 2015.

GÓMARA, F. L. *Historia general de las índias*. Biblioteca Virtual Universal, 2003. Disponível em: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/92761.pdf> Acesso em: 24 Fev. 2015.

GUERRA, F.; TÉLLEZ, M. C. S. *Pestes y remédios en la conquista de América*. Rev. Estudios de historia social y económica de América, n. 2, p. 51-58, 1986. Disponível em: <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/5723>. Acesso: 22/05/2016

GUIMARAES, R. B.; PICKENHAYN, J.A.; LIMA, S. C. *Geografia e saúde sem fronteiras*. Uberlândia (MG): Assis Editora, 2014.

Histórico discurso de José Mujica en la Asamblea General de la ONU. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2agliCtCXGc>. Acesso: 23/12/2016.

INSTITUTO DE ESTUDIOS PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ - INDEPAZ. *Situación De Los Pueblos Indígenas De Colombia*. Bogotá: Editor KAS Papers, 2009. Disponível: <http://www.kas.de/wf/doc/kas_17956-544-4-30.pdf>. Acesso: 15/04/2016.

ROJAS, L. I. *Geografía y Salud en Cuba: Tendencias y Prioridades*. Revista Cubana de Salud Pública, Habana, v. 29, n.4, p. 295-306, octubre/diciembre, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA (IBGE). *Censo agropecuario 2006 - Brasil, grandes regiões da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/51/agro_2006.pdf> Acesso em: 29 /07/ 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – Ipeadata. *Dados macroeconômicos e regionais*. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br>. Acesso em 16/06/2017

JAMES, C. L. R. *Os jacobinos negros*. Tradução de Afonso Teixeira Filho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000.

JARAMILLO, E. *Colombia: Terror en el Pacífico. Una radiografía en 10 puntos*. 24 de setembro 2008. Disponível em: <<https://www.servindi.org/actualidad/4556>> . Acesso em: 02/06/2017.

JOIRO, H. U. *Entre las huellas de la India Catalina*. Bogotá: Universidad del Rosario, 2006.

JUNG, C. G. *Estudos sobre Psicologia Analítica*. Petrópolis: Editora Vozes, 1978.

LANDA, M. B. *De indígenas a campesinos: miradas antropológicas de un quiebre paradigmático*. Revista Ruris, UNICAMP, v. 3, n. 2, p. 55-74, agosto, 2009. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ruris/article/view/695/560>>. Acesso: 15/04/2016

LEI No 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004.

LIMA NETO, J. E. *Geografia e Saúde*. 2000. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Deptº de Geografia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LOERA. N. R. *A espiral das ocupações de terra*. São Paulo: Polis; Campinas: Ceres- Unicamp, 2006

LOWENBERG, M. E. *Food and man*. J. Wiley and Sons New York. Citado por VARGAS OVIEDO Wenceslao 1991. Fundamentos de Ciencia Alimentaria. Fundación para la Investigación Interdisciplinaria y la Docencia. Pág. 34. 1968

LOZONCZY, Anne-Marrie. *Les saints et la forêt: rituel, société et figures de l'échange entre noirs et indiens Emberá (Chocó, Colombie)*. Paris: L'Harmattan, 1997, p. 419 .

MACHADO, R. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 559

MARQUART, A. *O estado gera as desigualdades sociais que ele próprio alega ser o único capaz de resolver*. Disponível em: <<http://www.mises.org.br/Article.aspx?id=1769>>. Acesso: 26/04/2015

MARTINEZ, J.A. ASTIASARÁN, I. MADRIGAL, H. *Alimentación y salud pública*. 2 ed. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana de España, S.A.U, 2002, p. 257. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001000015>. Acesso em: 13/01/2017

MARTINS, J. S. *A reprodução do capital na frente pioneira e o renascimento da escravidão no Brasil*. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, v. 6(1-2): p. 1-25, jun, 1995.

MEU PARANÁ. *Fim das Sete Quedas*. 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1AOTm4qIzfg> Acesso em: 03/09/2016

MIRANDA CANAL, N. *Apuntes para la historia de la medicina en Colombia*. Ciencia. Tecnología y Desarrollo, Bogotá, v. 8. n. 1-4, enero/diciembre, 1984.

MORA, F. ALEMAÑY, A. *La modernidad de los hospitales del siglo XVI y XVII en América. Elementos: Ciencia y Cultura*. Junio/Agosto. Año/vol. 8, número 042. Puebla, México. 2001.

MST. 2014. <http://www.mst.org.br/quem-somos/>

NACIONES UNIDAS. *Desarrollo y cooperación económica internacional: Medio ambiente. Informe de la Comisión Mundial sobre el medio ambiente y el desarrollo*, 1987. Disponible em: <<https://es.scribd.com/doc/105305734/ONU-Informe-Brundtland-Ago-1987-Informe-de-la-Comision-Mundial-sobre-Medio-Ambiente-y-Desarrollo>>. Acceso: 23/12/2016

ONU - CEPAL. *Os Povos Indígenas na América Latina*. Chile: Nações Unidas, 2015. Disponible em:< http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37773/S1420764_pt.pdf;jsessionid=72F89709DFD440307B27FE085BFC3B3D?sequence=1>. Acceso: 20/02/2016

ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponible em:< <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acceso: 23/04/2016

ONUBR. *Sistema de saúde público brasileiro é referência internacional, diz Banco Mundial*. Publicado em 20/12/2013 Disponible em: <<https://nacoesunidas.org/sistema-de-saude-publica-brasileiro-e-referencia-internacional-diz-banco-mundial/>> Acceso em: 04/06/2016

OPAN. Lineamientos de política nacional para la gestión del conocimiento en salud pública. In: OPAN. *Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de salud*. Colômbia, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Relaciones entre programas de salud y el desarrollo social y económico*. Ginebra: OMS, 1973. Disponible em: <http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_49_spa.pdf>. Acceso: 08/06/2016.

ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE. Disponible em: <<http://www.paho.org/bra/>>. Acceso: 24/06/2016.

OVIEDO, W. V. *Fundamentos de Ciencia Alimentaria*. Bogotá: Fundación para la Investigación Interdisciplinaria y la Docencia – Universidad Nacional de Colombia, 1991.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PIÑEIRO, D. E. *Desarrollo sustentable: una perspectiva desde las ciencias sociales*. Revista de Ciencias Sociales, UDELAR, v. 23, n. 26, p. 8-15, abril, 2010. Disponible em: <<https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/6716>>. Acceso: 04/05/2016.

QUÍLEZ, P. Q. *De montes, ríos y ciudades: territorios e identidades de la gente negra en Colombia*. Santa Fé de Bogotá: F. Natura/Ecofondo/Instituto Colombiano de Antropología, 1999.

RAMÍREZ, M. H. *Beneficiencia y salud en Colombia*. Colección: Instituciones y símbolos de Colombia; Credencial Historia. Biblioteca Nacional. 155 ed., noviembre, 2002. Disponible em: <<http://www.banrepcultural.org/node/86404>>. Acceso: 27/08/2015.

RAMÍREZ, Alfredo; SÁNCHEZ, Juan Manuel; GARCÍA, Alejandro. El desarrollo sustentable: interpretación y análisis. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle, v. 6, n. 21, p. 55-59, jul./dic. 2004.

RAMOS, J. A. *História da Nação Latino-americana*. 3 ed. Florianópolis: Editora Insular, 2014

RESOLUCIÓN No. 412 del Ministerio de Salud. Febrero 25 de 2000.

REVISTA FÓRUM. *Escritor cubano rebate repórter da Veja no Roda Viva*. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/2015/07/19/escritor-cubano-rebate-reporter-da-veja-no-roda-viva/>>. Acesso: 17/07/2017.

REVISTA MEXICANA DE BIODIVERSIDAD. *¿Qué es un país megadiverso?* Disponível em: <<http://www.biodiversidad.gob.mx/pais/quees.html>>. Acesso: 13/04/2016

REY, M T. Legitimidad y hegemonia: distintas dimensiones del domínio consensual. IN_____. *Estado y marxismo: un siglo y medio de debates*. Buenos Aires: Prometeo, 2007, p. 161-190.

ROGERS, G. What is special about social exclusion approach? In: Rogers, G.; GORE, C.; F., J. (Orgs.). *Social exclusion: rethoric, reality, responses*. USA: International Institute for Labor Studies, 1995.

SALUD COLOMBIA. Disponível em: <<http://www.saludcolombia.com/actual/salud54/editor54.htm>>. Acesso: 03/12/2016.

SANTOS, M. *A natureza do Espaço*. 4 ed. São Paulo: EDUSP, 2006.

SANTOS, J. B. F. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde - estação ocetrede/ufc/uece: reflexões de pesquisa*. Fortaleza: eduece, 2006.

SILVA PAM, J. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro. Editora Fio Cruz. 2009.

SCOTT, J. C. *Formas cotidianas da resistência camponesa*. Tradução: Lenilda a. de Menezes e Lemuel Guerra. Revista Raízes, Campina Grande, v. 21, n. 1, p. 10 – 31, jan/jun, 2002. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/~raizes/artigos/Artigo_86.pdf>. Acesso: 23/07/2016.

Semana (Jornal on line). Santos: “*El tal paro nacional agrario no existe*”. 8/25/2013 Disponível em: <<http://www.semana.com/nacion/articulo/santos-el-paro-nacional-agrario-no-existe/355264-3>>. Acesso: 23/07/2015

SEMILLAS EN PELIGRO. Produção de Victoria Solano. Colombia: Clementina Filmes, 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kZWAqS-El_g>. Acesso em: 03/09/2016

SOBREIRO FILHO, J. *O movimento em pedaços e os pedaços em movimentos: da ocupação do Pontal do Paranapanema à dissensão nos movimentos socioterritoriais camponeses*. 2013. 547 folhas. Dissertação (mestrado em Geografia) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente, 2013.

STECKEL, R. H.; ROSE, J.C. *The backbone of history: health and nutrition in the western hemisphere*. New York: Cambridge University Press, 2002.

THOMAZ JUNIOR, A. *A territorialização do monopólio: as agroindústrias canavieiras em Jaboticabal*. 1989. São Paulo. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1988.

TODOROV, T. *A conquista da América: a questão do outro*. Tradução: Beatriz Perrone Moisés. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

TREVIÑO, A. R.; NÚÑES, J. M. S.; CAMACHO, A. G. *El Desarrollo Sustentable: Interpretación y Análisis*. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle, v. 6, n. 21, p. 55-59, Julio/diciembre, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34202107>>. Acesso: 12/04/2016

VERGÉS, A. B. *Os novos camponeses: leituras a partir do México profundo*. São Paulo: Cultura Acadêmica; Cátedra Unesco de Educação do Campo e Desenvolvimento Rural, 2011.

VIEIRA, R. S. *Crescimento econômico no estado de São Paulo: uma análise espacial*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

YI-FU TUAN. *Espaço e Lugar: a perspectiva da experiência*. Tradução: Livia de Oliveira. Londrina: Eduel. 1977

YOUNG, Pauline. V. *Métodos Científicos de Investigación Social*. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional. México D. F. 1960.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE VISITA PARA A POPULAÇÃO DAS
COMUNIDADES DO CAMPO**

ROTEIRO DE VISITA					
Base para a entrevista semiestruturada com a população das comunidades do Campo					
Antes da entrevista:					
Realizar o contato inicial através de telefone ou envio de mensagens:					
Participante:					
Telefone:					
Data da Visita:					
Hora do Encontro:					
Endereço:					
Referencias para chegar:					
Modo para chegar:					
Primeira Parte: Qualidade de Vida					
Objetivos: Descobrir o grau de enraizamento do participante ao meio rural; descobrir padrões de sociabilidade e redes de apoio; identificar o nível de apropriação com assuntos de saúde.					
1. Nome do participante					
2. Idade:		3. Ecolaridade		4. No. de pessoas na casa	
5. Função:	Pai	Mãe	Filha (o)	Parente	Outro
1 - Há quanto tempo você mora nesta comunidade:					
2 - Como você chegou nesta comunidade?					
3 - Você gosta de morar aqui? Por quê?					
4 - O que entende quando falam de "qualidade de vida"?					
5 - O que seria para você "ter boa saúde" e o que seria "não ter saúde"?					
6 - O que necessita para ter saúde?					
7 - O que faz quando está doente? quem procura?					
8 - Normalmente você usa algum recurso disponível no seu lote assim que identifica algum problema de saúde?					
9 - Existe algum vizinho com quem possa contar, em caso de necessidade?					
Segunda Parte: Serviços de Saúde					
Objetivos: Reconhecer o grau de satisfação da comunidade com os serviços de atenção em saúde existentes na região. Identificar o nível de conhecimento sobre direitos e deveres com relação à saúde.					

10 - Que serviços de atenção à saúde tem as pessoas desta comunidade?
11 - Tem unidade de saúde na comunidade? Que dias ela funciona?
12 - Qualifique de 1 a 10 pelo serviço e justifique?
13 - Quais os profissionais disponíveis na unidade de saúde local? O que fazem esses profissionais da saúde?
14 - Você sabe quais são as doenças mais freqüentes na comunidade?
15 - Quais são as causas de morte mais freqüentes na comunidade?
16 - Você ou sua família precisou usar os serviços de atenção em saúde alguma vez? Por quê?
17 - Nesta ocasião como você qualifica de 1 a 10 que foi a atenção recebida? Por quê?
18 - Você alguma vez já reivindicou algum serviço ou atenção que vc ou sua família precisou? Se foi assim, para quem foi a reivindicação?
19 - Você conhece alguma instituição, conselho, movimento social que representa os usuários de saúde? Já participou ou conhece alguém que participa?
Terceira Parte: Práticas de Saúde
Objetivos: Identificar as práticas de saúde na comunidade e suas principais influências.
20 - O que você lembra que aprendeu sobre saúde na escola?
21 - A que religião pertence?
22 - Você acredita que sua religião influencia a sua saúde? Como?
23 - Hoje, com quem ou como você aprende coisas novas sobre os cuidados com sua saúde? (meios de comunicação, empresas e programas, UBS e programas...)
24 - Quais as principais fontes de água da comunidade? E da sua casa?
25 - Qual tipo de tratamento é dado para a água consumida por sua família?
26 - O que é feito com os resíduos produzidos no seu lote? (tem que falar do esgoto doméstico, sanitário, lixo - orgânico e inorgânico...)
27 - Você tem percebido alguma mudança no meio ambiente ultimamente? (clima, oana, alteração da produção...)
28 - Essas mudanças têm influenciado na saúde da comunidade? Como?

ROTEIRO DE VISITA			
Base para a entrevista semi-estruturada com os funcionários de Saúde			
Antes da entrevista:			
Realizar o contato inicial através de telefone ou envio de mensagens:			
Participante:			
Telefone:			
Data da Visita:			
Hora do Encontro:			
Endereço:			
Referencias para chegar:			
Modo para chegar:			
Primeira Parte: Qualidade de Vida			
Objetivos: Descobrir o grau de familiaridade com o meio rural; Identificar o nível de apropriação com a realidade da comunidade.			
1 - Nome do participante			
2 - Idade:		3 - Instituição	
4 - Há quanto tempo você trabalha nesta comunidade:			
5 - Como você chegou nesta comunidade? Você mora ou já morou no meio rural?			
6 - Como é para você trabalhar aqui? (pontos positivos e negativos)			
7 - O que é para você "ter boa saúde" e "não ter saúde"?			
8 - Para você o que é "qualidade de vida"? Que relação tem para você entre campo e qualidade de vida? Entre desenvolvimento e campo?			
9 - O que você aconselha para uma pessoa ter saúde?			
10 - Segundo sua experiência, que fazem as pessoas desta comunidade quando estão doentes?			
11 - O que deveriam fazer?			
Segunda Parte: Serviços de Saúde			
Objetivos: Reconhecer como os profissionais da saúde vêem o grau de satisfação da comunidade com os serviços oferecidos por eles. Identificar o nível de conhecimento sobre da comunidade sobre seus direitos e deveres com relação à saúde.			
12 - Desde quando tem unidade de saúde na comunidade?			
13 - Quais os serviços de atenção à saúde são oferecidos para as pessoas desta comunidade?			
14 - Como você avalia a importância do: (agente de saúde, o dentista, o médico, o enfermeiro, segundo o caso) em uma Unidade de Saúde da Família rural?			

15 - Segundo seu critério qualifique de 1 a 10 os serviços oferecidos e justifique?
16 - Quais os problema de saúde mais frequentes na comunidade?
17 - Quais são as causas de morte mais freqüentes na comunidade?
18 - As pessoas da comunidade fazem uso dos serviços de saúde?
19 - Como você avalia a participação da comunidade nos assuntos referentes com a saúde? Participam das reuniões propostas pela unidade?
<u>Terceira Parte: Práticas de Saúde</u>
Objetivos: Identificar as práticas de saúde na comunidade e suas principais influências.
20 - Segundo a sua opinião ajuda ou atrapalha a religião para as práticas de saúde? Por que?
21 - Você tem percebido alguma mudança no meio ambiente ultimamente? (clima, seca, alteração da produção...)
22 - Como essas mudanças têm influenciado na saúde da comunidade?
23 - A unidade de saúde faz alguma orientação em relação ao tratamento de água? Qual e porque?
24 - Segundo a sua opinião, a comunidade segue as recomendações?
25 - Você identifica a escola como um espaço importante para aprender sobre saúde?
26 - Quais são as ações da unidade de saúde com a escola local?
27 - O que mais poderia ser feito?
28 - Você identifica alguma prática de saúde, costume, tradição que coloca em risco a saúde da comunidade?
29 - Segundo a sua opinião como a mídia influencia na saúde da população? (positivo e negativo)